



Präventionsradar

**Erhebung
Schuljahr 2024/2025**

50%

50%

40%

35%

35%

25%

15%

**Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen
in Deutschland – Ausgewählte Ergebnisse des Präventionsradars 2024/2025.**

Der Präventionsradar wird gefördert durch die DAK-Gesundheit.

DAK
Gesundheit
Ein Leben lang

Verantwortlich für den Inhalt:



IFT-Nord

Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung gemeinnützige GmbH
Harmsstraße 2, 24114 Kiel

Autorinnen und Autoren:

Prof. Dr. Reiner Hanewinkel
Dr. Julia Hansen
Clemens Neumann

IFT-Nord, Kiel, 2025

Der Präventionsradar wird gefördert durch die DAK-Gesundheit.



Hinweis zum Zitieren:

Hansen, J., Neumann, C. & Hanewinkel, R. (2025). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ausgewählte Ergebnisse des Präventionsradar 2024/2025. IFT-Nord (Hrsg.), Kiel.



Editorial

Präventionsradar 2025: Über 26.000 Jugendliche geben Einblick in ihre Lebenswelt

Liebe Leserinnen und Leser,

die 9. Befragungswelle unserer Schulstudie „Präventionsradar“ ist abgeschlossen – und die Beteiligung war so hoch wie nie zuvor: Mehr als 26.000 Schülerinnen und Schüler aus 14 Bundesländern haben in diesem Jahr an der Erhebung teilgenommen. Wir danken allen teilnehmenden Schulen herzlich für ihr großes Engagement!

Der Präventionsradar liefert in außergewöhnlicher Breite und Kontinuität wertvolle Erkenntnisse zum Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Jährlich erhobene Daten ermöglichen eine differenzierte Analyse gesundheitsrelevanter Verhaltensmuster der jungen Generation. Die Erhebung erfolgt per Selbstreport und gewährt dadurch authentische Einblicke in ihre Lebenswelt.

Die aktuellen Ergebnisse machen deutlich, wie wichtig es ist, Kindern und Jugendlichen zuzuhören und ihre Themen ernst zu nehmen. Einsamkeit betrifft längst nicht nur ältere Menschen, und depressive Symptome sind unter Jugendlichen weiterhin verbreitet. Diese Entwicklungen zeigen klar: Das psychische Wohlbefinden junger Menschen muss stärker in den Mittelpunkt rücken. Gleichzeitig wird deutlich, dass viele Jugendliche mehr Unterstützung benötigen, um ihre Gesundheitskompetenz zu entwickeln und zu stärken – eine wichtige Voraussetzung, um mit psychischen und körperlichen Herausforderungen selbstbestimmt und gesund umzugehen. Kinder und Jugendliche sollten motiviert und in der Lage sein, sich gesundheitsbewusst zu verhalten, vertrauenswürdige von weniger verlässlichen Gesundheitsinformationen zu unterscheiden und Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen – etwa indem sie sich ausreichend bewegen, gesunde Mahlzeiten auswählen und Risiken wie ungesunde Ernährung, Alkohol oder Drogen erkennen und vermeiden. Eine ausgeprägte Gesundheitskompetenz fördert nicht nur das körperliche und seelische Wohlbefinden, sondern schützt auch vor langfristigen gesundheitlichen Problemen. Sie ist ein wichtiger Baustein in der Entwicklung junger Menschen. Die Schule spielt dabei eine zentrale Rolle: Als alltäglicher Lebens- und Lernort bietet sie zahlreiche Gelegenheiten, Gesundheitskompetenz frühzeitig zu vermitteln – im Unterricht, im Schulalltag und durch gezielte Präventionsangebote. Hier kann Gesundheitswissen nicht nur vermittelt, sondern auch praktisch erlebt, reflektiert und gestärkt werden.

Wir sollten uns gemeinsam und mit Nachdruck dafür einsetzen, die Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen zu stärken. Denn klar ist: Es besteht Handlungsbedarf. Viele junge Menschen benötigen unsere Unterstützung, um in einer komplexen Welt gesundheitsbewusste Entscheidungen treffen zu können. Unsere Aufgabe ist es, sie dabei zu begleiten, Orientierung zu geben und sie zu befähigen – für ein gesundes Aufwachsen und eine selbstbestimmte Zukunft.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Reiner Hanewinkel

Geschäftsführender Direktor IFT-Nord gGmbH

Andreas Storm

Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit



Inhaltsverzeichnis

1	Allgemeine Informationen zur Studie	1
2	Methodik des Präventionsradar	2
2.1	Stichprobe im Schuljahr 2024/2025	2
2.2	Durchführung	4
2.3	Befragungsinhalte	5
2.4	Datenauswertung	5
3	Die Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen	6
4	Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	8
4.1	Gesundheitszustand	8
4.2	Allgemeines Wohlbefinden	10
4.3	(Psycho-)somatische Beschwerden	11
4.4	Emotionale Probleme	14
4.5	Einsamkeit	16
5	Soziales Risikoverhalten - Schulisches Mobbing und Cybermobbing	18
6	Fazit	20
7	Referenzen	24
ANHANG		25

1

Allgemeine Informationen zur Studie

Seit dem Schuljahr 2016/2017 wird die schulbasierte Fragebogenstudie Präventionsradar zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland jährlich an Schulen durchgeführt.

Ziel

Der Präventionsradar hat zum Ziel, das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen fortlaufend zu beobachten und die Präventionsmaßnahmen in Schulen gezielt an die spezifischen Bedürfnisse der Schülerinnen und Schüler anzupassen. Nach der Teilnahme erhalten die Schulen einen Bericht, der einen Überblick über das Gesundheitsverhalten der Schülerschaft gibt. Dies hilft den Schulen, wichtige Handlungsfelder zu erkennen und ihre Präventionsstrategien entsprechend anzupassen.

Studiendesign

Das zugrunde liegende Studiendesign ist eine Kombination aus Quer- und Längsschnitt. Die Studie hat epidemiologischen Charakter.

Ablauf

Allgemeinbildende, weiterführende Schulen können Klassen der Jahrgangsstufen 5 bis 10 online auf praeventionsradar.de zur Teilnahme anmelden. Schülerinnen und Schüler der angemeldeten Klassen füllen einmal jährlich im Klassenverband einen Online-Fragebogen zu verschiedenen Gesundheits- und Schulthemen aus. Die Ausfülldauer beträgt in der Regel nicht länger als 45 Minuten pro Schuljahr.

Befragungsinhalte

Indikatoren des Gesundheitsstatus, der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Einflussfaktoren werden erfasst.

Ethisches und Rechtliches

Die Studie wurde von den Aufsichtsbehörden der 14 beteiligten Bundesländer genehmigt und von der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologie als ethisch unbedenklich bewertet. Die Teilnahme ist freiwillig. Es gilt grundsätzlich, dass einzelne Schülerinnen und Schüler zu keinem Zeitpunkt anhand der Ergebnisse von Schulpersonal oder Dritten identifiziert werden können. Verantwortlich für die Durchführung ist das IFT-Nord, finanziert wird die Studie durch die DAK-Gesundheit.

Verwendung der Ergebnisse

Die Daten der Studie werden zu Forschungszwecken weiterverwendet. In den letzten Jahren wurden Artikel in verschiedenen Fachzeitschriften publiziert. Eine Publikationsliste ist einzusehen unter ift-nord.de/publikationen. Nach Abschluss der Befragungen erhält jede Schule einen Bericht über das Gesundheitsverhalten der Schülerschaft. Die Auswertungen erfolgen auf Jahrgangsebene, wobei die Ergebnisse in der Regel für zwei Jahrgänge zusammengefasst werden (z. B. Klassenstufen 5+6, 7+8, 9+10).

2 Methodik des Präventionsradar

2.1 Stichprobe im Schuljahr 2024/2025

Die Befragung wurde an allgemeinbildenden weiterführenden Schulen in öffentlicher und freier Trägerschaft in 14 Bundesländern durchgeführt. Alle Schulen erhielten eine Einladung per E-Mail und hatten die Möglichkeit, sich über die Studienhomepage unter praeventionsradar.de zur Teilnahme anzumelden. An der Erhebung nahmen insgesamt 116 Schulen mit 1.712 Klassen und 26.586 Schülerinnen und Schülern der Jahrgangsstufen 5 bis 10 teil.

In der Gelegenheitsstichprobe der 9. Erhebungswelle im Schuljahr 2024/2025 vertretene Schulformen sind Gemeinschaftsschulen, (integrierte/ kooperative) Gesamtschulen, Gymnasien, (verbundene) Haupt-, Mittel- und Realschulen, Oberschulen, (erweiterte) Realschulen (plus), Regelschulen, regionale Schulen und (integrierte) Sekundarschulen. Unter den 116 Schulen sind 51 Gymnasien. Das mittlere Alter der Befragten betrug 13,1 Jahre, 52 Prozent der Befragten waren weiblichen Geschlechts. Die Mehrheit der Schülerinnen und Schüler (55 Prozent) besuchte ein Gymnasium. Der subjektive Sozialstatus (MacArthur Scale) [1] wird als Indikator für den sozioökonomischen Status herangezogen und in drei Kategorien unterteilt [2]. Die unterste Kategorie (niedrig) umfasste 6 Prozent der Befragten, die mittlere Kategorie 31 Prozent und die oberste Kategorie umfasst 63 Prozent.

Die nachfolgende Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Teilnahmezahlen im Schuljahr 2024/2025 sowie zum Vergleich die Angaben zu den Stichproben aus den vorherigen Erhebungswellen.

Tabelle 1. Allgemeine Angaben zur Gesamtstichprobe der neun Erhebungswellen.

Erhebungsjahr	N Schüler/innen	Anteil Mädchen	Mittleres Alter (Jahre)	Alter SD/Range
Erhebungswelle 1: Schuljahr 2016/2017	6.902	49%	13,0	1,83/ 9 bis 17 Jahre
Erhebungswelle 2: Schuljahr 2017/2018	9.271	49%	12,9	1,79/ 9 bis 17 Jahre
Erhebungswelle 3: Schuljahr 2018/2019	14.242	49%	13,0	1,77/ 9 bis 17 Jahre
Erhebungswelle 4: Schuljahr 2019/2020	16.843	49%	13,1	1,76/ 9 bis 17 Jahre
Erhebungswelle 5: Schuljahr 2020/2021	14.287	49%	13,0	1,75 / 9 bis 17 Jahre
Erhebungswelle 6: Schuljahr 2021/2022	17.877	50%	13,1	1,73 / 9 bis 17 Jahre
Erhebungswelle 7: Schuljahr 2022/2023	14.702	49%	13,2	1,74/ 9 bis 17 Jahre
Erhebungswelle 8: Schuljahr 2023/2024	23.154	52%	13,2	1,74 / 9 bis 17 Jahre
Erhebungswelle 9: Schuljahr 2024/2025	26.586	52%	13,1	1,78/ 9 bis 17 Jahre

*SuS= Schülerinnen und Schüler; Die Erhebungswellen 5 und 6 fanden während der COVID-19 Pandemie statt; SD= Standardabweichung.

Die Abbildung 1 veranschaulicht die Teilnahmeanzahl der Klassen und Befragten über die Erhebungsjahre. Im Mittel nahmen 15 bis 17 Schülerinnen und Schüler pro Klasse teil.

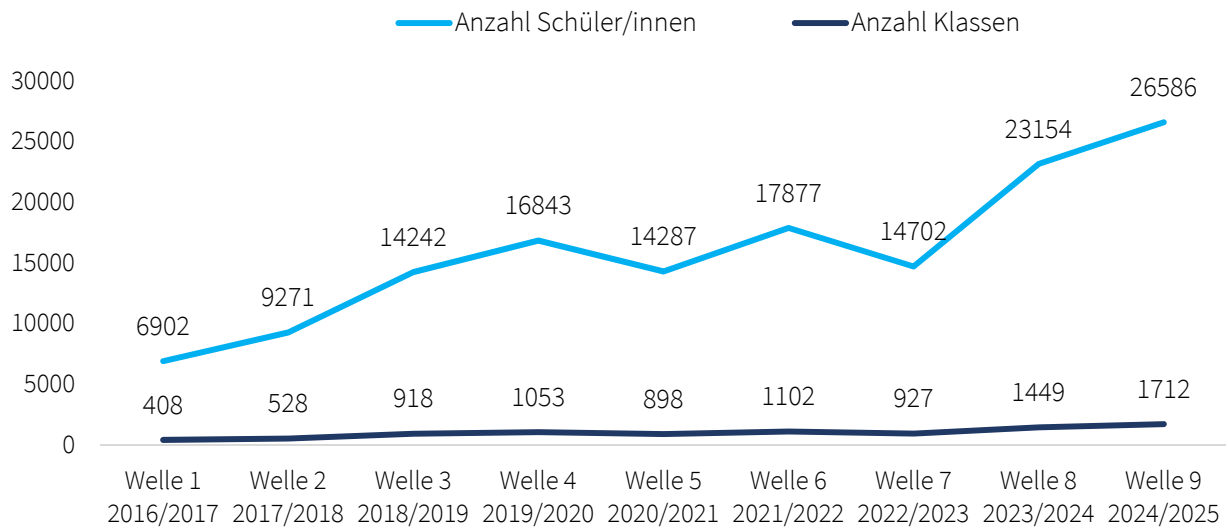


Abbildung 1. Teilnahmezahl (Schulen und Klassen) je Erhebungswelle.

2.2 Durchführung

Alle weiterführenden Schulen mit Sekundarstufe I hatten die Möglichkeit, sich mit Klassen der Jahrgangsstufen 5 bis 10 zur Teilnahme anzumelden. Die Einladung wurde per E-Mail in den Monaten Juni bis September versendet. Schulen, die bereits an früheren Erhebungswellen des Präventionsradars teilgenommen hatten, erhielten die Einladung zusätzlich mit dem Versand des Schulberichts der vorangegangenen Befragungswelle. Nach der Anmeldung erfolgte die Betreuung der Schulen durch persönlichen Kontakt, entweder telefonisch oder per E-Mail.

Die Befragung war im Zeitfenster von November 2024 bis Februar 2025 online möglich. Jede angemeldete Klasse erhielt einen Link und Passwörter zur Freischaltung des Online-Fragebogens sowie detaillierte Informationen und Instruktionen zur Durchführung sowie Einverständniserklärungen für die Erziehungsberechtigten bzw. für die Schülerinnen und Schüler. Das Schulpersonal teilte diese aus und sammelte sie unterschrieben wieder ein. Die Teilnahme an der Befragung erfolgte freiwillig. Es durften Schülerinnen und Schüler mit unterschriebener Einverständniserklärung teilnehmen. Die Befragung erfolgte pseudonymisiert mittels siebenstelligen Codes, um im Fall der wiederholten Teilnahme Datensätze einer Person verknüpfen zu können. Den Code vergaben sich die Befragten eigenständig nach einem bestimmten Schema. Alle Erziehungsberechtigten und Schülerinnen und Schüler wurden über die Codeerstellung im Vorfeld informiert.

Die Dauer der Befragung betrug in der Regel nicht länger als 45 Minuten. Sie fand in der Regel in der Schule und gemeinsam mit den Mitschülerinnen und Mitschülern statt. Die Schülerinnen und Schüler konnten den Fragebogen selbstständig an digitalen Endgeräten bearbeiten. Das Schulpersonal wurde angehalten, sich während der Befragung die Antworten der Schülerinnen und Schüler nicht anzusehen.

Die Daten wurden direkt auf dem Server des IFT-Nords gespeichert. In den seltenen Fällen der Teilnahme mittels Papierfragebogen wurden die Fragebögen von den Schülerinnen und Schülern in einen Umschlag gelegt, zugeklebt und gesammelt an das IFT-Nord gesendet. Die Angaben wurden digitalisiert und dem Datensatz hinzugefügt.

2.3 Befragungsinhalte

Der Fragebogen für die Kinder und Jugendlichen enthielt verschiedene Fragen zum Gesundheitsverhalten, Indikatoren des Gesundheitsstatus und Einflussfaktoren. Einige Fragen sind nur für Kinder und Jugendliche bestimmter, in der Regel höherer Jahrgangsstufen vorgesehen, dazu zählt der Cannabiskonsum und das Rauschtrinken. Der Konsum wird bei Schülerinnen und Schülern ab der 7. Jahrgangsstufe erfasst. Die besuchte Schulform und die Klassenstufe wurden den Datensätzen über die Schulanmeldung hinzugefügt. Sie wurden demnach nicht über den Selbstbericht erhoben. Die nachfolgende Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die Befragungsinhalte, die im vorliegenden Ergebnisbericht berücksichtigt wurden.

Tabelle 2. Ausgewählte Befragungsinhalte, Ergebnisbericht 2024/2025

Inhaltsbereiche	Beispielindikatoren
Gesundheit	
Allgemeine Gesundheit	Subjektiv wahrgenommener Gesundheitszustand
Psychische Gesundheit	Einsamkeit, Emotionale Probleme, Häufigkeit von (psycho-)somatischen Beschwerden, Wohlbefinden
Gesundheits- und Risikoverhalten	
Soziales Risikoverhalten	(Cyber-)Mobbing
Gesundheitsrelevante Einflussfaktoren	
Familiärer Kontext	Subjektiver Sozialstatus
Schulkontext	Schulform
Individualkontext	Alter, Geschlecht, Gesundheitskompetenz

2.4 Datenauswertung

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse der Präventionsradar-Befragung für das Schuljahr 2024/2025 vorgestellt. Der Schwerpunkt liegt zunächst auf der Beantwortung deskriptiver Fragestellungen, etwa: „Wie schätzen Kinder und Jugendliche ihren eigenen Gesundheitszustand ein?“ Darüber hinaus wurden weiterführende Analysen zu Zusammenhängen zwischen gesundheitsbezogenen Einflussfaktoren und Gesundheitsindikatoren durchgeführt. Den Berechnungen liegt ein Gewichtungsfaktor zugrunde, der möglichen Verzerrungen der Daten entgegenwirkt. Die Berechnung des Gewichtungsfaktors basiert auf Daten des Statistischen Bundesamtes. Der Gewichtungsfaktor wurde für das Alter, das Geschlecht und den Schultyp angepasst. Weitere Informationen zur Methodik sind auf praeventionsradar.de einzusehen. Die präsentierten Abbildungen basieren auf gerundeten Werten. Vertiefende Analysen weiterführender Fragestellungen sind in Planung. Alle Analysen wurden mit dem Statistikprogramm Stata v18.0 durchgeführt.

3 Die Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen

Gesundheitskompetenz (GK) ist ein multidimensionales Konstrukt, das das Wissen, die Motivation und die Fähigkeit einer Person beschreibt, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden [3-6]. Eine höhere Gesundheitskompetenz kann dazu führen, dass Kinder und Jugendliche eine positivere Einstellung zu ihrer Gesundheit entwickeln, da sie das Gefühl haben, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu haben und besser über gesundheitsrelevante Entscheidungen informiert sind. Eine gesundheitskompetente Person ist daher eher in der Lage, sich gesundheitsförderlich zu verhalten als eine Person mit geringer Gesundheitskompetenz.

Die diesjährige Befragung beschäftigt sich mit der Frage, wie gesundheitskompetent Kinder und Jugendliche sind. Im Fokus stand die motivationale Dimension der Gesundheitskompetenz. Ziel war es, die Motivation der Kinder und Jugendlichen zu untersuchen, sich mit dem Thema Gesundheit auseinanderzusetzen. Ihr Bewusstsein und die Einstellung zu diesem Thema wurden in einer für das Alter angemessenen Weise erfasst.

Motivationale Komponente der Gesundheitskompetenz

Den Kindern und Jugendlichen wurden vier Fragen gestellt.

- „Wie sehr interessierst du dich für das Thema Gesundheit? Zum Beispiel, was man tun kann, um gesund zu bleiben, was man tun kann, um wieder gesund zu werden, wo man Informationen zu Gesundheit findet.“
- „Wie sehr möchtest du etwas über das Thema Gesundheit lernen? Zum Beispiel darüber, was man tun kann, um gesund zu bleiben, was man tun kann, um wieder gesund zu werden, wo man Informationen zu Gesundheit findet.“
- „Wie wichtig ist es dir, gesund zu leben? Zum Beispiel, dass du es wichtig findest, jeden Tag Gemüse zu essen, genug zu schlafen und Sport zu machen?“
- „Wie sehr achtest du darauf, dass du gesund lebst? Zum Beispiel, indem du jeden Tag Gemüse isst, genug schläfst und Sport machst?“

Sie konnten zwischen den Antwortmöglichkeiten „gar nicht“ (1), „wenig“ (2), „mittelmäßig“ (3), „ziemlich“ (4) und „sehr“ (5) auswählen.

Durch Addition der Einzelwerte der verschiedenen Items wurde ein Summenscore mit einem Wertebereich von 4 bis 20 gebildet. Nur vollständige Angaben wurden zur Skalenbildung berücksichtigt. Für die Stichprobe wurde eine akzeptable interne Konsistenz der Skala festgestellt (Cronbachs $\alpha = 0,78$). Gemäß der Semantik der Antworten wurde der Wertebereich 4 bis 10 mit einer passiven Einstellung assoziiert, der Wertebereich 11 bis 17 als teils aktiv/passiv klassifiziert und der Bereich von 18 bis 20 als aktive Einstellung definiert (in Anlehnung an [5]). Eine passive Einstellung wird mit einer geringen Gesundheitskompetenz, teils aktiv/passiv mit einer moderaten und eine aktive Einstellung mit einer hohen Gesundheitskompetenz in Verbindung gebracht. Zur Abschätzung des Anteils der Befragten mit einem relevanten Unterstützungsbedarf im Bereich der Gesundheitskompetenz wurden die Antwortkategorien dichotomisiert in: (1) aktiv, daraus ableitend: hohe Gesundheitskompetenz und (2) passiv/ teils aktiv/teils passiv, daraus ableitend: moderate bzw. niedrige Gesundheitskompetenz.

Bezogen auf die untersuchte Dimension der Gesundheitskompetenz wiesen 16 Prozent der Befragten eine hohe Gesundheitskompetenz im Sinne einer aktiven Einstellung auf. Die übrigen 84 Prozent verfügten über eine moderate bzw. niedrige Gesundheitskompetenz, das heißt eine passive oder teils aktive/teils passive Einstellung. Geschlechtsunterschiede zeigten sich kaum: Der Anteil mit hoher Gesundheitskompetenz lag bei 16,4 Prozent unter den Mädchen und bei 15,7 Prozent unter den Jungen (siehe Abbildung 2).

Die Analyse zeigte einen Bildungsgradienten. Bei Gymnasiastinnen und Gymnasiasten ließ sich im Schulformvergleich häufiger eine hohe GK feststellen (18,9 Prozent im Vergleich zu 13,7 Prozent bei Schülerinnen und Schülern anderer Schulformen als des Gymnasiums). Für Schülerinnen und Schüler mit niedrigem Sozialstatus (11,9 Prozent) wird seltener eine hohe Kompetenz abgeleitet als für Schülerinnen und Schüler mit mittleren/hohen subjektiven Sozialstatus (16,2 Prozent).

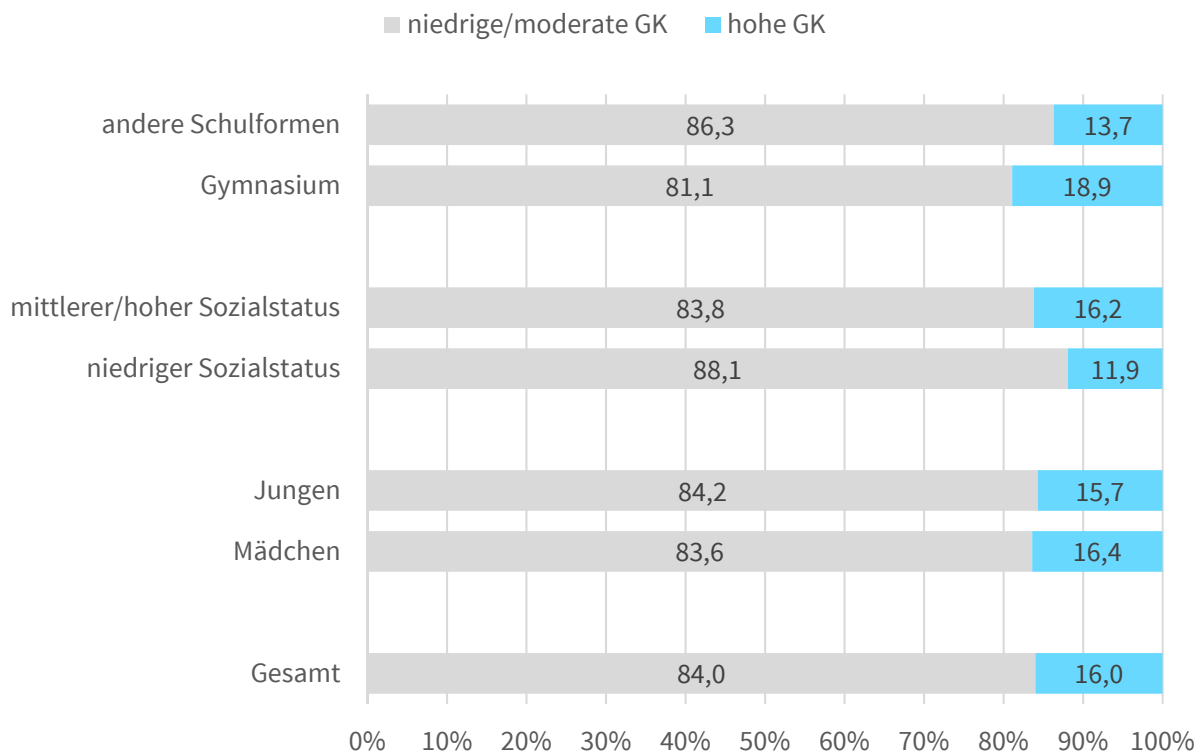


Abbildung 2. Gesundheitskompetenz (GK) (motivationale Dimension).

4 Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

4.1 Gesundheitszustand

Die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit ist ein wichtiger Gesundheitsindikator, da sie Auskunft darüber gibt, wie Menschen ihre körperliche und geistige Verfassung wahrnehmen und wie sie sich insgesamt fühlen. Sie zeigt, ob jemand zufrieden mit seinem Gesundheitszustand ist, ob Symptome oder Einschränkungen erlebt werden und wie das gesamte Wohlbefinden wahrgenommen wird.

Die Selbsteinschätzung der Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen beruht darauf, wie sie ihren eigenen Gesundheitszustand wahrnehmen und bewerten. Dabei spielen nicht nur körperliche Beschwerden wie Schmerzen oder Krankheiten eine Rolle, sondern auch, wie sie sich psychisch fühlen – zum Beispiel, ob sie oft traurig, gestresst oder zufrieden sind. Auch ihre Lebensumstände, wie die Situation in der Familie, in der Schule oder im Freundeskreis, beeinflussen, wie gesund sie sich insgesamt fühlen. Diese persönliche Einschätzung ergibt ein umfassendes Bild vom Gesundheitszustand.

Wie wurde der Gesundheitszustand erfasst?

Die Kinder und Jugendlichen wurden gefragt:

„Wie würdest du deinen Gesundheitszustand beschreiben?“ Sie konnten zwischen den Antwortmöglichkeiten „sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“ und „sehr schlecht“ auswählen.

Im Schuljahr 2024/2025 berichteten 27 Prozent der Kinder und Jugendlichen von einem sehr guten und 43 Prozent von einem guten Gesundheitszustand. 21 Prozent beurteilten ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig. Als schlecht schätzten 6 Prozent und als sehr schlecht schätzten 2 Prozent ihren Gesundheitszustand ein.

Im Vergleich zu Mädchen (22,0 Prozent) schätzten Jungen (32,6 Prozent) ihren Gesundheitszustand häufiger als sehr gut ein (siehe Abbildung 3). Die Einschätzung zum Gesundheitszustand steht auch in Verbindung zum Alter der Befragten, zur besuchten Schulform und zum Sozialstatus. Mit steigendem Alter nahm die positive Einschätzung ab. Kinder und Jugendliche mit hohem Sozialstatus (75,1 Prozent) bewerteten den eigenen Gesundheitszustand häufiger positiv als Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus (53,3 Prozent). In dieser Subgruppe schätzten besonders viele Kinder und Jugendliche (17,1 Prozent) den Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht ein. Gymnasiasten bewerteten ihre Gesundheit positiver als Schülerinnen und Schüler anderer Schulformen.

Kinder und Jugendliche mit einer hohen Gesundheitskompetenz schätzten ihren Gesundheitszustand häufiger positiv ein als weniger gesundheitskompetente Kinder und Jugendliche. Rund 85 Prozent der Befragten, denen eine hohe Gesundheitskompetenz zugeschrieben wird, attestierten sich eine gute Gesundheit. Bei Kindern und Jugendlichen mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz betrug der Anteil 52 Prozent.

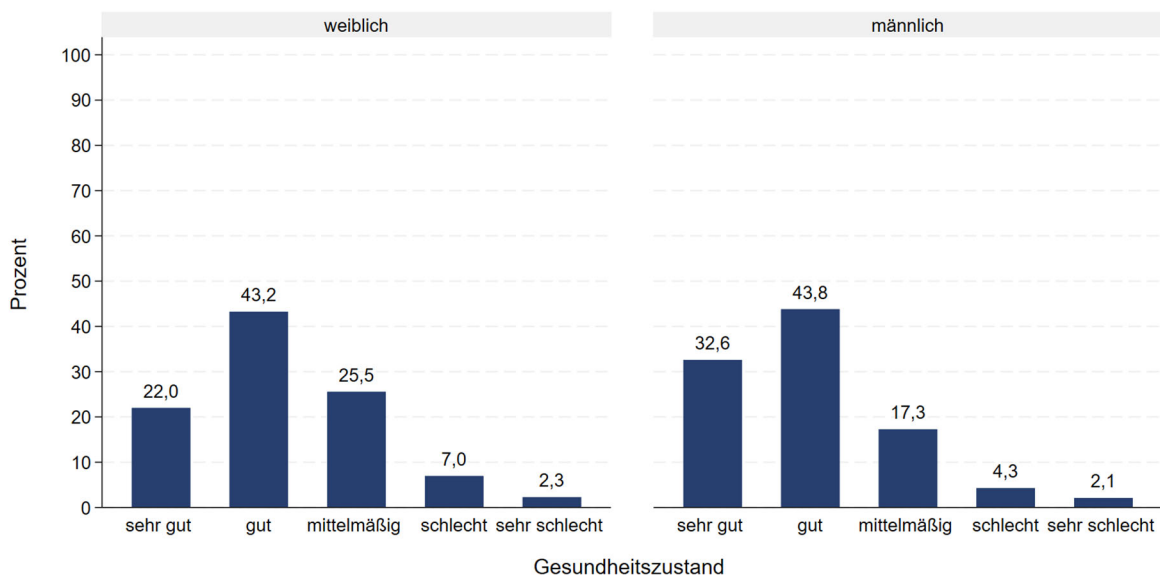


Abbildung 3. Subjektiver Gesundheitszustand. Dargestellt für Mädchen und Jungen.

Was sind die zentralen Ergebnisse zum allgemeinen Gesundheitszustand?

- Die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen schätzte ihre Gesundheit als sehr gut oder gut ein.
- Mädchen, Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus, Heranwachsende, die kein Gymnasium besuchen sowie Kinder und Jugendliche mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz berichteten häufiger von einem schlechten Gesundheitszustand.

4.2 Allgemeines Wohlbefinden

Die WHO-5-Skala wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt und ist ein etabliertes Instrument zur Erfassung des subjektiven Wohlbefindens [7]. Die Skala ermöglicht eine valide Einschätzung des individuellen subjektiven Wohlbefindens bei Kindern und Jugendlichen.

Wie wurde das Wohlbefinden erfasst?

Die WHO-5-Skala ist ein Instrument zur Erfassung des subjektiven psychischen Wohlbefindens [7]. Sie besteht aus fünf positiven Aussagen, die auf einer Skala von 0 („nie“) bis 5 („immer“) bewertet werden. Ein niedriger Gesamtwert ($\leq 50\%$) weist auf vermindertes Wohlbefinden hin und kann ein Hinweis auf psychische Belastungen sein.

Die Abbildung 4 zeigt die Anteile der Subgruppen, die ein vermindertes Wohlbefinden aufweisen. Deutlich wird, dass insbesondere Mädchen (52 Prozent) sowie Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus (58 Prozent) überdurchschnittlich häufig ein reduziertes Wohlbefinden berichten. Darüber hinaus zeigt sich: Im von der COVID-19-Pandemie geprägten Schuljahr 2021/2022 war das Wohlbefinden der Jugendlichen deutlich schlechter ausgeprägt als in den darauffolgenden Jahren. In den Folgejahren ist ein leichter Anstieg des subjektiven Wohlbefindens zu beobachten, was sich in geringeren Anteilen von Kindern und Jugendlichen mit vermindertem Wohlbefinden widerspiegelt.

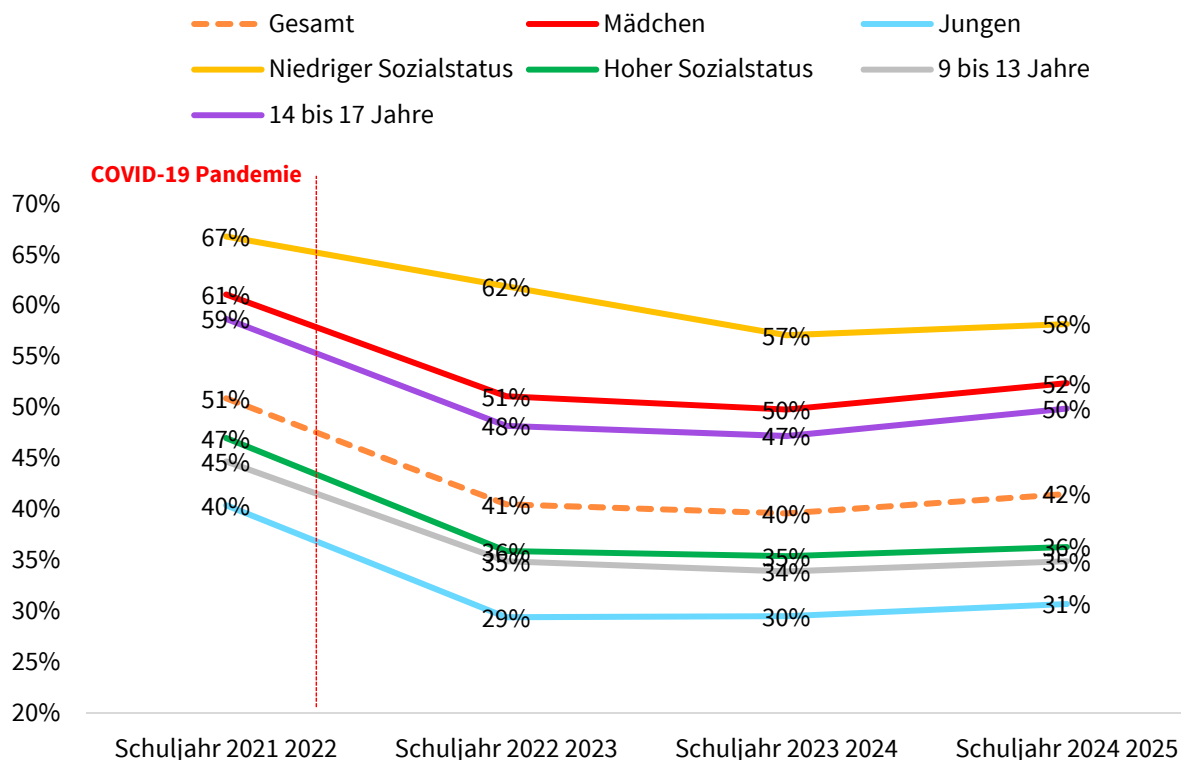


Abbildung 4. Anteile der Kinder und Jugendlichen mit vermindertem Wohlbefinden[7] bezogen auf Subgruppen Alter, Geschlecht und Sozialstatus.

Kinder und Jugendliche mit niedriger Gesundheitskompetenz berichten zu 45 Prozent von einem verminderten Wohlbefinden, während es bei Jugendlichen mit hoher Gesundheitskompetenz 27 Prozent sind. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass eine höhere Gesundheitskompetenz mit einer besseren Beurteilung des allgemeinen Wohlbefindens einhergeht.

4.3 (Psycho-)somatische Beschwerden

(Psycho-)somatische Beschwerden stellen ein zentrales Bindeglied zwischen psychischer Belastung und körperlichem Wohlbefinden dar. Gerade bei Kindern und Jugendlichen rücken sie zunehmend in den Fokus der Gesundheitsforschung, da sie häufig ein frühes Warnsignal für Überforderung, Stress oder auch unerkannte psychische Erkrankungen sein können.

Wie wurden (psycho-)somatische Beschwerden erfasst?

Den Kindern und Jugendlichen wurden fünf Fragen gestellt. Sie wurden gefragt, wie häufig sie in den letzten sechs Monaten Bauch-, Kopf- und Rückenschmerzen sowie Ein- und Durchschlafprobleme hatten und wie oft sie sich erschöpft oder müde fühlten. Die Antwortmöglichkeiten waren „nie/selten“, „jeden Monat“, „jede Woche“, „mehrere Male pro Woche“ und „(fast) täglich“.

Die Erhebung der Prävalenzen von Bauch-, Kopf- und Rückenschmerzen sowie Erschöpfung und Schlafstörungen zeigt ein differenziertes Beschwerdebild (siehe Abbildung 5). Den Ergebnissen zufolge berichteten 65 Prozent der Befragten von mindestens wöchentlich auftretender Erschöpfung. Schlafstörungen, die mehrmals pro Woche auftraten, wurden von 30 Prozent angegeben. Rückenschmerzen und Kopfschmerzen wurden jeweils von rund 30 Prozent der Teilnehmenden mindestens einmal pro Woche genannt, während 23 Prozent über wöchentliche Bauchschmerzen berichteten. Erschöpfung stellt – wie bereits in den Vorjahren – die am häufigsten genannte Beschwerde dar.

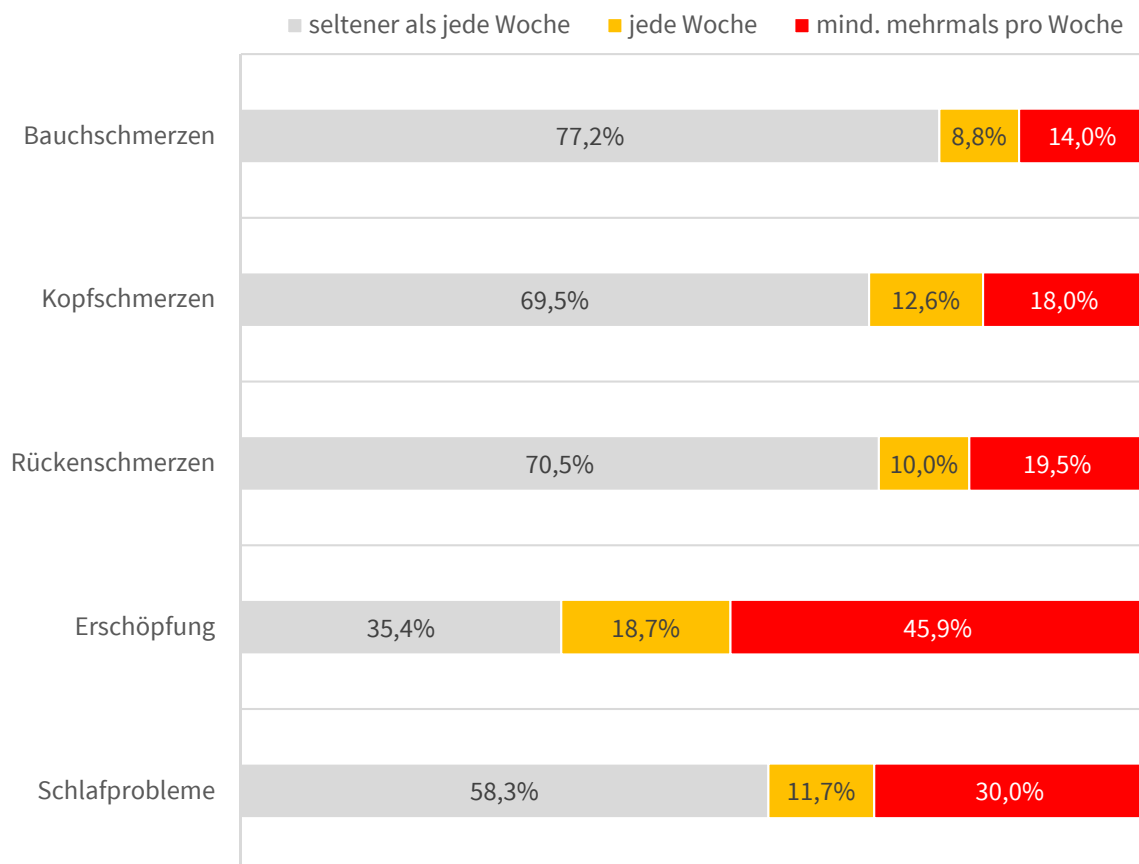
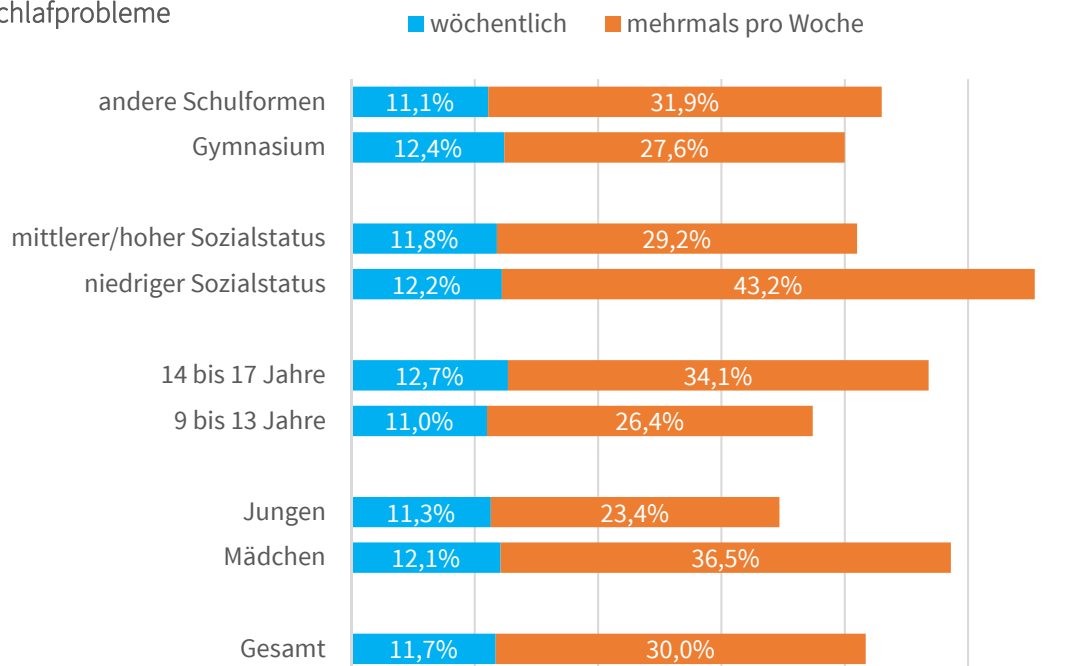


Abbildung 5. Häufigkeit von (psycho-)somatische Beschwerden, Selbstreport von Kindern und Jugendlichen im Erhebungsjahr 2024/2025.

In der Auswertung der berichteten Beschwerden zeigten sich Unterschiede zwischen den betrachteten Subgruppen. Die beiden am häufigsten berichteten Symptome – Erschöpfung und Schlafprobleme – traten bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus, bei weiblichen Befragten sowie in höheren Altersgruppen häufiger auf (siehe Abbildung 6). Diese Tendenzen deuten auf eine ungleiche Verteilung der Belastungen hin, die mit sozialen und demografischen Faktoren assoziiert ist.

Schlafprobleme



Erschöpfung

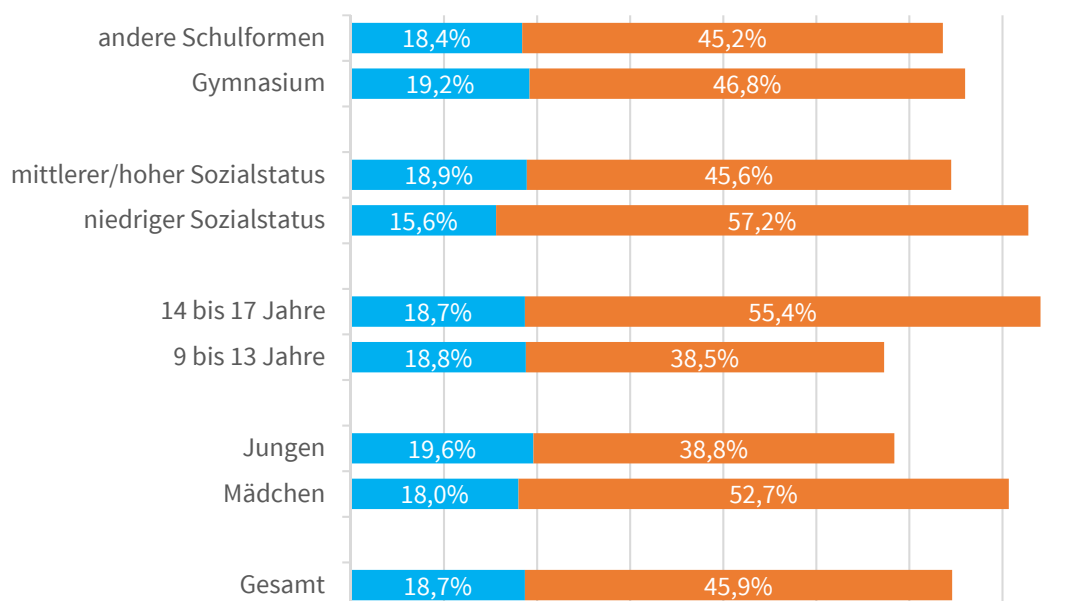
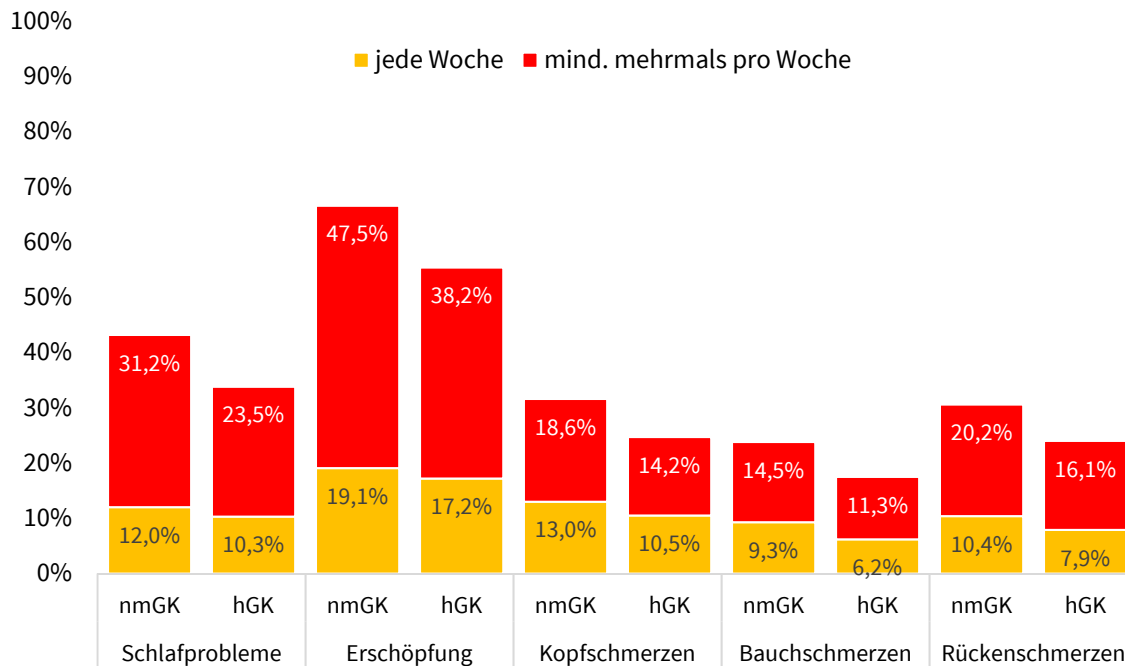


Abbildung 6. Relative Häufigkeit von Erschöpfung und Schlafproblemen, Selbstreport von Kindern und Jugendlichen im Erhebungsjahr 2024/2025.

Es zeigte sich ein Zusammenhang zwischen dem Niveau der Gesundheitskompetenz und dem subjektiv berichteten Belastungen. Kinder und Jugendliche mit hoher Gesundheitskompetenz berichteten insgesamt seltener über gesundheitliche Beschwerden. Der Zusammenhang zeigte sich konsistent über sämtliche erfassten Beschwerdetypen hinweg (siehe Abbildung 7).



Anmerkung: nmGK= niedrige/moderate Gesundheitskompetenz (motivational), hGK= hohe Gesundheitskompetenz (motivational).

Abbildung 7. Häufigkeit der berichteten Beschwerdeerleben, dargestellt für niedrige/moderate und hohe Gesundheitskompetenz, Selbstreport von Kindern und Jugendlichen im Erhebungsjahr 2024/2025.

Was sind die zentralen Ergebnisse zu (psycho-)somatischen Beschwerden?

- Knapp zwei Drittel der befragten Kinder und Jugendlichen berichteten über häufige Erschöpfung.
- Mehr als ein Drittel gab an, regelmäßig unter Ein- und Durchschlafproblemen zu leiden.
- Besonders betroffen waren Mädchen, ältere Jugendliche sowie Kinder und Jugendliche mit einem niedrigen Sozialstatus.
- Eine hohe Gesundheitskompetenz war mit einer geringeren Häufigkeit berichteter Beschwerden assoziiert.

4.4 Emotionale Probleme

Bei rund 17 Prozent der Befragten zeigten sich emotionale Probleme, d. h. depressive Symptome wie Niedergeschlagenheit, häufiges Weinen. Während bei Jungen lediglich ein Anteil von 7 Prozent festgestellt wurde, lag dieser bei Mädchen mit 27 Prozent deutlich höher. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus, bei denen emotionale Probleme festgestellt wurden, belief sich auf 24 Prozent. Damit war er deutlich höher als bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit hohem Sozialstatus. In dieser Subgruppe war der Anteil von Heranwachsenden mit einer depressiven Symptomatik mit 15 Prozent deutlich niedriger ausgeprägt (siehe Abbildung 8).

Wie wurden emotionale Probleme erfasst?

Emotionale Probleme wurden mit dem Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)[8] erfasst. Die Befragten beantworteten fünf Fragen (z. B. „Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen; ich muss häufig weinen.“) und konnten zwischen den Antwortmöglichkeiten „eindeutig zutreffend“, „teilweise zutreffend“ und „nicht zutreffend“ wählen. Anschließend wurden die Werte aufsummiert (Skala 0 bis 10). Befragte mit auffälligen Werten (Wertebereich 7 bis 10) stellen eine Risikogruppe dar.

Im Rahmen der COVID-19-Pandemie (Erhebungsjahre 2020/2021 und 2021/2022) wurde in sämtlichen Subgruppen ein größerer Anteil von Kindern und Jugendlichen mit auffälligen Werten beobachtet, im Vergleich zu den Erhebungsjahren vor und nach der Pandemie (siehe nachfolgende Abbildung). Es lässt sich feststellen, dass Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus während der COVID-19-Pandemie am häufigsten in der Risikogruppe vertreten waren. Im Schuljahr 2021/2022 war jeder dritte Heranwachsende dieser Subgruppe betroffen (32 Prozent), der Anteil in der Gesamtstichprobe lag bei 17 Prozent. Im Schuljahr 2024/2025 waren die Mädchen am häufigsten betroffen.

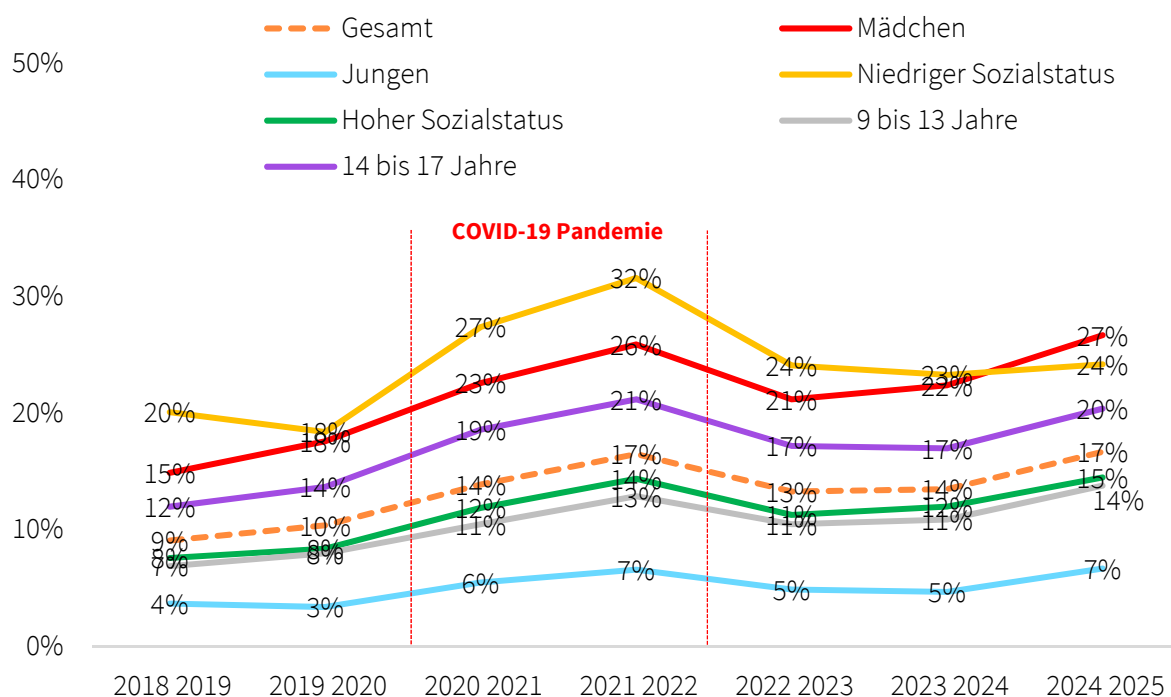


Abbildung 8. Emotionale Probleme, Anteile der Kinder und Jugendlichen mit auffälligen Werten (Risikogruppe) bezogen auf die Erhebungsjahre.

Eine differenzierte Betrachtung der Subgruppen Alter, Sozialstatus und Geschlecht zeigt, dass Mädchen mit einem niedrigen Sozialstatus im Alter von 14 bis 17 Jahren am häufigsten von depressiven Symptomen berichteten, gefolgt von Mädchen des selben Alters mit einem hohen Sozialstatus. Seltener sind Jungen betroffen wie die Abbildung 9 veranschaulicht.

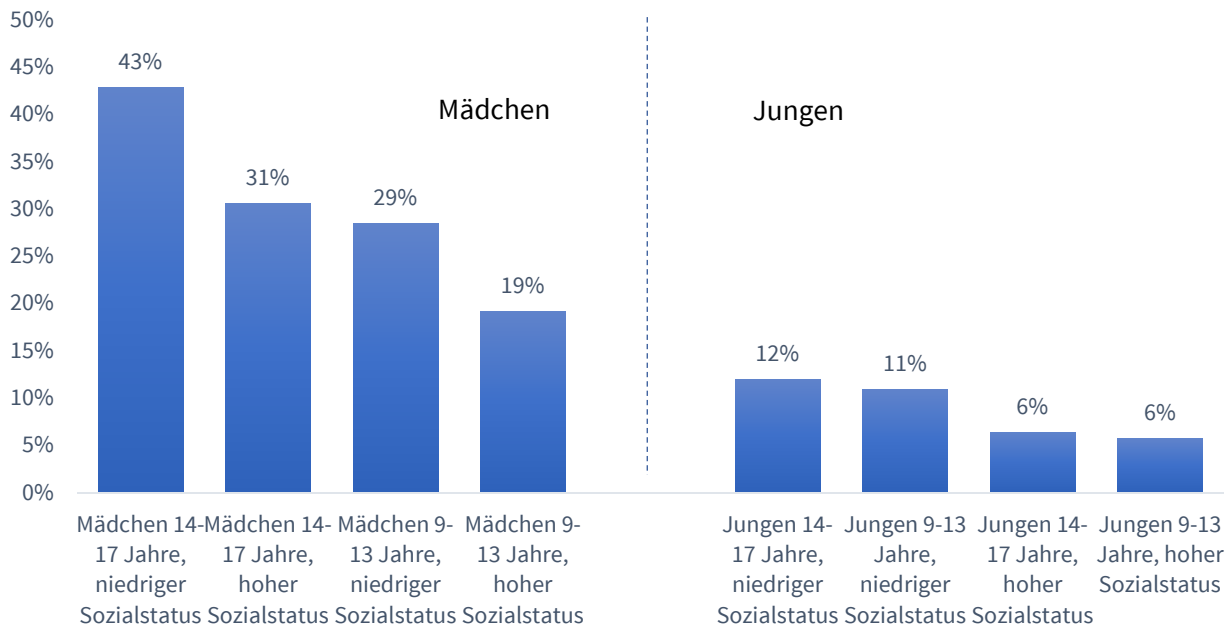


Abbildung 9. Emotionale Probleme, Anteile der Kinder und Jugendlichen mit auffälligen Werten (Risikogruppe) bezogen auf Subgruppen Alter, Geschlecht und Sozialstatus.

Bei befragten Kindern und Jugendlichen zeigte sich ein Zusammenhang zwischen dem Niveau der Gesundheitskompetenz und dem Auftreten depressiver Symptome. Während 18 Prozent der Teilnehmenden mit niedriger Gesundheitskompetenz über depressive Symptome berichteten, waren es bei hoher Gesundheitskompetenz 12 Prozent.

Was sind die zentralen Ergebnisse zu emotionalen Problemen?

- Jeder siebte Heranwachsende im Schuljahr 2024/2025 gab an, depressive Symptome zu erleben.
- Es gibt einen Unterschied zwischen Jungen und Mädchen: Jedes vierte Mädchen (27 Prozent) hatte emotionale Probleme, aber nur 7 Prozent der Jungen.
- Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus berichteten häufiger von Symptomen.
- Kinder und Jugendliche zeigten während der COVID-19-Pandemie häufiger emotionale Probleme als zuvor. In den darauffolgenden Erhebungswellen ließ sich numerisch eine geringfügige Entspannung feststellen; im Schuljahr 2024/2025 ist diese jedoch nicht mehr in allen Gruppen erkennbar.

4.5 Einsamkeit

Einsamkeit im Kindes- und Jugendalter ist ein ernstzunehmendes Problem mit Folgen für die Entwicklung. Ursachen können familiäre Probleme, Mobbing, Ausgrenzung oder übermäßiger Medienkonsum sein. Schulische Leistungen und soziale Fähigkeiten können darunter leiden. Deshalb ist es wichtig, frühzeitig auf Warnzeichen zu achten und soziale Kontakte aktiv zu fördern.

Wie wurde Einsamkeit erfasst?

Den Kindern und Jugendlichen wurden drei Fragen zur Einsamkeit aus der Kurzversion der UCLA Loneliness Scale gestellt [9], u. a.: „Wie oft fühlst du dich alleine?“ Sie konnten zwischen den Antwortmöglichkeiten „kaum“, „manchmal“, „oft“ auswählen. Aus diesen Antworten wurde ein Summenscore gebildet und zwei Kategorien abgeleitet: kein erhöhtes Einsamkeitserleben und erhöhtes Einsamkeitserleben.

Etwa 33 Prozent der Kinder und Jugendlichen berichteten von einem erhöhten Einsamkeitserleben, das moderat bis stark ausgeprägt war. Mädchen zeigten dabei häufiger ein erhöhtes Einsamkeitserleben als Jungen (41 Prozent vs. 25 Prozent). Besonders deutlich fiel das Einsamkeitserleben bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus aus: In dieser Subgruppe berichteten 49 Prozent über entsprechende Erfahrungen.

Im Vergleich zum Vorjahr zeigte sich kein signifikanter Rückgang oder Anstieg des Einsamkeitserlebens bei Kindern und Jugendlichen. Der Anteil betrug 2023/2024 in etwa 31 Prozent. Ein Vergleich mit Daten vor der COVID-19 Pandemie ist nicht möglich. Die Abbildung 10 veranschaulicht die Ergebnisse.

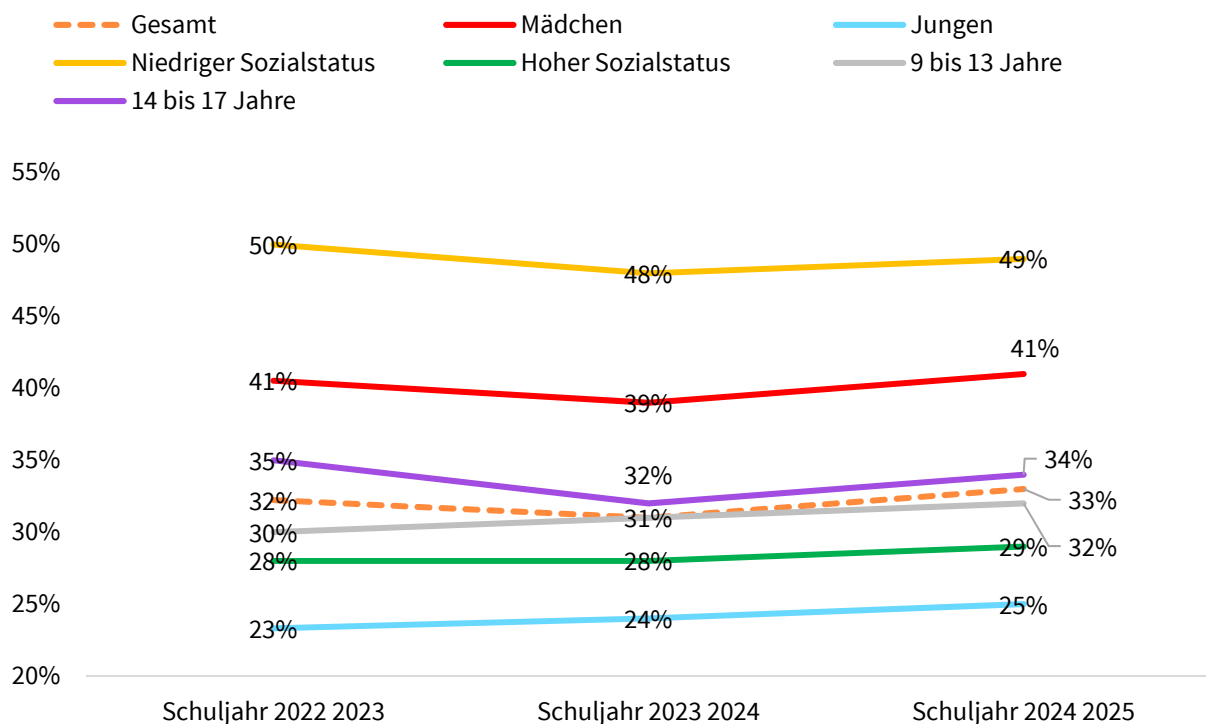


Abbildung 10. Anteile der Kinder und Jugendlichen mit erhöhter Einsamkeitsbelastung im Verlauf (Erhebungsjahre 2022/2023 bis 2024/2025).

Eine differenzierte Betrachtung der Subgruppen Alter, Sozialstatus und Geschlecht zeigt, dass Mädchen mit einem niedrigen Sozialstatus am häufigsten von Einsamkeit belastet sind, gefolgt von Jungen im Alter von 9 bis 13 Jahren mit einem niedrigen Sozialstatus. Seltener sind Jungen mit einem hohen Sozialstatus betroffen wie die Abbildung 11 veranschaulicht.

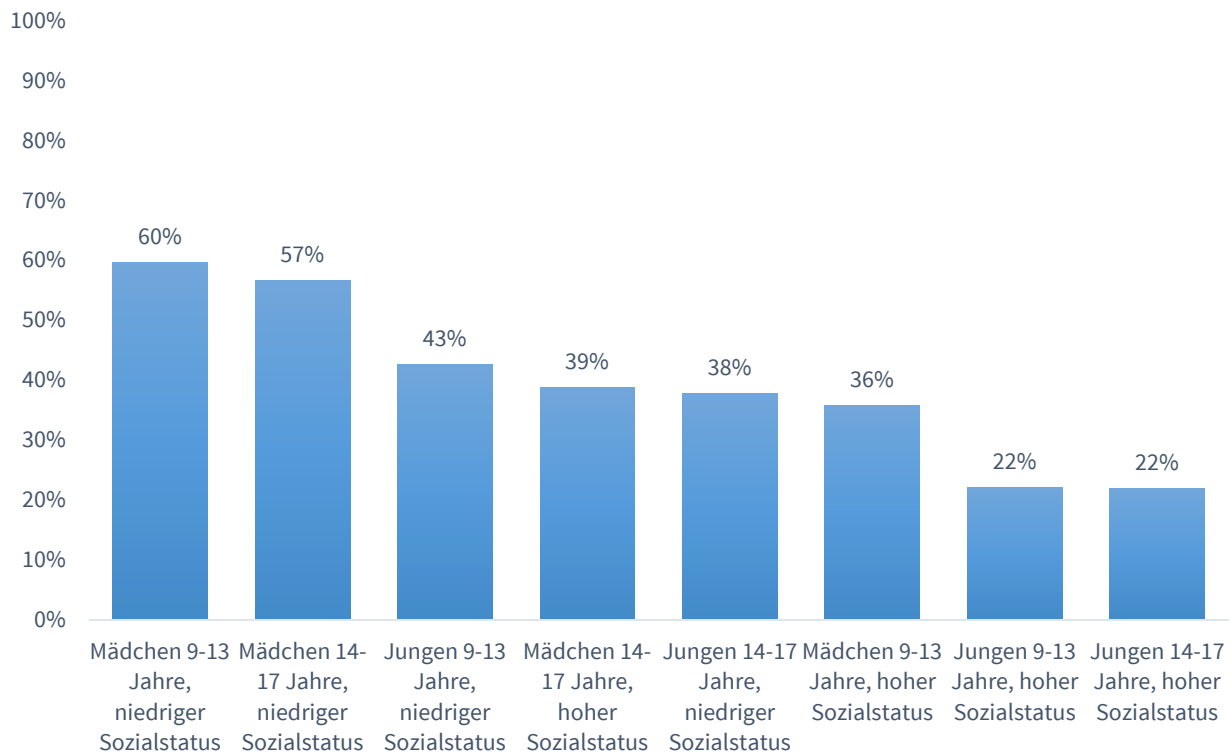


Abbildung 11. Anteile der Kinder und Jugendlichen mit erhöhter Einsamkeitsbelastung getrennt nach Subgruppen.

Bei den befragten Kindern und Jugendlichen zeigt sich, dass Einsamkeitsempfinden mit dem Niveau der Gesundheitskompetenz variiert. Teilnehmende mit höherer Gesundheitskompetenz berichteten seltener über Gefühle von Einsamkeit als jene mit niedriger oder moderater Gesundheitskompetenz (28 Prozent vs. 34 Prozent).

Was sind die zentralen Ergebnisse zur Einsamkeit?

- Etwa ein Drittel der Kinder und Jugendlichen berichtete im Schuljahr 2024/2025 von Einsamkeit.
- Besonders betroffen sind Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus.
- Mädchen fühlen sich insgesamt häufiger einsam als Jungen.
- Am stärksten betroffen ist die Gruppe der Mädchen mit niedrigem Sozialstatus, von denen die Mehrheit Einsamkeit angibt.

5 Soziales Risikoverhalten - Schulisches Mobbing und Cybermobbing

Mobbing und Cybermobbing stellen für einen erheblichen Anteil von Schülerinnen und Schülern aller Schulformen eine regelmäßige Belastung im schulischen Kontext dar. Die daraus resultierenden negativen Auswirkungen sind oftmals schwerwiegend und können bis ins Erwachsenenalter persistieren, was sich negativ auf die psychische Gesundheit, das Sozialverhalten und die schulische Leistung auswirken kann. Im Rahmen der vorliegenden Studie wird die Prävalenz schulischen Mobblings sowie Cybermobblings jährlich systematisch erfasst.

Wie wurden Mobbing und Cybermobbing erfasst?

Den Schülerinnen und Schülern wurden nach einer Definition von Mobbing und Cybermobbing Fragen zum Vorkommen gestellt. Zur Erfassung von Betroffenheit wurde schülergerecht formuliert gefragt: „Wie häufig wurdest du in den letzten drei Monaten in der Schule mit Absicht geärgert, angegriffen oder ausgegrenzt?“ und „Wie häufig wurdest du in den letzten drei Monaten über das Handy/Internet belästigt oder „gemobbt“?“. Zur Erfassung von Täterinnen und Tätern wurde gefragt: „Wie häufig hast du in den letzten drei Monaten in der Schule andere mit Absicht geärgert, angegriffen oder ausgegrenzt?“ und „Wie häufig hast du in den letzten drei Monaten in der Schule andere über das Handy/Internet belästigt oder „gemobbt“?“. Die Befragten konnten zwischen den Antwortmöglichkeiten „niemals“, „Etwa 1-mal in 3 Monaten“, „Etwa 1-mal im Monat“, „Etwa 1-mal pro Woche“ und „(fast) täglich“ wählen.

Das Vorliegen von Mobbing bzw. Cybermobbing wurde anhand eines strengen Kriteriums definiert, bei dem eine mindestens wöchentliche Auftretenshäufigkeit als Indikator für eine belastende Erfahrung herangezogen wurde.

Die Prävalenz der Betroffenheit von schulischem Mobbing, definiert als Auftreten mindestens einmal pro Woche, wurde von 14 Prozent der Befragten angegeben (siehe Abbildung 12). Unter den Betroffenen liegen die Anteile bei 15 Prozent männlichen und 13 Prozent weiblichen Geschlechts. Im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen mit hohem Sozialstatus ist die Betroffenheit bei sozial benachteiligten Befragten nahezu doppelt so hoch: Jeder fünfte Befragte (21 Prozent) mit niedrigem Sozialstatus berichtete von eigener Betroffenheit. Abbildung 12 veranschaulicht zudem die Prävalenz der Betroffenheit von Cybermobbing, ebenfalls definiert als mindestens einmal wöchentliches Auftreten. Hier berichten 6 Prozent der Befragten von eigener Betroffenheit, wobei der Anteil bei männlichen Befragten 6 Prozent und bei weiblichen 5 Prozent beträgt. Im Vergleich zu Jugendlichen mit hohem Sozialstatus (5 Prozent) ist die Betroffenheit bei sozial benachteiligten Jugendlichen mit 9 Prozent nahezu doppelt so hoch.

In der vorliegenden Studie konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und der Betroffenheit von Mobbing oder Cybermobbing festgestellt werden. Die Daten deuten darauf hin, dass Gesundheitskompetenz keinen Einfluss auf das Risiko, Mobbing-Erfahrungen zu machen, hat.

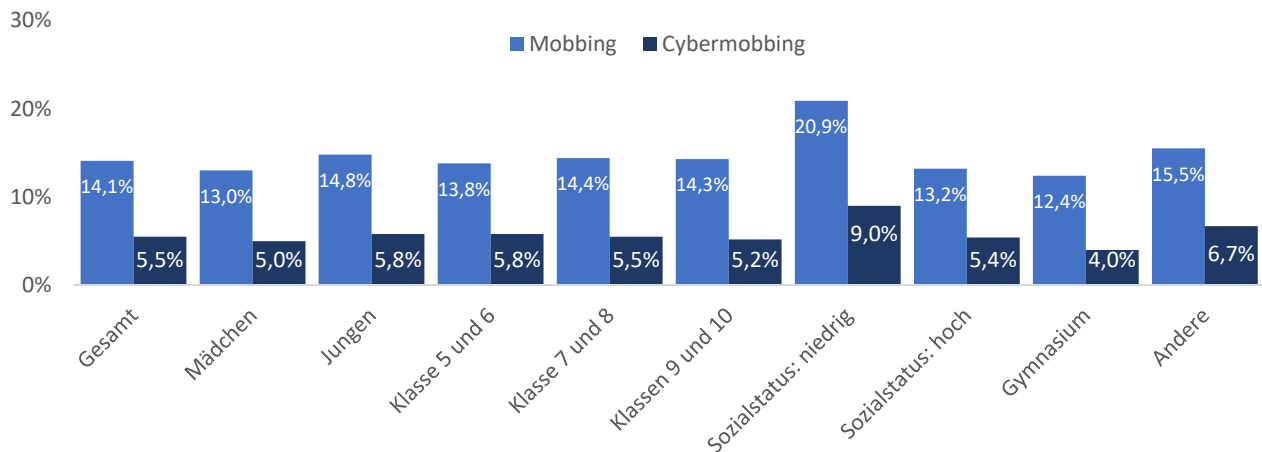


Abbildung 12. Betroffene von Mobbing (definiert mit einer Auftretenshäufigkeit von mindestens einmal pro Woche), Anteile in Prozent.

Die Betroffenheit von schulischem Mobbing und Cybermobbing war im Schuljahr 2024/2025 numerisch höher als im Schuljahr 2020/2021. Dieser Befund ist jedoch im Kontext der COVID-19-Pandemie und der damit verbundenen Schulschließungen zu interpretieren, die im Schuljahr 2020/2021 zu einer deutlichen Reduktion sozialer Präsenzkontakte führten und somit potenziell zu einer temporären Abnahme von Mobbingvorfällen in Schule beigetragen haben. Im Vergleich zu den Vorjahren zeigt sich, dass schulisches Mobbing in der postpandemischen Phase mit einer Prävalenz von 14 Prozent stärker verbreitet war als im Schuljahr 2020/2021 (8 Prozent) und 2021/2022 (10 Prozent). Auch im Hinblick auf das Phänomen des Cybermobbing zeigt sich ein vergleichbarer Trend: Die Prävalenz lag im Schuljahr 2020/2021 bei 3 Prozent, stieg im Schuljahr 2021/2022 auf 4 Prozent an und erreichte in der postpandemischen Phase einen Wert von 5 bis 6 Prozent (siehe Abbildung 13).

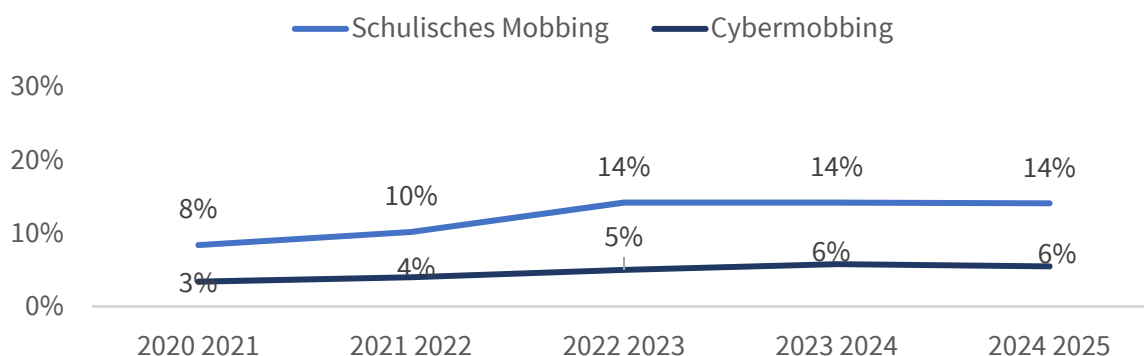


Abbildung 13. Betroffenheit von schulischem Mobbing und Cybermobbing (definiert mit einer Auftretenshäufigkeit von mindestens wöchentlich), Anteile der Gesamtstichprobe in Prozent von 2020 bis 2025.

Was sind die zentralen Ergebnisse zu Mobbing und Cybermobbing?

- Im Schuljahr 2024/2025 gaben 14 Prozent der Befragten einmal pro Woche oder häufiger an, von schulischem Mobbing betroffen zu sein und 6 Prozent von Cybermobbing.
- Geringer Sozialstatus und Betroffenheit von Mobbing hängen zusammen.
- Die Prävalenzen der Betroffenheit sind numerisch höher als im Schuljahr 2020/2021.

6 Fazit

Die schulbasierte Fragebogenstudie „Präventionsradar“ wird seit dem Schuljahr 2016/2017 regelmäßig in der Sekundarstufe I durchgeführt. Die jährlich erhobenen Daten liefern über 100.000 Einzeldatenpunkte zum Gesundheitsverhalten von Heranwachsenden in Deutschland. Die neunte Erhebungswelle fand im Zeitraum von November 2024 bis Februar 2025 statt. Insgesamt nahmen 26.586 Schülerinnen und Schüler aus allgemeinbildenden weiterführenden Schulen an der Befragung im Schuljahr 2024/2025 teil; das durchschnittliche Alter lag bei 13 Jahren. Der vorliegende Bericht stellt vorrangig ausgewählte Ergebnisse dieser aktuellen Befragungswelle vor, berücksichtigt jedoch – sofern möglich – auch Vergleichswerte aus den vorangegangenen Erhebungsjahren.

Der Präventionsradar umfasst Erhebungswellen, die in Zeiträume gesellschaftlicher Krisen fallen, darunter die COVID-19-Pandemie in den Schuljahren 2020/2021 und 2021/2022 sowie der Krieg in Europa. Diese Ereignisse gingen mit sozialen und wirtschaftlichen Veränderungen einher, die auch die Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen beeinflussten. Die vorliegenden Daten deuten darauf hin, dass nicht alle Jugendlichen gleichermaßen in der Lage waren, diesen Anforderungen gerecht zu werden. Im Schuljahr 2024/2025 zeigen sich weiterhin ungünstige Ausprägungen bei verschiedenen Indikatoren zu Gesundheit und Gesundheitsverhalten, was auf anhaltende Belastungen und einen fortbestehenden Unterstützungsbedarf hinweisen kann.

Gesundheitskompetenz

Im Rahmen der Befragung 2024/2025 wurde die motivationale Dimension der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen untersucht – das Ziel darin bestand, zu erfassen, inwieweit Kinder und Jugendliche motiviert sind, sich mit dem Thema Gesundheit auseinanderzusetzen – insbesondere im Hinblick auf ihr Interesse an gesundheitsbezogenen Themen und ihre Bereitschaft zur aktiven Auseinandersetzung mit dem eigenen Gesundheitsverhalten. Die Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass die Gesundheitskompetenz vieler Kinder und Jugendlicher als gering bis moderat einzustufen ist. Das Phänomen tritt in allen untersuchten Subgruppen in unterschiedlichen Ausprägungen auf. Diese Einschätzung deckt sich mit den Befunden der HBSC-Studie [3]. Sie legen nahe, dass die Gesundheitskompetenz bei vielen Jugendlichen verbesserungswürdig ist. Darüber hinaus weisen die Daten auf soziale Ungleichheiten hin: Insbesondere Jugendliche mit einem niedrigen Sozialstatus zeigen tendenziell eine geringere Gesundheitskompetenz. Insgesamt unterstreichen diese Befunde die Notwendigkeit einer frühzeitigen und gezielten Förderung der Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter, um langfristig gesundheitliche Chancengleichheit zu gewährleisten.

Die Befunde legen nahe, dass eine ausgeprägte Motivation, sich mit gesundheitlichen Themen auseinanderzusetzen, insbesondere im Hinblick auf psychosoziale Indikatoren mit positiven Ergebnissen assoziiert ist. So berichten Jugendliche mit hoher Gesundheitsmotivation seltener über Gefühle von Einsamkeit, ein vermindertes subjektives Wohlbefinden sowie (psycho-)somatische Beschwerden. Diese Zusammenhänge können auf eine potenzielle Schutzfunktion gesundheitsbezogener Motivation im Jugendalter hindeuten – zumindest bezogen auf das emotionale Erleben und die subjektive Beschwerdelast – und unterstreichen die Relevanz gesundheitsfördernder Maßnahmen, die der Stärkung der Gesundheitskompetenz Rechnung tragen und motivationale Aspekte gezielt einbeziehen.

Für die kommende Befragung ist eine umfassendere Erfassung der Gesundheitskompetenz geplant. Neben der motivationalen Dimension sollen künftig auch weitere Facetten berücksichtigt werden.

Gesundheit

Die Ergebnisse zeigen, dass das subjektive Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen im von der COVID-19-Pandemie geprägten Schuljahr 2021/2022 deutlich beeinträchtigt war. Dieses Befundmuster deutet darauf hin, dass pandemiebedingte Einschränkungen – wie Schulschließungen, reduzierte Freizeitmöglichkeiten, soziale Isolation sowie Zukunftsunsicherheiten – negative Auswirkungen auf das psychische Befinden hatten. Mit der schrittweisen Rückkehr zu einem regulären Schul- und Sozialleben ist ein moderater Anstieg des subjektiven Wohlbefindens zu beobachten. Besonders hervorzuheben ist jedoch, dass vulnerable Gruppen weiterhin überdurchschnittlich belastet bleiben. Darunter werden Kinder und Jugendliche verstanden, die aufgrund individueller oder struktureller Merkmale ein erhöhtes Risiko für psychosoziale Beeinträchtigungen aufweisen. Dazu zählen beispielsweise Mädchen, Jugendliche aus sozioökonomisch benachteiligten Familien sowie ältere Jugendliche.

(Psycho-)somatische Beschwerden stellen ein zentrales Bindeglied zwischen psychischer Belastung und körperlichem Wohlbefinden dar und rücken bei Kindern und Jugendlichen zunehmend in den Fokus der Gesundheitsforschung. Sie können als frühe Warnsignale für Überforderung, Stress oder unerkannte psychische Erkrankungen dienen und sind somit wichtige Indikatoren für die gesundheitliche Gesamtsituation. In der vorliegenden Studie wurden die Beschwerden erfasst, indem Kinder und Jugendliche nach der Häufigkeit verschiedener Symptome wie Bauch-, Kopf- und Rückenschmerzen, Schlafproblemen sowie Erschöpfung gefragt wurden. Die differenzierte Abfrage ermöglichte eine gute Einschätzung der Belastungshäufigkeit. Die Ergebnisse verdeutlichen ein vielschichtiges Beschwerdebild, bei dem insbesondere Erschöpfung als häufigstes Symptom hervortritt. Daneben spielen auch Schlafstörungen sowie verschiedene körperliche Schmerzen eine wichtige Rolle. Dieses Muster weist auf eine hohe Belastung der jungen Menschen hin. Die Analyse der berichteten Beschwerden zeigt deutliche Unterschiede zwischen den untersuchten Subgruppen. Insbesondere die häufigsten Beschwerdebilder, Erschöpfung und Schlafprobleme, treten bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus, bei Mädchen sowie in höheren Altersgruppen häufiger auf.

Die vorliegenden Ergebnisse verdeutlichen eine signifikante Belastung von Kindern und Jugendlichen durch emotionale Probleme und depressive Symptome wie Niedergeschlagenheit und häufiges Weinen. Die Daten zeigen deutliche geschlechtsspezifische und soziale Ungleichheiten: Mädchen berichteten signifikant häufiger von emotionalen Problemen als Jungen, und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus waren stärker betroffen als solche aus höheren sozialen Schichten. Besonders während der COVID-19-Pandemie wurde ein Anstieg auffälliger Werte in allen Subgruppen beobachtet, wobei Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien am stärksten belastet waren. Im Schuljahr 2021/2022 war nahezu jeder dritte Jugendliche aus dieser Gruppe in der Risikokategorie, was auf eine Verschärfung sozialer Ungleichheiten durch die pandemiebedingten Belastungen hinweist. Auch in den Folgejahren zeigt sich, dass Mädchen weiterhin überdurchschnittlich häufig emotionale Probleme aufweisen. Trotz einer gewissen Erholung nach der Pandemie bleibt der Anteil der belasteten Kinder und Jugendlichen nach wie vor auf einem hohen Niveau. Dies verdeutlicht, dass die psychische Gesundheit Jugendlicher weiterhin eine zentrale Herausforderung darstellt und langfristige Unterstützungsmaßnahmen erforderlich sind.

Einsamkeit kann auf unterschiedliche Weise erfasst werden, wobei kein allgemein anerkanntes Kriterium existiert, ab wann eine Person als einsam gilt. Entsprechend sind Prävalenzangaben zur

Einsamkeit nur eingeschränkt vergleichbar. Trotz dieser methodischen Unterschiede zeigen sowohl die vorliegende Studie als auch die Ergebnisse der HBSC-Studie [10], dass Einsamkeit unter Kindern und Jugendlichen ein verbreitetes Phänomen ist – insbesondere bei Mädchen, Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien sowie älteren Jugendlichen. Dabei ist wichtig zu betonen, dass Einsamkeit ein subjektives Erleben ist, das individuell sehr unterschiedlich wahrgenommen wird. Nicht jede Phase der Einsamkeit ist zwangsläufig problematisch – insbesondere im Jugendalter kann sie auch Teil normaler Entwicklungsprozesse sein. Kritisch wird Einsamkeit vor allem dann, wenn sie anhaltend besteht und mit einem Leidensdruck oder einer Beeinträchtigung des Wohlbefindens einhergeht. Gerade in solchen Fällen kann sie zu einem Risikofaktor für psychische Probleme werden. Die vorliegenden Befunde verdeutlichen die Notwendigkeit, Einsamkeit bei Jugendlichen aufmerksam zu beobachten – insbesondere bei vulnerablen Gruppen wie Mädchen oder sozial benachteiligten Jugendlichen. Präventions- und Interventionsmaßnahmen sollten daher nicht allein auf die Förderung äußerer sozialer Kontakte und Integration abzielen, sondern auch das subjektive Erleben von Zugehörigkeit und sozialer Verbundenheit in den Mittelpunkt stellen.

Zusammenfassend zeigt das Schuljahr 2024/25, dass trotz leichter Erholung nach der Pandemie die psychische Belastung bei Kindern und Jugendlichen weiterhin hoch ist – besonders bei Mädchen, älteren Jugendlichen und sozial benachteiligten Gruppen. Psychische Probleme, (psycho-)somatische Beschwerden und Einsamkeit bleiben verbreitet. Diese Lage macht deutlich, dass die psychische Gesundheit junger Menschen eine anhaltende gesellschaftliche Herausforderung darstellt. Langfristige und zielgerichtete Präventions- und Interventionsmaßnahmen sind notwendig, die nicht nur soziale Integration fördern, sondern auch das subjektive Erleben von Zugehörigkeit und Wohlbefinden stärken – insbesondere bei vulnerablen Gruppen. Nicht alle Kinder und Jugendlichen sind gleichermaßen von gesundheitlichen Risiken betroffen, weshalb eine Bestandsaufnahme im schulischen Umfeld wichtig ist. Der Präventionsradar unterstützt Schulen mit einer allgemeinen Bedarfsanalyse und liefert Gesundheitsindikatoren, um bedarfsorientierte Entscheidungen zur Gesundheitsförderung zu ermöglichen. Durch jährliche Datenerhebungen können Trends im Gesundheitsstatus beobachtet werden, was Planung, Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen verbessert. So werden kontinuierlicher Erkenntnisgewinn und effektives Monitoring gewährleistet.

Soziales Risikoverhalten

Auch das soziale Risikoverhalten, wie schulisches Mobbing und Cybermobbing, stellt eine wichtige Belastung für die psychische und körperliche Gesundheit von Kindern und Jugendlichen dar. Die Befunde zeigen, dass insbesondere sozial benachteiligte Jugendliche häufiger von Mobbing betroffen sind als ihre Altersgenossen aus privilegierteren Verhältnissen. Diese ungleiche Verteilung unterstreicht den Einfluss sozialer Faktoren auf das Risiko, Mobbing zu erfahren. Es konnte kein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz der Jugendlichen und ihrer Betroffenheit von Mobbing festgestellt werden. Dies entspricht der Erwartung, da Mobbing überwiegend durch soziale Interaktionen und Gruppendynamiken beeinflusst wird und weniger durch individuelles Gesundheitswissen oder -verhalten. Vor dem Hintergrund der negativen Folgen von Mobbing für das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen sind gezielte präventive und unterstützende Maßnahmen erforderlich. Dabei ist es besonders wichtig, in Schulen ein positives, respektvolles und unterstützendes Miteinander zu fördern. Maßnahmen zur Stärkung der sozialen Kompetenzen, Konfliktlösung und Empathiefähigkeit sind entscheidend, um Mobbing nachhaltig zu reduzieren und das Wohlbefinden aller Schülerinnen und Schüler zu verbessern.

Limitation

Eine wesentliche Einschränkung der Studie besteht darin, dass die erhobenen Daten ausschließlich auf Selbstberichten der Teilnehmenden basieren, wodurch subjektive Verzerrungen nicht ausgeschlossen werden können. Eine weitere Limitation besteht darin, dass die motivationale Komponente der Gesundheitskompetenz erfasst wurde – nicht jedoch das gesamte Konstrukt. Zukünftig wird daher eine umfassendere Erhebung angestrebt, die unter anderem auch das Wissen der Heranwachsenden berücksichtigt. Zudem stammen die Ergebnisse möglicherweise von Schulen, die grundsätzlich an Prävention und Gesundheitsförderung interessiert sind. Dadurch könnte eine Auswahlverzerrung zugunsten besonders engagierter oder bedarfsorientierter Einrichtungen vorliegen, was die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf alle Schulen einschränken würde. Trotz dieser Einschränkungen liefert der Präventionsradar wertvolle Hinweise zur Gesundheitslage von Kindern und Jugendlichen.

Ausblick

Der Präventionsradar wird im kommenden Schuljahr zum zehnten Mal durchgeführt. Es werden sich voraussichtlich 15 Bundesländer daran beteiligen.

7

Referenzen

1. Goodman E, Adler NE, Kawachi I, Frazier LA, Huang B, Colditz GA: Adolescents' Perceptions of Social Status: Development and Evaluation of a New Indicator. *Pediatrics* 2001, 108(2):31-39.
2. Lampert T, Hoebel J, Kuntz B, Müters S, Kroll LE: Messung des sozioökonomischen Status und des subjektiven sozialen Status in KiGGS Welle 2. In., vol. 3: Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung; 2018.
3. Sendatzki S, Helmchen RM, Moor I, Sudeck G, Dadaczynski K, Rathmann K: Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern in Deutschland – Ergebnisse der HBSC-Studie 2022. *Journal of Health Monitoring* 2024(1):25--45.
4. Domanska OM, Loer A-KM, Stock C, Jordan S: Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten im Jugendalter: Ergebnisse einer bundesweiten Online-Befragung Jugendlicher. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2022, 17(4):479-487.
5. Loer A-KM, Domanska OM, Stock C, Jordan S: Subjective Generic Health Literacy and Its Associated Factors among Adolescents: Results of a Population-Based Online Survey in Germany. *Int J Environ Res Public Health* 2020, 17(22):8682.
6. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H, Consortium Health Literacy Project E: Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012, 12(1):80.
7. Topp CW, Ostergaard SD, Sondergaard S, Bech P: The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom* 2015, 84(3):167-176.
8. Goodman R: The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1997, 38(5):581-586.
9. Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, Cacioppo JT: A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. *Res Aging* 2004, 26(6):655-672.
10. Schütz R, Bilz L: Einsamkeit im Kindes- und Jugendalter. Zur Verbreitung eines Risikofaktors für die psychische Gesundheit unter 11- bis 15-jährigen deutschen Schülerinnen und Schülern. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2023, 66(7):794-802.

ANHANG

Publikationsliste Präventionsradar Artikel mit Peer-Review-Verfahren

Hanewinkel R, Hansen J. Adolescent cigarette and e-cigarette use after the rise of disposable e-cigarettes: interrupted time series study in Germany 2016-2024. *Tobacco Control* 2025, Mar 15;tc-2024-059215. doi: 10.1136/tc-2024-059215. Epub ahead of print. PMID: 40089308.

Hanewinkel R, Hansen J. Exposure to e-cigarette use in influencer videos and its association with e-cigarette use among adolescents in Germany. *Tobacco Control* 2024, Dec 4;tc-2024-059044. doi: 10.1136/tc-2024-059044. Epub ahead of print. PMID: 39628209.

Hanewinkel R, Hansen J. Konsum von Nikotinbeuteln im Kindes- und Jugendalter. *Laryngorhinootologie* 2024; [doi: 10.1055/a-2481-5202]

Hanewinkel R, Hansen J. Trends und Risikofaktoren des Nikotinkonsums im Kindes- und Jugendalter – Ergebnisse des Präventionsradars von 2016 bis 2024 *Deutsches Ärzteblatt* 2024; 121: 779-80 [doi: 10.3238/arztebl.m2024.0158]

Hanewinkel R, Hansen J. Rauschtrinken in der frühen Adoleszenz. Ergebnisse des Präventionsradars von 2016 bis 2023. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2024; 67: 439-45 [doi: 10.1007/s00103-024-03861-1]

Hanewinkel R, Hansen J. Cannabiskonsum im Teenageralter: Ergebnisse des Präventionsradars von 2016 bis 2023. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie* 2024; 92: 340-46 [doi: 10.1055/a-2256-5062]

Hanewinkel R, Hansen J. Konsum von Tabakzigaretten, E-Zigaretten und Wasserpfeifen bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Präventionsradars von 2016 bis 2023. *Pneumologie* 2023; 77: 1001-008 [doi: 10.1055/a-2146-7087]

Suchert V, Hanewinkel R, Neumann C, Hansen J. Regional Socioeconomic Deprivation in Germany and Adherence to the 24-h Movement Guidelines among Children and Adolescents. *Children* 2023; 10: 1392. [doi: 10.3390/children10081392]

Hanewinkel R, Hansen J. Regional socioeconomic deprivation in Germany and nicotine use among children and adolescents. *International Journal of Environmental Health Research* 2024; 34: 1023-033 [doi: 10.1080/09603123.2023.2195155]

Hansen J, Hanewinkel R, Galimov A. Physical activity, screen time, and sleep: do German children and adolescents meet the movement guidelines? *European Journal of Pediatrics* 2022; 181: 1985-995 [doi: 10.1007/s00431-022-04401-2]

Morgenstern M, Hansen J, Hanewinkel R. Alkoholkonsum vor dem 14. Lebensjahr: Markiervariable oder unabhängiger Risikofaktor? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2021; 64: 707-13 [doi: 10.1007/s00103-021-03336-7]

Morgenstern M, Dumbili E W, Hansen J, Hanewinkel R. Effects of alcohol warning labels on alcohol-related cognitions among German adolescents: A factorial experiment. *Addictive Behaviors* 2021; 117: online first [doi: 10.1016/j.addbeh.2021.106868]

Hansen J, Morgenstern M, Isensee B, Galimov A, Hanewinkel R. Association between bullying victimization and e-cigarette use among German students. *Aggressive Behavior* 2021; 47: 421-29 [doi: 10.1002/ab.21951]

- Galimov A, Hanewinkel R, Hansen J, Unger JB, Sussman S, Morgenstern M. Association of energy drink consumption with substance-use initiation among adolescents: A 12-month longitudinal study. *Journal of Psychopharmacology* 2020; 34: 221-28 [doi: 10.1177/0269881119895545]
- Hansen, J, Hanewinkel, R, Morgenstern, M. E-cigarette marketing and teen smoking initiation. *Addictive Behaviors* 2020; 103: 106243 [doi: 10.1016/j.addbeh.2019.106243]
- Hansen J, Janssen J, Morgenstern M, Hanewinkel R. E-Zigarettenkonsum und späterer Konsum konventioneller Zigaretten. *Pneumologie* 2020; 74: 39-45 [doi: 10.1055/a-1041-9970]
- Galimov A, Hanewinkel R, Hansen J, Unger JB, Sussman S, Morgenstern M. Energy drink consumption among German adolescents: Prevalence, correlates, and predictors of initiation. *Appetite* 2019; 139: 172-79 [doi: 10.1016/j.appet.2019.04.016]
- Hansen J, Hanewinkel R, Morgenstern M. Electronic cigarette marketing and smoking behaviour in adolescence: a cross-sectional study. *ERJ Open Research* 2018; 4: 00155-2018 [doi: 10.1183/23120541.00155-2018]