



Präventionsradar

50%

50%

Erhebung
Schuljahr 2025/2026

35%

40%

35%

25%

15%



Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen
in Deutschland – Ausgewählte Ergebnisse des Präventionsradars 2025/2026.

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, 2026

Der Präventionsradar wird gefördert durch die DAK-Gesundheit.



Hinweis zum Zitieren:

Hansen, J., Neumann, C. & Hanewinkel, R. (2026). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ausgewählte Ergebnisse des Präventionsradar 2025/2026. IFT-Nord (Hrsg.), Kiel.



Editorial

10 Jahre Präventionsradar 2026: Wir sagen DANKE!

Liebe Leserinnen und Leser,

seit zehn Jahren ist der Präventionsradar der verlässliche Kompass, wenn es um das gesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen geht. Seit der Etablierung des Präventionsradars werden kontinuierlich Daten erhoben, langfristige Entwicklungen beobachtet und essenzielle Erkenntnisse gewonnen – stets mit dem Ziel, präventive Maßnahmen nachhaltig zu stärken und die Gesellschaft zu informieren. Ein Jahrzehnt voller Engagement, das insbesondere durch das Schulpersonal sowie die Schülerinnen und Schüler getragen wird. Dies ist ein willkommener Anlass, Danke zu sagen und gemeinsam neue Wege für die Prävention der Zukunft zu gestalten.

Passend dazu zeigt die aktuelle, zehnte Befragungswelle unserer Schulstudie, wie lebendig dieses Engagement ist: Mit über 30.000 teilnehmenden Schülerinnen und Schülern aus 15 Bundesländern wird die enorme Resonanz und das große Interesse sichtbar. Ein herzliches Dankeschön gilt allen Schulen, die mit ihrem unermüdlichen Einsatz diese einzigartigen Einblicke in die Lebenswelt der heranwachsenden Generation ermöglichen und damit einen unschätzbaren Beitrag zur Forschung leisten.

Ein Blick in heutige Klassenzimmer vermittelt das Bild eines weitgehend normalisierten Alltags. Doch die Daten des vorliegenden Berichts machen deutlich, dass die Belastungen der vergangenen Jahre bis heute nachwirken: Depressive Symptome und ein vermindertes Wohlbefinden sind unter Kindern und Jugendlichen nach wie vor weit verbreitet. Da gleichzeitig bei einem hohen Anteil der Heranwachsenden die Gesundheitskompetenz als förderungsbedürftig eingestuft wird, ergibt sich hieraus ein akuter und unübersehbarer Handlungsbedarf für gezielte Präventions- und Unterstützungsmaßnahmen.

Als Reaktion auf diese Defizite wird in der aktuellen Diskussion immer öfter die Einführung struktureller Maßnahmen gefordert – wie beispielsweise ein eigenes Schulfach „Gesundheit“. Interessant ist, dass auch die Kinder und Jugendlichen selbst diesen Vorschlag befürworten. Dabei zeigt sich, dass die Zustimmung nicht nur von denjenigen kommt, die ohnehin schon gesundheitsbewusst oder resilient sind, sondern auch von Kindern und Jugendlichen getragen wird, die von internalisierenden Belastungen wie depressiven Symptomen und Schulstress sowie Bauchschmerzen betroffen sind oder von schlafstörender Smartphone-Nutzung berichten.

Die Ergebnisse unserer Studie zeigen uns, wo wir ansetzen müssen: Diese Generation wünscht sich und braucht spürbare Unterstützung. Mit kurzen Projekten ist es hier nicht mehr getan – wir haben jetzt die Verantwortung, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass sie jungen Menschen eine echte, verlässliche Basis für die Zukunft bieten. Wir sind bereit, diese Strukturen aktiv mitzugestalten.

Herzlichst

Prof. Dr. Reiner Hanewinkel

Geschäftsführender Direktor IFT-Nord gGmbH

Andreas Storm

Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

1	Allgemeine Informationen zur Studie.....	5
2	Methodik.....	8
	2.1 Stichprobe im Schuljahr 2025/2026.....	8
	2.2 Durchführung.....	9
	2.3 Befragungsinhalte	10
	2.4 Datenauswertung.....	11
3	Die Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen	12
4	Das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen	19
	4.1 Allgemeines Wohlbefinden.....	19
	4.2 Verhaltensauffälligkeiten und prosoziales Verhalten	20
	4.3 Einsamkeit	25
	4.4 (Psycho-)somatische Beschwerden.....	26
	4.5 Zukunftsperspektive	30
5	Die Gewalt- und Mobbing Erfahrung von Kindern und Jugendlichen.....	33
	5.1 Gewalterfahrung.....	33
	5.2 Mobbing und Cybermobbing.....	36
6	Fazit.....	38
7	Referenzen.....	40
	ANHANG.....	41
	Publikationsliste Artikel mit Peer-Review-Verfahren	41

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 aus 15 Bundesländern (Ausnahme: das Saarland) 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 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).

Einordnung in die Studienlandschaft

Der Präventionsradar nimmt im Vergleich zu anderen deutschen Kinder- und Jugendgesundheitsstudien eine wichtige methodische Nische ein. Die Einzigartigkeit resultiert aus seinem spezifischen Untersuchungsdesign: Als wiederkehrende Schulumfrage per Selbstauskunft im Klassenverband schließt er eine wichtige methodische Lücke in der deutschen Studienlandschaft.

Durch das jährliche Intervall erfasst der Präventionsradar Trends im Alltag von Kindern und Jugendlichen dynamischer als die in größeren Abständen (alle 4 Jahre) stattfindenden schulbasierten Erhebungen wie HBSC (Health Behavior of school-aged Children). Durch das Setting Schule gelingt dem Präventionsradar darüber hinaus ein Einblick in den Alltag von Kindern und Jugendlichen, der im Vergleich zu Studien mit Sekundärdaten der Krankenkassen (wie dem DAK-Kinder- und Jugendreport) frühzeitige, noch nicht medizinisch diagnostizierte Belastungen und Verhaltensmuster sichtbar macht. Tabelle 1 bietet einen Überblick über Studien, die sich mit gesundheitlichen Aspekten und dem Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen im weiteren Sinne befassen. Diese Liste ist nicht erschöpfend.

Tabelle 1. Überblick über verschiedene Kinder- und Jugendstudien, die in Deutschland durchgeführt werden (Primärdaten).

Studie	Institution	Seit	Schwerpunkt	Alter	Stichprobengröße	Erhebungsintervall	Studienanlage
KiGGS (Kinder- und Gesundheitsgesundheitssurvey)	Robert Koch-Institut	2003	Gesundheit, Ernährung, Bewegung, psych. Gesundheit	0–17 Jahre	~17.000	Bislang 3 Erhebungen: 2003–2006, 2009–2012 und 2014–2017	kombinierter Quer- und Längsschnitt
HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)	HBSC-Studienverbund Deutschland	1983	Gesundheitsverhalten, Stress, soziale Einbindung	11–15 Jahre	~5.000	Alle 4 Jahre	Querschnitt
SOEP (Sozio-ökonomisches Panel)	DIW Berlin	1984	Einkommen, Bildung, Wohlbefinden, Familie	Alle Altersgruppen	~30.000 Haushalte	Jährlich	dieselben Personen/Haushalte
PISA / IGLU (Programme for International Student Assessment/Internationale Grundschul-Lese-Untersuchung)	IQB / OECD	2000	Schulleistungen, internationaler Vergleich	15 J. (PISA) / Grundschule (IGLU)	~6.000	Alle 3 Jahre (PISA) / Alle 5 Jahre (IGLU)	Querschnitt
AID:A (Autonomie und Integration in Deutschland: Autonomie und Integration in Deutschland)	DJI München	2009	Familie, Freizeit, soziale Teilhabe, Wohlbefinden	0–32 Jahre	~25.000	Alle 4 Jahre (2019, 2023, 2027)	Querschnitt
DJI-Panel (KiJu)	Deutsches Jugendinstitut (DJI)	2002	Wandel von Lebenslagen, Übergang Schule/Beruf, familiäre Beziehungen, Persönlichkeitsentwicklung	0–17 Jahre	~6.000 bis 10.000	Unregelmäßige Kohortenbefragungen	Längsschnitt

Shell Jugendstudie	Shell / Kantar	1953	Werte, Politik, Zukunftsfähigkeit, Lebensziele	12–25 Jahre	~2.500 - 5.000	Alle 4 bis 5 Jahre	Querschnitt
Drogenaffinitätsstudie	Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)	1973	Konsum von Tabak, Alkohol und illegalen Drogen	12–25 Jahre	~7.000	Alle 3 bis 4 Jahre (neueste Welle: 2025)	Querschnitt
COPSY (Corona und Psyche)	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)	2020	Psychische Gesundheit, Lebensqualität, Zukunftsfähigkeit, Medienutzung	7–17 Jahre (Befragung der Eltern) / 11–17 Jahre (Selbstausskunft)	~1.500 Familien (bzw. > 1.000 Jugendliche)	Mehrmals jährlich bis unregelmäßig (bislang 8 Erhebungswellen)	Längsschnitt (repräsentative Online-Befragung)
Kinderstudie	Bertelsmann Stiftung	2013	Subjektives Wohlbefinden, Kinderarmut, Mitspracherecht, materielle Situation	8–14 Jahre	~2.000–3.500	Alle 2 bis 3 Jahre (unregelmäßig)	Querschnitt (internationale Vergleichsstudie)
Das Deutsche Schulbarometer	Robert Bosch Stiftung	2019	Schule als Lebensraum, Leistungsdruck, psychische Belastung, Unterrichtsqualität	8–17 Jahre (sowie Lehrkräfte & Eltern)	~1.000 Schülerinnen und Schüler	Mehrmals jährlich (flexibel angepasst; jährliches Panelssystem)	Querschnitt (repräsentative Befragung durch infas)
Sinus-Jugendstudie	Sinus-Institut	2008	Lebenswelten, Alltagskultur, Werte, Medien, Zukunft, Milieu	14–17 Jahre	~1.000	Alle 4 Jahre (jüngste Welle: 2024)	Querschnitt
BLIKK-Medien	BMG / BVKJ	2017	Umgang mit digitalen Medien, gesundheitliche & verhaltensbiologische Folgeerscheinungen	0–17 Jahre	~5.500 Kinder/Jugendliche und deren Eltern	Einmalige Schwerpunktstudie mit Folgeauswertungen	Querschnitt (gekoppelt an U-Untersuchungen)
JIM-Studie	Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest	1998	Mediennutzung (Smartphone, Social Media, Gaming), Freizeitverhalten, Fake-news-Kompetenz	12–19 Jahre	~1.200 Jugendliche	Jährlich	Querschnitt (repräsentative Befragung)
Mediensuchtstudie	DAK_Gesundheit/UKE Hamburg	2019	Suchtverhalten bei Social Media und Gaming, psychische Folgen von Mediensucht	10–17 Jahre	~1.200 Familien (Längsschnitt-Beobachtung)	Jährlich	Längsschnitt
Präventionsradar	DAK-Gesundheit / IFT-Nord	2016	Wohlbefinden, Gesundheitsverhalten, Substanzkonsum, Mediennutzung, Mobbing	9–17 Jahre (Klassen 5–10)	~14.000–30.000 (2018/19: 14.242 2025/26: ~30.000)	Jährlich (jeweils pro Schuljahr)	kombinierter Quer- und Längsschnitt

2 Methodik

2.1 Stichprobe im Schuljahr 2025/2026

Die Online-Befragung wurde an allgemeinbildenden weiterführenden Schulen in öffentlicher und freier Trägerschaft in 15 Bundesländern durchgeführt. Alle Schulen wurden per E-Mail eingeladen und hatten die Möglichkeit, sich über die Studienhomepage unter praeventionsradar.de zur Teilnahme anzumelden. Erstmals konnten sich auch Schulen aus dem Bundesland Bayern beteiligen. Im Schuljahr 2025/2026 nahmen insgesamt 141 Schulen (68 Gymnasien, 73 Schulen anderer Schularten) mit 30.074 Schülerinnen und Schülern aus 1.916 Klassen am Präventionsradar teil. Das mittlere Alter der Befragten betrug 13,3 Jahre, 52 Prozent der Befragten waren weiblichen Geschlechts.

In der Gelegenheitsstichprobe vertretene Schularten sind Gemeinschaftsschulen, (integrierte/ kooperative) Gesamtschulen, Gymnasien, (verbundene) Haupt-, Mittel- und Realschulen, Oberschulen, (erweiterte) Realschulen (plus), Regelschulen, regionale Schulen und (integrierte) Sekundarschulen. Die Mehrheit der Schülerinnen und Schüler (62 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 5 Prozent der Befragten, die mittlere Kategorie 31 Prozent und die oberste Kategorie umfasst 64 Prozent. Rund 10 Prozent der Befragten besuchen Schulen in niedrig sozioökonomisch deprivierten Regionen Deutschlands, 65 Prozent in Regionen mit mittlerer Deprivation und 25 Prozent in hoch deprivierten Regionen. Die nachfolgende Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Teilnahmezahlen.

Tabelle 2. Allgemeine Angaben zur Gesamtstichprobe der zehn Erhebungswellen.

Erhebungsjahr	N Schüler/innen	Anteil Mädchen	Mittleres Alter (Jahre)	Alter SD/Range
Erhebungswelle 1: Schuljahr 2016/2017	6.902	49 Prozent	13,0	1,83/ 9 bis 17 Jahre
Erhebungswelle 2: Schuljahr 2017/2018	9.271	49 Prozent	12,9	1,79/ 9 bis 17 Jahre
Erhebungswelle 3: Schuljahr 2018/2019	14.242	49 Prozent	13,0	1,77/ 9 bis 17 Jahre
Erhebungswelle 4: Schuljahr 2019/2020	16.843	49 Prozent	13,1	1,76/ 9 bis 17 Jahre
Erhebungswelle 5: Schuljahr 2020/2021	14.287	49 Prozent	13,0	1,75 / 9 bis 17 Jahre
Erhebungswelle 6: Schuljahr 2021/2022	17.877	50 Prozent	13,1	1,73 / 9 bis 17 Jahre
Erhebungswelle 7: Schuljahr 2022/2023	14.702	49 Prozent	13,2	1,74/ 9 bis 17 Jahre
Erhebungswelle 8: Schuljahr 2023/2024	23.154	52 Prozent	13,2	1,74 / 9 bis 17 Jahre
Erhebungswelle 9: Schuljahr 2024/2025	26.586	52 Prozent	13,1	1,78/ 9 bis 17 Jahre
Erhebungswelle 10: Schuljahr 2025/2026	30.074	52 Prozent	13,3	1,77/ 9 bis 17 Jahre

*SuS= Schülerinnen und Schüler; 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.

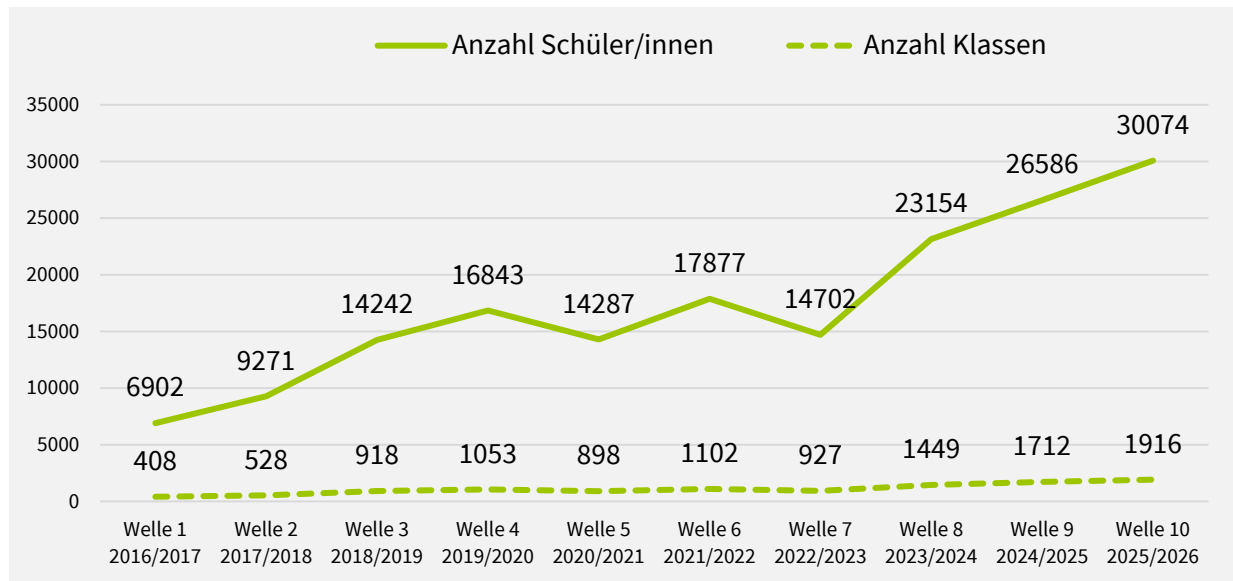


Abbildung 1. Teilnahmezahl (Schulen und Klassen) je Erhebungswelle.

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 2025 bis Februar 2026 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, im Mittel 24 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 über das Befragungsportal ift1.de 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-Nord gespeichert.

2.3 Befragungsinhalte

Der Fragebogen für die Kinder und Jugendlichen umfasste unterschiedliche Items zu gesundheitsbezogenem Verhalten, zu Indikatoren des Gesundheitsstatus sowie zu möglichen Einflussfaktoren. Die verwendeten Fragen basieren auf validierten Instrumenten[3-12] oder wurden spezifisch für die vorliegende Studie entwickelt.

Einige Fragen sind nur für Kinder und Jugendliche bestimmter, in der Regel höherer Jahrgangsstufen vorgesehen, dazu zählt unter anderem der Cannabiskonsum. 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 3 gibt eine Übersicht über die Themenfelder, die im vorliegenden Ergebnisbericht berücksichtigt wurden.

Tabelle 3. Ausgewählte Themenfelder, Ergebnisbericht 2025/2026.

Themenfelder
Allgemeines Wohlbefinden Einsamkeit Verhaltensauffälligkeiten Depressive Symptome/emotionale Probleme Prosoziales Verhalten Häufigkeit von (psycho-)somatischen Beschwerden Zukunftsperspektive Gewalt und Mobbing Gesundheitsrelevante Einflussfaktoren Alter Geschlecht Gesundheitskompetenz* Besuchte Schulform Elterliches Monitoring Subjektiver Sozialstatus

*aufgrund behördlicher Vorgaben nicht umfänglich in Bayern erfasst

2.4 Datenauswertung

Alle Analysen wurden mit dem Statistikprogramm Stata, Version 19.0 (StataCorp LLC, College Station, TX, USA), durchgeführt.

Zur Reduktion möglicher Verzerrungen in der Stichprobenzusammensetzung wurde ein Gewichtungsfaktor verwendet, der systematische Unterschiede zwischen Stichprobe und Grundgesamtheit ausgleicht. Die Berechnung dieses Gewichtungsfaktors erfolgte auf Basis bevölkerungsstatistischer Daten des Statistischen Bundesamtes. Dabei wurde der Faktor hinsichtlich zentraler Merkmale wie Alter, Geschlecht sowie Schultyp adjustiert, um strukturelle Unterschiede zwischen Stichprobe und Grundgesamtheit auszugleichen. Weiterführende Informationen zur methodischen Vorgehensweise und zur Konstruktion der Gewichtungsvariablen sind auf der Website www.praeventionsradar.de verfügbar.

Zur Analyse von Zusammenhängen zwischen den untersuchten Variablen wurden im Rahmen des Präventionsradars Mehrebenenmodelle (hierarchische Modelle) eingesetzt. Diese Analysen eignen sich besonders für die Auswertung der Daten, da Schülerinnen und Schüler im Präventionsradar innerhalb von Klassen und Schulen erfasst werden und die Daten somit eine verschachtelte Struktur aufweisen. Dabei wird berücksichtigt, dass sich Personen innerhalb derselben Klasse oder Schule ähnlicher sein können als Personen aus unterschiedlichen Schulen. Mehrebenenmodelle ermöglichen es daher, individuelle Unterschiede (z. B. zwischen einzelnen Schülerinnen und Schülern) und Einflüsse der schulischen Umgebung (z. B. Unterschiede zwischen Klassen oder Schulen) zu berücksichtigen.

3 Die Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen

Die diesjährige Befragung beschäftigte sich – wie bereits im letzten Jahr – mit der Frage, wie gesundheitskompetent Kinder und Jugendliche sind. Im Fokus standen dabei neben der motivationalen Dimension der Gesundheitskompetenz auch das Wissen der befragten 9- bis 17-Jährigen sowie ihr kritischer Umgang mit Gesundheitsinformationen. Gerade das kritische Hinterfragen von Informationen ist besonders wichtig, da Kinder und Jugendliche in einer Welt aufwachsen, in der sie ständig mit Gesundheitsinformationen konfrontiert werden – vor allem über soziale Medien und das Internet – und es oft schwierig ist, verlässliche von unzuverlässigen Quellen zu unterscheiden. Gleichzeitig werden in jungen Jahren wichtige Grundlagen für das spätere Leben gelegt: Wer früh lernt, was der eigenen Gesundheit guttut, trifft auch später eher bewusste Entscheidungen, etwa in Bezug auf Ernährung, Bewegung oder den Umgang mit Stress. Eine gute Gesundheitskompetenz stärkt zudem die Eigenverantwortung und hilft dabei, Risiken besser einzuschätzen. Darüber hinaus spielt sie eine wichtige Rolle für die Chancengleichheit, da nicht alle Kinder und Jugendlichen die gleichen Voraussetzungen haben, sich Wissen über Gesundheit anzueignen. Die Ergebnisse des Präventionsradar zeigen daher, wo noch Förderungsbedarf besteht. Gesundheitskompetenz (GK) ist als ein multidimensionales Konstrukt zu verstehen, das das Wissen, die Motivation und die Fähigkeit einer Person beschreibt, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden [13-16]. Eine höhere Gesundheitskompetenz kann dazu beitragen, dass Kinder und Jugendliche eine positivere Einstellung zu ihrer Gesundheit entwickeln, sich kompetenter fühlen und eher gesundheitsförderliche Entscheidungen treffen als Gleichaltrige mit geringerer Gesundheitskompetenz.

Motivational/Einstellung

Den Kindern und Jugendlichen wurden vier Fragen gestellt, z.B. „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?“. Sie konnten zwischen den Antwortmöglichkeiten „gar nicht“ (1), „wenig“ (2), „mittelmäßig“ (3), „ziemlich“ (4) und „sehr“ (5) auswählen. Die Skala weist eine akzeptable interne Konsistenz der Skala auf (Cronbachs $\alpha = 0,80$) und wurde in Anlehnung an Loer et al. [15] ausgewertet. Passive Einstellungen wurden mit niedriger Gesundheitskompetenz, teils aktive/teils passive mit moderater und aktive Einstellungen mit hoher motivationaler Gesundheitskompetenz assoziiert. Für die Analyse wurden die Antworten dichotomisiert in (1) aktive Einstellung (hohe motivationale Gesundheitskompetenz) und (2) passive bzw. teils aktive/teils passive Einstellung (moderate bis niedrige motivationale Gesundheitskompetenz).

Wissen

Den Kindern und Jugendlichen wurden fünf Wissensfragen gestellt (z. B. zum Umgang mit leichten Verbrennungen). Die Anzahl korrekt beantworteter Fragen wurde aufsummiert und trichotomisiert: 0–1 richtige Antworten = niedriges Wissen, 2–3 = mittleres Wissen und 4–5 = hohes Wissen.

Anwendung/kritisches Verhalten

Kinder und Jugendliche wurden zum kritischen Umgang mit Informationen befragt. Dabei sollten sie einschätzen, wie leicht oder schwer es ihnen fällt, die Richtigkeit von online gefundenen Informationen zu beurteilen. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „sehr einfach“ bis „sehr schwierig“. Zusätzlich wurde erhoben, welche der folgenden Aussagen am ehesten auf die Befragten zutrifft: (1) „Ich lese die Informationen und gehe meist davon aus, dass sie korrekt sind“, (2) „Ich lese die Informationen und vergleiche sie gelegentlich mit anderen Quellen“ oder (3) „Ich überprüfe die Herkunft der Informationen, bevor ich ihnen vertraue“. Diese Frage dient der Erfassung des individuellen Umgangs mit Informationsquellen. Die Antwortkategorien bilden eine Abstufung des kritischen Umgangs mit Informationen von unkritisch über leicht kritisch bis hin zu kritisch.

Motivational/Einstellung

Wie bereits im letzten Schuljahr ergibt die Befragung auch in diesem Schuljahr ein vergleichbares Bild wie vor einem Jahr: Rund 16 Prozent der Befragten gaben an, sich aktiv für das Thema Gesundheit zu interessieren und bewusst auf ihre Gesundheit zu achten. Die große Mehrheit von 84 Prozent verfolgte das Thema eher passiv oder zeigte eine Mischung aus aktiver und passiver Haltung. Auffällig ist, dass sich dabei kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigten (siehe Abbildung 2). Für Schülerinnen und Schüler mit niedrigem Sozialstatus (13 Prozent) wurde seltener eine hohe Kompetenz abgeleitet als für Schülerinnen und Schüler mit mittleren/hohen subjektiven Sozialstatus (17 Prozent, siehe Abbildung 2).

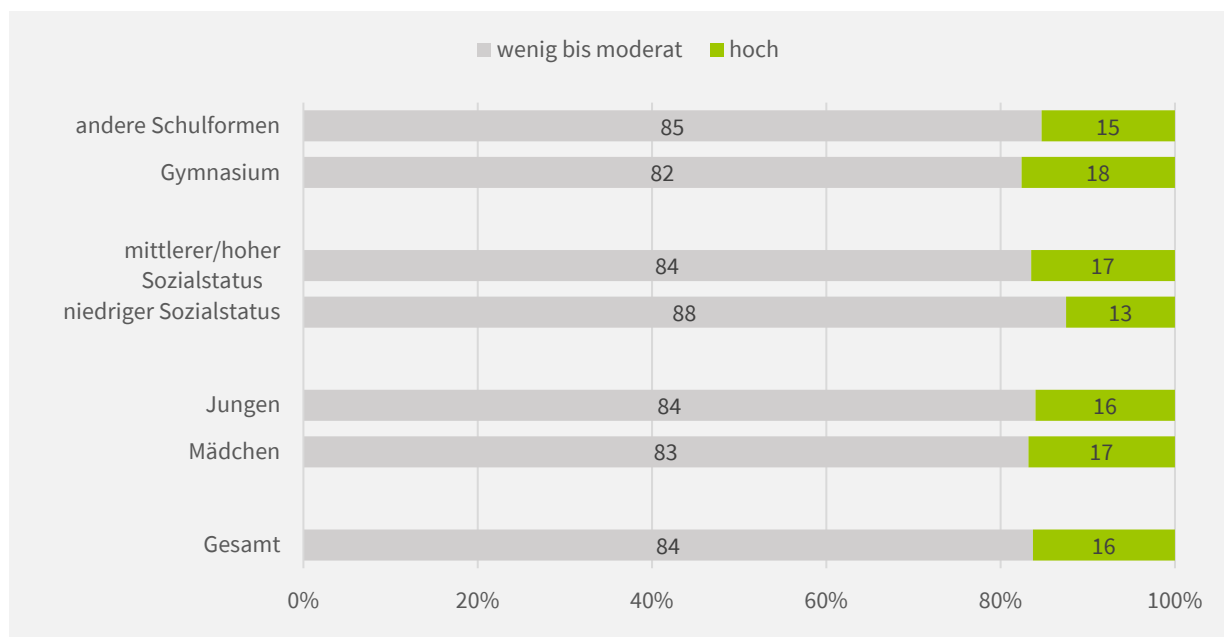


Abbildung 2. Verteilung der Befragten nach motivationaler Gesundheitskompetenz (in Prozent).

Wissen

Die Auswertung des Gesundheitswissens zeigte, dass ein Viertel der Teilnehmer (8 Prozent + 18 Prozent) nur 0 bis 1 Fragen richtig beantworten konnte, während über die Hälfte (28 Prozent + 27 Prozent) zwei bis drei richtige Antworten gab und damit im mittleren Bereich lag. Knapp ein Fünftel (15 Prozent + 4 Prozent) beantwortete vier oder alle fünf Fragen korrekt (siehe Abbildung 3).

Die Befunde zeigten, dass das Gesundheitswissen in der Gesamtstichprobe überwiegend im mittleren Bereich liegt (55 Prozent). Ein niedriger Wissensstand war bei 26 Prozent der Befragten zu beobachten, während 19 Prozent ein hohes Gesundheitswissen aufwiesen. Im Vergleich zwischen Mädchen und Jungen zeigten sich leichte Unterschiede: Mädchen verfügten häufiger über ein mittleres (57 Prozent) und hohes (21 Prozent) Gesundheitswissen. Jungen waren im Vergleich zu Mädchen überdurchschnittlich häufig im niedrigen Gesundheitswissensbereich vertreten (29 Prozent gegenüber 22 Prozent).

In Bezug auf die besuchte Schulart wurden Unterschiede deutlich. Schülerinnen und Schüler mit Gymnasialbesuch wiesen häufiger ein hohes Gesundheitswissen auf (26 Prozent) als jene aus anderen Schularten (14 Prozent). Gleichzeitig war in der Gruppe der Befragten, die kein Gymnasium besuchten ein höherer Anteil mit niedrigem Gesundheitswissen festzustellen (32 Prozent gegenüber 17 Prozent).

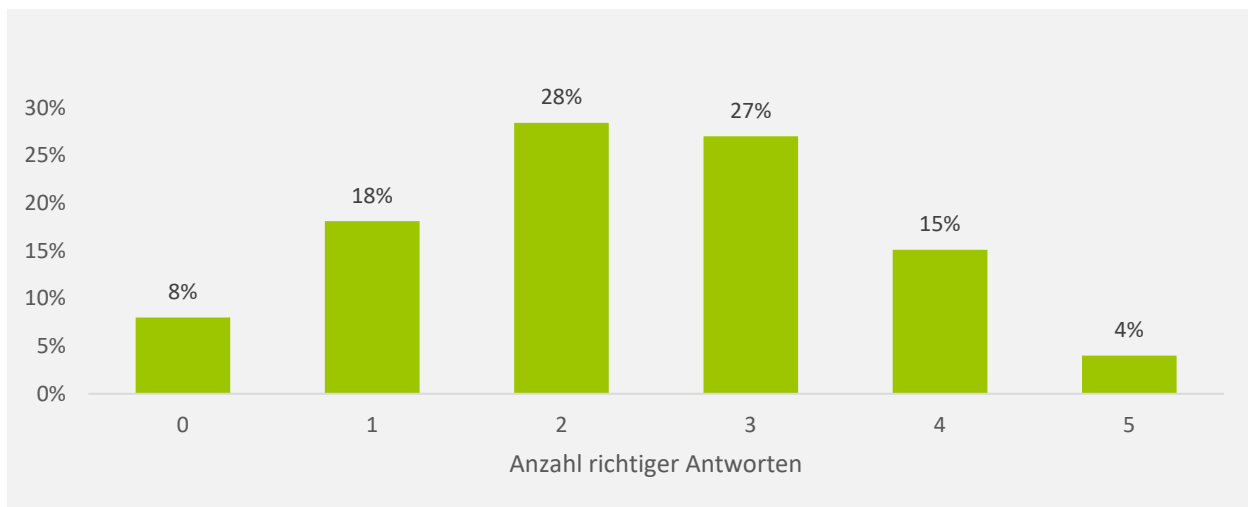


Abbildung 3. Gesundheitswissen, Anzahl korrekter Antworten, Angaben in Prozent.

Hinsichtlich des subjektiven Sozialstatus waren die Unterschiede gering. Personen mit niedrigem Status zeigten etwas häufiger ein niedriges Gesundheitswissen (28 Prozent) als Personen mit mittlerem oder hohem Status (25 Prozent). Der Anteil mit mittlerem Gesundheitswissen war in beiden Gruppen identisch (55 Prozent), während ein hoher Wissensstand bei Personen mit mittlerem oder hohem Status leicht häufiger vorkam (20 Prozent gegenüber 17 Prozent, siehe Tabelle 4).

Tabelle 4. Gesundheitswissen in Abhängigkeit von soziodemografischen Merkmalen, Angaben in Prozent.

Gesundheitswissen			
	niedrig	mittel	hoch
Angaben in Prozent (%)			
Gesamt	26	55	19
Geschlecht			
weiblich	22	57	21
männlich	29	54	17
Besuchte Schulart			
Gymnasium	17	57	26
Andere	32	54	14
Subjektiver Sozialstatus			
niedrig	28	55	17
mittel/hoch	25	55	20

niedrig (= bis max. 1 richtige Antwort); mittel (=2 bis 3 richtige Antworten); hoch (=4 bis 5 richtige Antworten).

Anwendung/kritisches Verhalten

Ein wichtiger Aspekt der Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, Informationen zu bewerten und deren Zuverlässigkeit einzuschätzen. Die Selbsteinschätzung der Befragten zeigte, dass rund 64 Prozent angeben, beurteilen zu können, ob Gesundheitsinformationen vertrauenswürdig sind. Demgegenüber stehen etwa 36 Prozent, die angaben, Schwierigkeiten bei der Einschätzung der Richtigkeit zu erleben. Unabhängig von der Selbsteinschätzung, wie einfach oder schwierig dies fällt, wurde erfasst, wie sich Kinder und Jugendliche im Umgang mit der Bewertung von Gesundheitsinformationen konkret verhalten. Rund 30 Prozent der Befragten gingen eher unkritisch mit Informationen um und nahmen diese meist als richtig an. Die größte Gruppe, 47 Prozent, zeigte einen leicht kritischen Umgang, indem

Informationen zumindest gelegentlich verglichen wurden. Nur etwa 24 Prozent der Jugendlichen reflektierten die Informationen kritisch und achteten bewusst auf deren Quellen (siehe Abbildung 4).

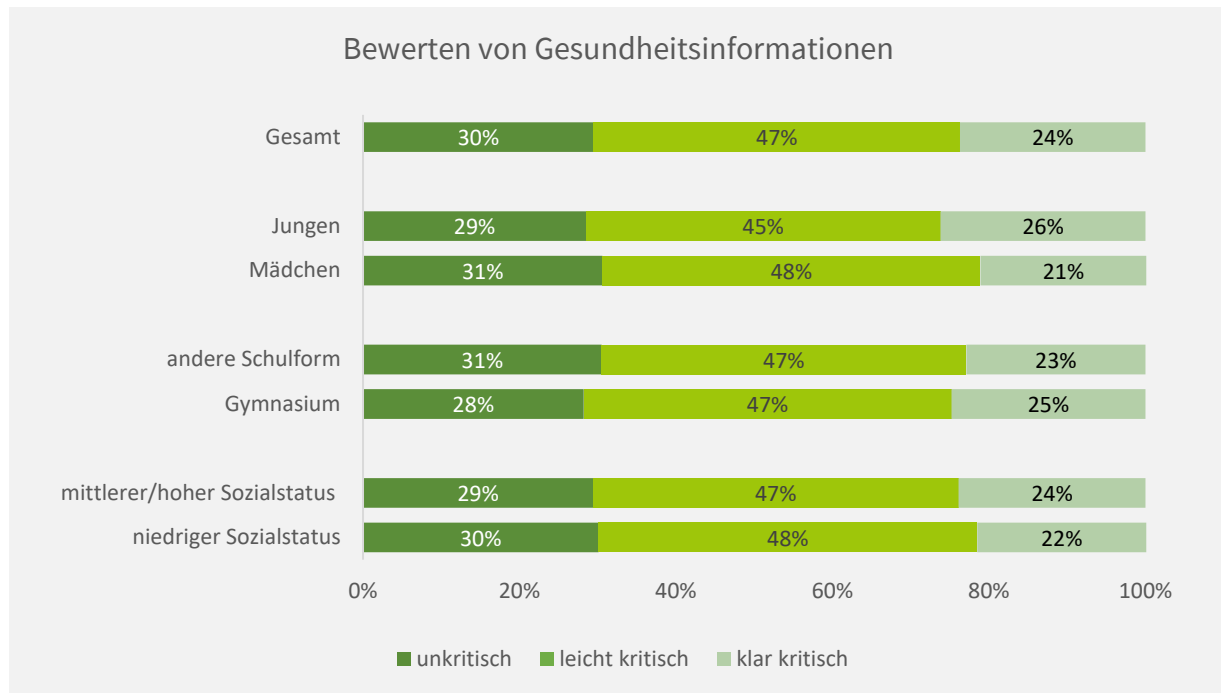


Abbildung 4. Kritisches Reflektieren von Gesundheitsinformationen (Angaben in Prozent).

Gesundheitskompetenz

Wie eingangs dargestellt, lässt sich Gesundheitskompetenz als ein multidimensionales Konstrukt verstehen, das sich aus Wissen, Motivation und der Fähigkeit zur Bewertung von Gesundheitsinformationen zusammensetzt. Die einzelnen Dimensionen wirken dabei nicht isoliert, sondern stehen in Wechselwirkung und tragen gemeinsam zur Ausprägung der Gesundheitskompetenz bei. Eine hohe Ausprägung in nur einer Dimension reicht nicht aus, um eine umfassende Gesundheitskompetenz sicherzustellen. Vor diesem Hintergrund wurde eine Klassifikation in zwei Kategorien – unzureichend (entspricht einer niedrig/moderat) und ausgeprägt (entspricht hoch) – vorgenommen, wobei alle Dimensionen in die Bewertung einbezogen wurden.

Die Untersuchung der Gesundheitskompetenz lieferte über alle betrachteten demografischen Merkmale hinweg ein deutliches Bild: Ein Großteil der befragten Kinder und Jugendlichen wies Förderungsbedarf auf. Dennoch zeigten sich bei der Differenzierung nach Sozialstatus, Schulform und Geschlecht spezifische Nuancen. Der sozioökonomische Status stand in Zusammenhang mit der Ausprägung der Gesundheitskompetenz. Bei niedrigem Sozialstatus war der Anteil der Förderungsbedürftigen mit 92 Prozent am höchsten, während lediglich 8 Prozent über eine ausgeprägte Kompetenz verfügten. Kinder aus Haushalten mit höherem Status schnitten mit 12 Prozent (ausgeprägt) leicht besser ab, dennoch verblieben 88 Prozent im unterstützungsbedürftigen Bereich. Die deutlichsten Unterschiede innerhalb der Stichprobe zeigten sich beim Vergleich der Schulformen: Schülerinnen und Schüler an Gymnasien wiesen mit 15 Prozent den größten Anteil an ausgeprägter Gesundheitskompetenz auf. Andere Schulformen: Hier lag der Wert lediglich bei 8 Prozent während 92 Prozent der Kinder als unzureichend eingestuft wurden. Zwischen Jungen und Mädchen waren keine bedeutsamen Unterschiede in dieser Erhebung zu beobachten: Bei den Mädchen verfügten 12 Prozent über eine ausgeprägte Kompetenz (88 Prozent unzureichend), bei den Jungen waren es 11 Prozent (89 Prozent unzureichend). Das Geschlecht schien somit im Vergleich zum sozialen Status oder der Schulform eine untergeordnete Rolle zu spielen.

(siehe Abbildung 5).

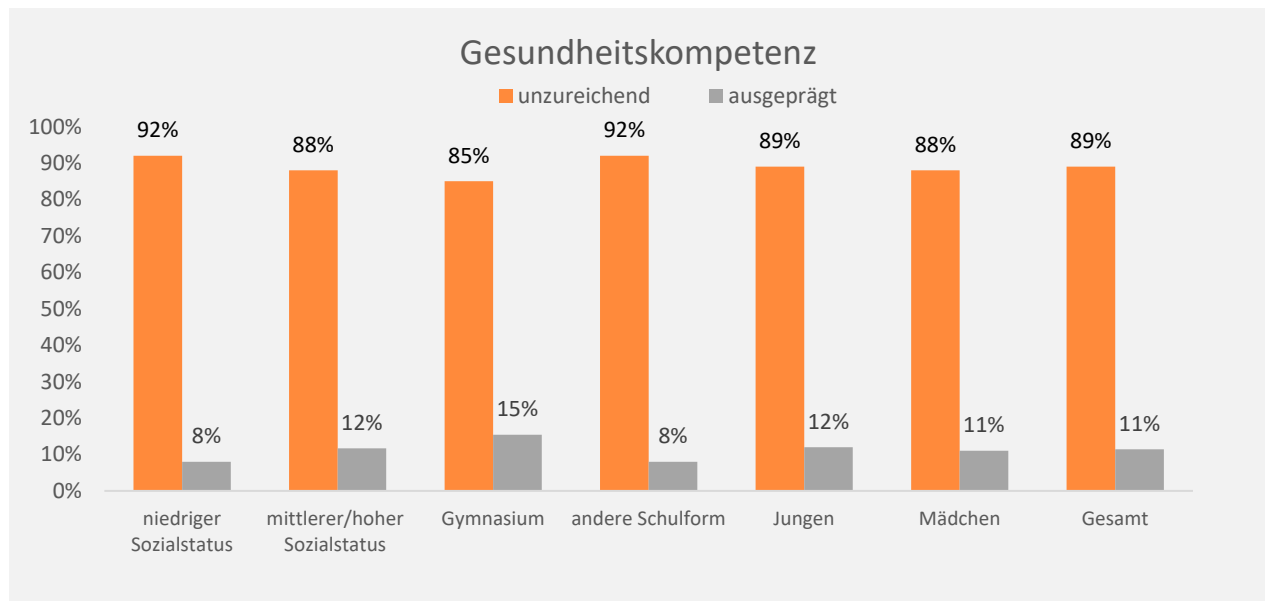


Abbildung 5. Ausprägung der Gesundheitskompetenz, Angaben in Prozent.

In einer weiterführenden Analyse wurde untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen elterlichem Monitoring, das heißt dem Ausmaß, in dem Eltern über die Aktivitäten, Aufenthaltsorte und sozialen Kontakte ihrer Kinder informiert sind, und Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen besteht, unter Kontrolle von Alter, Geschlecht, Schulform und weiteren Faktoren. Die Ergebnisse zeigten erwartungsgemäß, dass das Verhalten der Eltern eine zentrale Rolle spielt: Je stärker Eltern ihre Kinder begleiteten, desto höher war in der Regel deren Gesundheitskompetenz ausgeprägt. Dieser Zusammenhang blieb auch dann bestehen, wenn andere Einflussgrößen berücksichtigt werden.

Informationsquellen

Bei der Frage nach den genutzten Informationsquellen zeigte sich eine klare Priorisierung durch die Befragten: Die wichtigste Anlaufstelle für gesundheitsrelevante Informationen sind mit 70 Prozent die Eltern, gefolgt vom Internet, das von 56 Prozent der Teilnehmenden genutzt wird. Medizinische Fachpersonen wie Ärztinnen und Ärzte spielen für knapp ein Drittel (30 Prozent) eine Rolle. Das soziale Umfeld außerhalb der Familie sowie die Schule bilden das Schlusslicht: Nur 19 Prozent der Jugendlichen informieren sich bei Freundinnen und Freunden und lediglich 11 Prozent nutzen bislang Lehrkräfte als Informationsquelle.

Schulfach Gesundheit

Ein erheblicher Anteil der Befragten befürwortete die Idee, ein Schulfach „Gesundheit“ einzuführen. Dabei zeigte sich über alle Subgruppen hinweg – sowohl bei Mädchen und Jungen, bei Personen mit niedrigerem wie auch höherem Sozialstatus, bei Schülerinnen und Schülern von Gymnasien und anderen Schulformen sowie über alle Altersgruppen hinweg –, dass jeweils mehr als die Hälfte diese Idee positiv bewertete. Je nach Subgruppe lag der Anteil derjenigen, die diese Idee nicht befürworteten bei 21 bis 33 Prozent (siehe Abbildung 6).

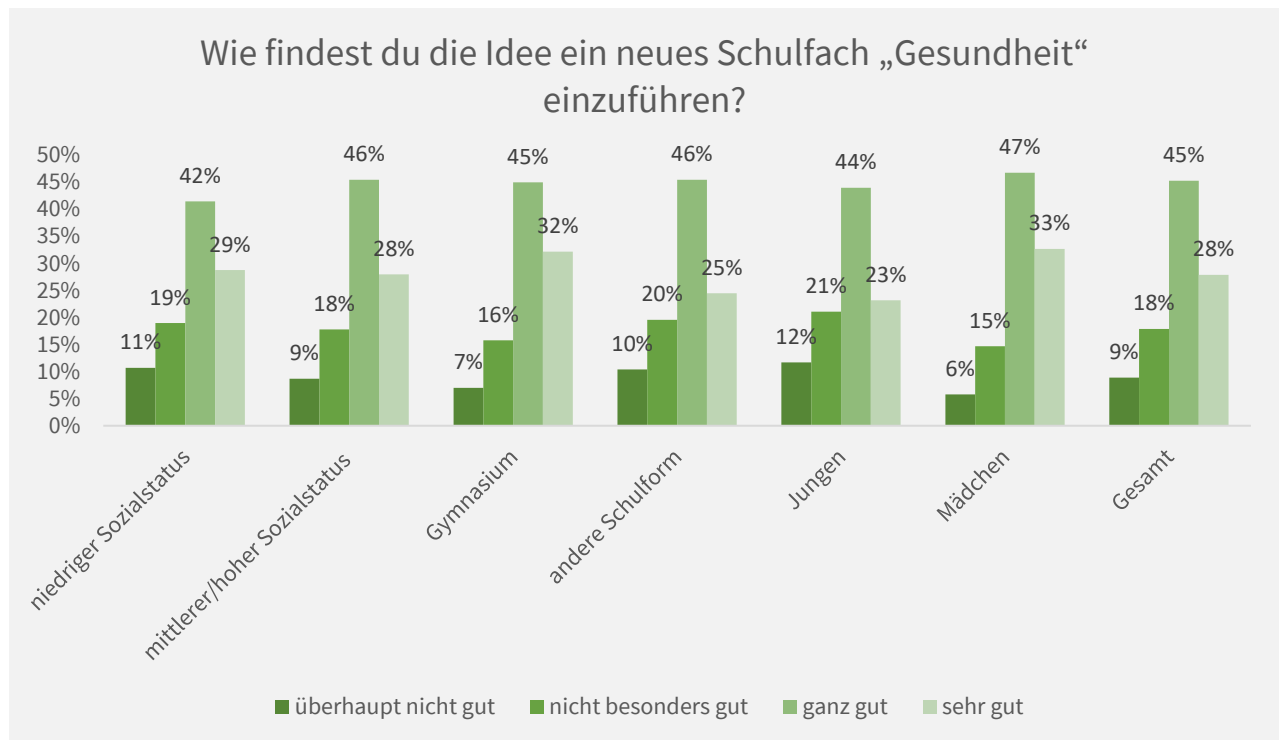


Abbildung 6. Bewertung der Idee ein Schulfach „Gesundheit“ einzuführen.

Eine weiterführende Analyse zeigt, dass die Akzeptanz für das Schulfach „Gesundheit“ in allen Altersstufen und Schulformen bei der Mehrheit vorhanden war, die stärkste Befürwortung innerhalb des untersuchten Jahrgangsspektrums jedoch in den Klassen 5 und 10 zu beobachten war. In den mittleren Klassenstufen sank das Interesse leicht ab. Zudem befürworteten Kinder und Jugendliche das Schulfach besonders stark, wenn sie von hohem Schulstress, emotionalen Problemen, Bauchschmerzen oder schlafstörender Smartphone-Nutzung am Abend berichteten. Erwartungsgemäß stößt das Fach auch bei einer weiteren Gruppe von Heranwachsenden auf hohe Zustimmung: bei denjenigen, die persönliches Interesse am Thema zeigten. Jugendliche, die sich in der Hochphase der Pubertät befinden und bereits riskante Suchtmittelgewohnheiten zeigen, befürworteten das Schulfach deutlich seltener.

Exkurs: Zahnputzverhalten

Häufigkeit



Die Mehrheit putzt ihre Zähne zweimal täglich (77 Prozent), 12 Prozent einmal täglich, 10 Prozent öfter und 1 Prozent gar nicht.



Dauer



Die Mehrheit der Befragten putzt ihre Zähne länger als zwei Minuten (80 Prozent), während 20 Prozent kürzer als zwei Minuten putzen.

Mundhygiene nach Sozialstatus



Kinder und Jugendliche mit höherem Sozialstatus putzen zu 88 Prozent mindestens zweimal täglich die Zähne, gegenüber 77 Prozent bei niedrigerem Sozialstatus. Darüber hinaus putzen 81 Prozent der Erstgenannten länger als zwei Minuten, im Vergleich zu 74 Prozent in der Gruppe mit niedrigerem Sozialstatus.

4 Das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen

4.1 Allgemeines Wohlbefinden

Die WHO-5-Skala wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt und ist ein etabliertes Instrument zur Erfassung des subjektiven Wohlbefindens [9]. 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 [9]. Sie besteht aus fünf Aussagen, die auf einer Skala von 0 („zu keinem Zeitpunkt“) bis 5 („die ganze Zeit“) bewertet werden. Die Rohwerte der fünf Items werden aufsummiert (Range: 0–25) und anschließend durch Multiplikation mit dem Faktor 4 in einen Prozentwert von 0 (schlechtestes Wohlbefinden) bis 100 (bestes Wohlbefinden) transformiert. Ein niedriger Gesamtwert (≤ 50 Prozent) weist auf vermindertes Wohlbefinden hin und kann ein Hinweis auf psychische Belastungen sein.

Im Schuljahr 2025/2026 gaben 49 Prozent der befragten Kinder und Jugendlichen ein **vermindertes Wohlbefinden** an. Mädchen waren mit 56 Prozent häufiger betroffen als Jungen (41 Prozent). Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus zeigten mit 65 Prozent deutlich höhere Anteile als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus (48 Prozent). Die Altersgruppen unterschieden sich leicht: 44 Prozent der 9- bis 13-Jährigen und 54 Prozent der 14- bis 17-Jährigen berichteten von einem verminderten Wohlbefinden.

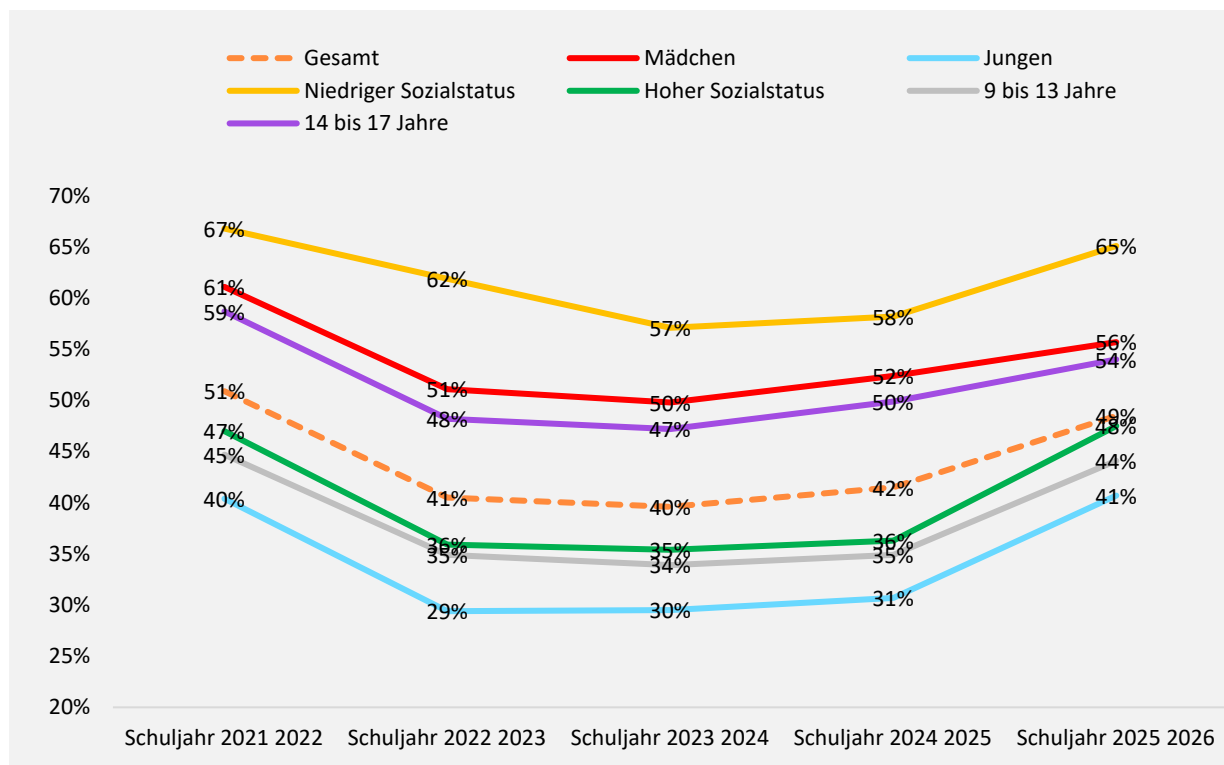


Abbildung 7. Anteile der Kinder und Jugendlichen mit vermindertem Wohlbefinden [9] bezogen auf Subgruppen Alter, Geschlecht und Sozialstatus.

Über alle Jahre hinweg zeigten Mädchen häufiger ein vermindertes Wohlbefinden als Jungen, und Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus waren überdurchschnittlich betroffen. Der Anteil von Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2021/2022 lag bei 51 Prozent und war damit nur geringfügig höher als 2025/2026.

Insgesamt verdeutlichen die Daten, dass ein beträchtlicher Anteil der Kinder und Jugendlichen über ein vermindertes Wohlbefinden berichtete, wobei soziale und geschlechtsspezifische Unterschiede besonders deutlich hervortraten (siehe Abbildung 7).

4.2 Verhaltensauffälligkeiten und prosoziales Verhalten

Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen spielt eine wichtige Rolle für Lernen, Verhalten und das soziale Miteinander im Schulalltag. Im Rahmen der Untersuchung wurden die Ergebnisse des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) berücksichtigt. Dieser Fragebogen erfasst vier Problembereiche: Emotionale Probleme/depressive Symptome (z. B. Ängste, Niedergeschlagenheit), Verhaltensauffälligkeiten (z. B. aggressives oder oppositionelles Verhalten), Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsdefizite sowie Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen (z. B. Probleme bei Freundschaften). Zusätzlich wurde das prosoziale Verhalten erfasst, also positive soziale Fähigkeiten wie Hilfsbereitschaft, Empathie und Kooperation. Kinder und Jugendliche, deren Werte in Hinblick auf die Problemskalen im auffälligen Bereich liegen, gelten als Risikogruppe, da bei ihnen ein erhöhtes Risiko für Verhaltensprobleme besteht (Lohbeck, Schultheiß, Petermann, & Petermann, 2015) (Becker et al., 2018).

Die folgenden Abbildungen zeigen den Anteil der Schülerinnen und Schüler, die in den einzelnen Problemskalen zur Risikogruppe gehören. Beim prosozialen Verhalten wird hingegen dargestellt, wie viele Schülerinnen und Schüler soziale Kompetenzen zeigen, also sozialverträgliches Verhalten aufweisen.

Bei der Einordnung der Ergebnisse ist zu beachten, dass es sich nicht um Diagnosen handelt, sondern um Selbsteinschätzungen der Kinder und Jugendlichen. Diese liefern Hinweise auf mögliche Symptome, die mit bestimmten Auffälligkeiten in Zusammenhang stehen können. Im Idealfall würden Kinder und Jugendliche aus Risikogruppen weitere diagnostische Abklärungen erhalten und wenn für notwendig erachtet, gezielt unterstützt werden – zum Beispiel durch Beratung, begleitende Fördermaßnahmen oder andere passende Unterstützungsangebote. Gleichzeitig können allgemeine Präventionsmaßnahmen das Wohlbefinden aller Kinder und Jugendlichen stärken und ihre persönliche Entwicklung fördern.

Emotionale Probleme (Depressive Symptome)

Im Folgenden werden die Anteile der Schülerinnen und Schüler dargestellt, die zur Risikogruppe für depressive Symptome gehören. Dazu zählen unter anderem anhaltende Traurigkeit, Ängstlichkeit, häufige Sorgen oder körperliche Beschwerden ohne klare medizinische Ursache. Die Ergebnisse geben Aufschluss über das Ausmaß emotionaler Belastungen innerhalb der untersuchten Stichprobe und ermöglichen ein besseres Verständnis dafür, wie verbreitet innere Belastungen in der betrachteten Gruppe sind.

Abbildung 8 zeigt die Anteile der Kinder und Jugendlichen mit auffälligen Werten für depressive Symptome (Risikogruppe) über die Erhebungsjahre 2018/2019 bis 2025/2026. Im Erhebungsjahr 2018/2019 lag der Anteil auffälliger Werte bei 9 Prozent insgesamt, wobei Mädchen mit 15 Prozent deutlich stärker betroffen waren als Jungen mit 4 Prozent. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus wiesen mit 20 Prozent einen mehr als doppelt so hohen Anteil auf wie Kinder mit hohem Sozialstatus (8 Prozent). In

der Altersgruppe 9–13 Jahre lag der Anteil bei 7 Prozent, während bei 14- bis 17-Jährigen bei 12 Prozent auffällige Werte registriert wurden.

Im Folgejahr 2019/2020 zeigte sich ein leichter Anstieg der Gesamtrate auf 10 Prozent, wobei die Unterschiede zwischen den Geschlechtern weiter zunahmen: 18 Prozent der Mädchen und nur 3 Prozent der Jungen waren auffällig. Der Anteil der Kinder mit niedrigem Sozialstatus sank leicht auf 18 Prozent, während der Anteil der Kinder mit hohem Sozialstatus stabil bei 8 Prozent blieb. In der Altersgruppenanalyse stieg der Anteil bei den 14–17-Jährigen auf 14 Prozent, während der Anteil bei jüngeren Kindern bei 8 Prozent lag.

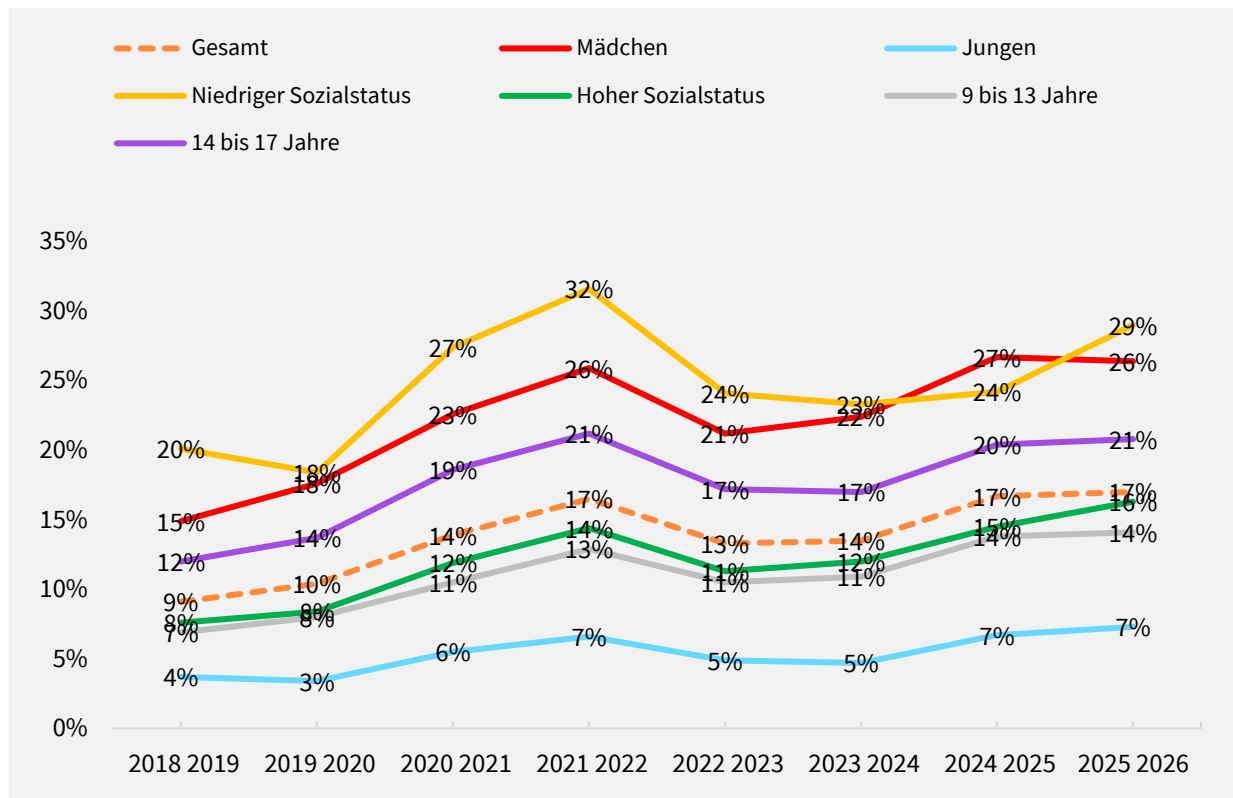


Abbildung 8. Depressive Symptome bei Kindern und Jugendlichen: Anteil auffälliger Werte (Risikogruppe) über die Erhebungsjahre in Prozent.

Die Erhebungsjahre 2020/2021 und 2021/2022 zeigten einen deutlichen Anstieg der Risikogruppe. 2020/2021 lag der Gesamtdurchschnitt bei 14 Prozent, mit 23 Prozent bei Mädchen und 6 Prozent bei Jungen. Der Anteil bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus stieg auf 27 Prozent, während die Vergleichsgruppe 12 Prozent aufwies. Bei den Altersgruppen lagen die Werte bei 11 Prozent (9–13 Jahre) und 19 Prozent (14–17 Jahre). 2021/2022 stieg die Gesamtrate auf 17 Prozent, wobei 26 Prozent der Mädchen und 7 Prozent der Jungen auffällig waren. Der Anteil der Kinder mit niedrigem Sozialstatus lag bei 32 Prozent, bei hohem Sozialstatus bei 14 Prozent.

In den Jahren 2022/2023 bis 2025/2026 stabilisierten sich die Werte auf einem insgesamt hohen Niveau. So lagen die Gesamtraten 2022/2023 bei 13 Prozent, 2023/2024 bei 14 Prozent und in den Jahren 2024/2025 sowie 2025/2026 bei jeweils 17 Prozent. Mädchen blieben durchgehend stärker betroffen (21 bis 27 Prozent), während die Werte bei Jungen zwischen 5 Prozent und 7 Prozent pendelten. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus zeigten weiterhin höhere Anteile auffälliger Werte (23 bis 29 Prozent) als solche mit hohem Sozialstatus (11 bis 16 Prozent). Auch die Altersunterschiede blieben

bestehen: Bei den 9- bis 13-Jährigen lagen die Werte zwischen 11 Prozent und 14 Prozent, bei den 14- bis 17-Jährigen zwischen 17 Prozent und 21 Prozent.

Die Abbildung 8 verdeutlicht damit nicht nur einen zeitlich steigenden Trend depressiver Symptome im Untersuchungszeitraum, sondern auch Unterschiede nach Geschlecht, sozialem Status und Altersgruppe. Besonders auffällig ist die hohe Vulnerabilität von Mädchen, sozial benachteiligten Kindern und älteren Jugendlichen.

Symptome von Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsdefiziten

Die nachfolgenden Ergebnisse beziehen sich auf Kinder und Jugendliche mit auffälligen Merkmalen von Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsdefiziten im Schuljahr 2025/2026 sowie im Schuljahr 2022/2023. Typische Symptome dieser Risikogruppe sind Konzentrationsprobleme, innere Unruhe, impulsives Verhalten sowie Schwierigkeiten bei der Aufgabenorganisation und beim ruhigen Sitzen.

Im Schuljahr 2025/2026 berichteten 18 Prozent der befragten Kinder und Jugendlichen über ADHS-Symptome. Mädchen und Jungen zeigten dabei gleiche Anteile von jeweils 18 Prozent. Altersunterschiede waren kaum vorhanden: 18 Prozent der 9- bis 13-Jährigen und 19 Prozent der 14- bis 17-Jährigen gaben entsprechende Symptome an.

Im Vergleich dazu lag im Schuljahr 2022/2023 der Anteil mit ADHS-Symptomen insgesamt bei 13 Prozent. Mädchen und Jungen waren gleichermaßen betroffen (je 13 Prozent). Bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus lag der Anteil bei 21 Prozent, bei der Vergleichsgruppe bei 13 Prozent. Altersgruppen unterschieden sich kaum: Beide Altersgruppen, 9–13 Jahre und 14–17 Jahre, wiesen jeweils 13 Prozent auffälliger Symptome auf.

Die Daten der beiden Schuljahre verdeutlichen einen Anstieg der von den Kindern und Jugendlichen selbstberichteten ADHS-Symptomen (siehe Abbildung 9).

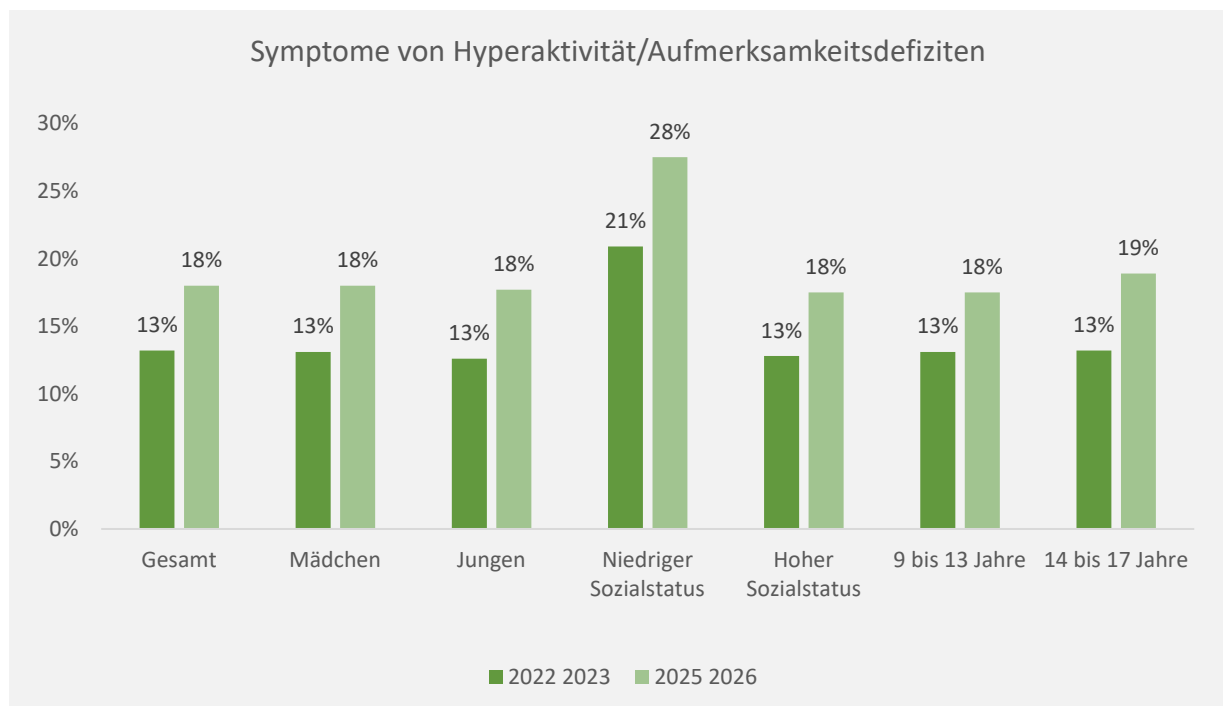


Abbildung 9. Selbstberichtete Symptome von Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsproblemen bei Kindern und Jugendlichen: Anteil auffälliger Werte (Risikogruppe) in Prozent.

Verhaltensprobleme

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Risikogruppe im Bereich der Verhaltensprobleme berichtet. Berücksichtigt werden externalisierende, regelverletzende und oppositionelle Verhaltensweisen. Die Darstellung ermöglicht eine Einschätzung der Häufigkeit dieser Verhaltensweisen innerhalb der Stichprobe.

Im Schuljahr 2025/2026 berichteten 15 Prozent der befragten Kinder und Jugendlichen über externalisierende Verhaltensauffälligkeiten. Bei Mädchen lag der Anteil bei 13 Prozent, bei Jungen bei 16 Prozent. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus zeigten mit 22 Prozent auffällige Merkmale etwas häufiger als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus (14 Prozent). Die Altersgruppen unterschieden sich kaum: 14 Prozent der 9- bis 13-Jährigen und 15 Prozent der 14- bis 17-Jährigen gaben entsprechende Symptome an.

Im Schuljahr 2022/2023 lag der Anteil externalisierender Verhaltensauffälligkeiten insgesamt bei 11 Prozent. Mädchen wiesen 9 Prozent und Jungen 11 Prozent auf. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus berichteten von 21 Prozent, Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus von 10 Prozent auffälliger Verhaltensmerkmale.

Der Vergleich der beiden Schuljahre verdeutlicht einen leichten Anstieg der Selbsteinschätzung externalisierender Verhaltensauffälligkeiten innerhalb der Stichprobe (siehe Abbildung 10).

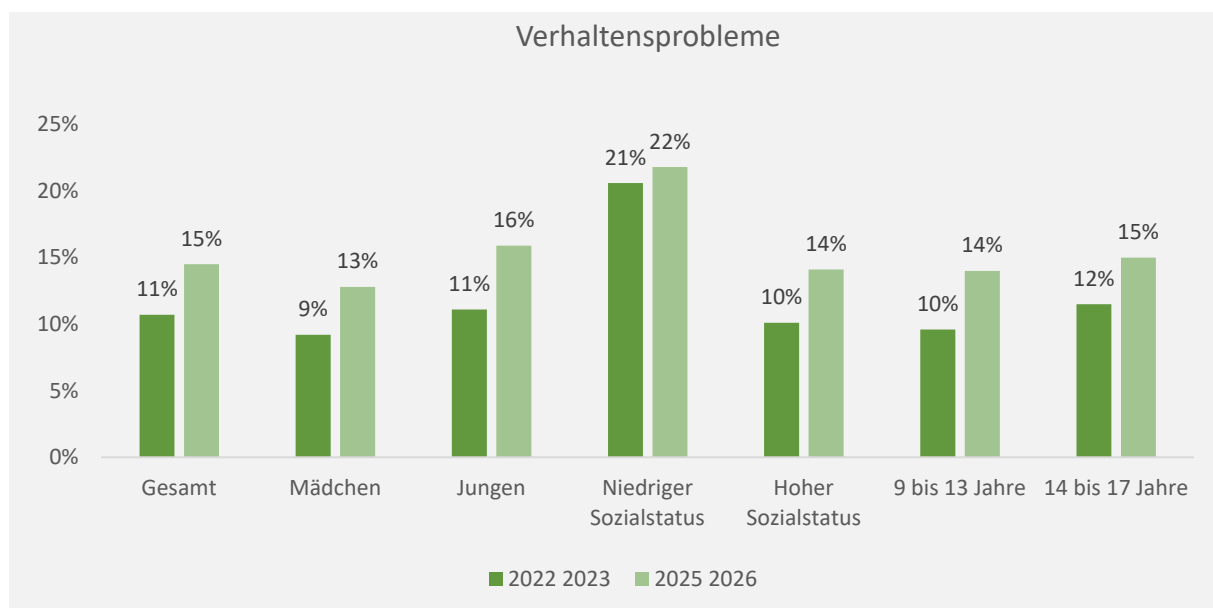


Abbildung 10. Selbstberichtete Symptome von externalisierenden Verhaltensproblemen bei Kindern und Jugendlichen: Anteil auffälliger Werte (Risikogruppe) in Prozent.

Probleme mit Gleichaltrigen

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Risikogruppe im Bereich der Peer-Beziehungen dargestellt. Erfasst werden Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen, wie Konflikte, soziale Ausgrenzung, Probleme beim Aufbau und der Aufrechterhaltung von Freundschaften sowie Mobbing-Erfahrungen. Die Darstellung dient dazu, die Häufigkeit dieser sozialen Schwierigkeiten innerhalb der Stichprobe zu veranschaulichen (siehe Abbildung 11).

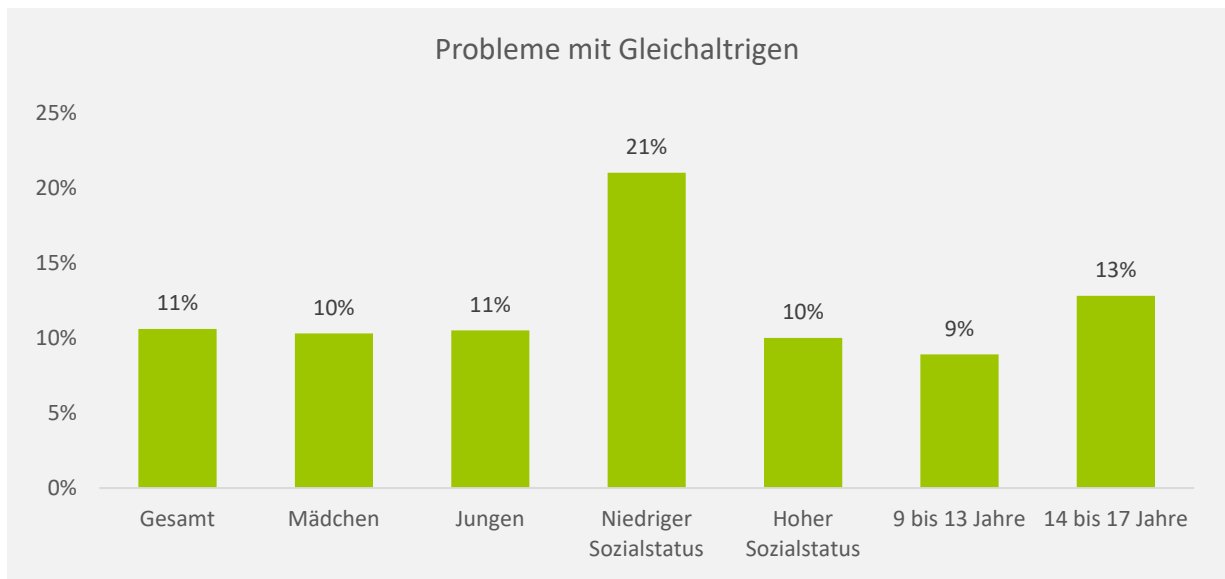


Abbildung 11. Selbstberichtete Symptome von Problemen mit Gleichaltrigen; Anteil auffälliger Werte (Risiko-
gruppe).

Im Schuljahr 2025/2026 berichteten 11 Prozent der befragten Kinder und Jugendlichen über Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen. Zwischen Mädchen und Jungen zeigten sich dabei kaum Unterschiede (10 Prozent vs. 11 Prozent). Deutlich ausgeprägter waren die Auffälligkeiten bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus, von denen 21 Prozent betroffen waren, im Vergleich zu 10 Prozent bei Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus. Auch zwischen den Altersgruppen zeigten sich Unterschiede: 9 Prozent der 9- bis 13-Jährigen berichteten entsprechende Probleme, während der Anteil bei den 14- bis 17-Jährigen mit 13 Prozent höher lag.

Prosoziales Verhalten

Erfasst wurden Verhaltensweisen, die auf Rücksichtnahme, Hilfsbereitschaft und Empathie gegenüber anderen hinweisen, wie das Teilen von Materialien, das Trösten von Mitmenschen oder das Einhalten sozialer Regeln zum Wohl anderer. Die Darstellung dient dazu, die Häufigkeit prosozialen Verhaltens innerhalb der Stichprobe zu veranschaulichen.

Im Schuljahr 2025/2026 zeigten 84 Prozent der befragten Kinder und Jugendlichen ausgeprägtes prosoziales Verhalten. Dabei wiesen Mädchen mit 90 Prozent deutlich höhere Werte auf als Jungen, die bei 79 Prozent lagen. Auch im Hinblick auf den sozialen Status waren Unterschiede erkennbar: Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus erreichten mit 85 Prozent höhere Anteile als Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus (79 Prozent). Die Altersgruppen unterschieden sich hingegen nur geringfügig, mit 86 Prozent bei den 9- bis 13-Jährigen und 83 Prozent bei den 14- bis 17-Jährigen. Insgesamt deuteten die Ergebnisse darauf hin, dass prosoziales Verhalten in der untersuchten Stichprobe weit verbreitet war, wobei sich insbesondere geschlechtsspezifische Unterschiede zugunsten der Mädchen zeigten (siehe Abbildung 12).

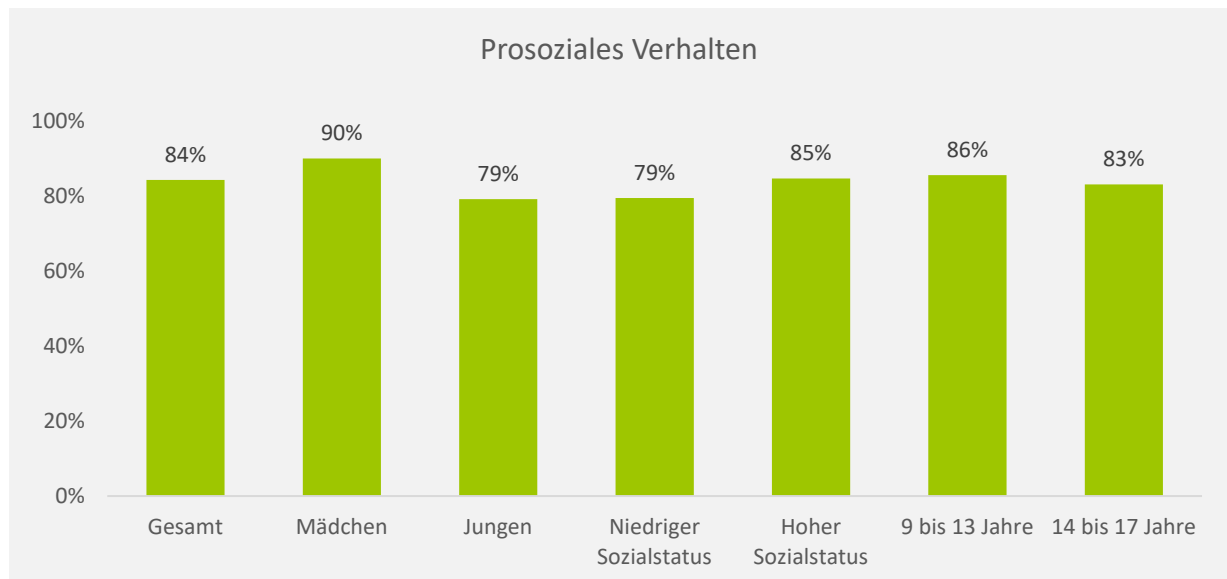


Abbildung 12. Anteil an Befragten, die prosoziales Verhalten berichten.

4.3 Einsamkeit

Einsamkeit im Kindes- und Jugendalter ist ein gesellschaftliches Problem, das in den letzten Jahren zunehmend Aufmerksamkeit erhalten hat. Im Rahmen des Präventionsradars wurde dieses Phänomen bereits in den vergangenen Befragungswellen erfasst, um ein besseres Verständnis für das Ausmaß unter Heranwachsenden zu gewinnen.

Wie wurde Einsamkeit erfasst?

Den Kindern und Jugendlichen wurden drei Fragen zur Einsamkeit aus der Kurzversion der UCLA Loneliness Scale gestellt [10], 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.

Die Ergebnisse zeigen, dass das Einsamkeitsempfinden unter Kindern und Jugendlichen über die letzten drei Schuljahre hinweg auf einem unverändert hohen Niveau liegt. Ein Drittel der Kinder und Jugendlichen berichteten davon.

Besonders deutlich betroffen waren Mädchen, bei denen die Werte durchgehend höher lagen als bei Jungen (42 Prozent vs. 27 Prozent). Zudem zeigte sich ein klarer sozialer Gradient: Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus berichteten deutlich häufiger von Einsamkeit als Gleichaltrige mit hohem Sozialstatus (53 Prozent vs. 31 Prozent). Insgesamt verdeutlichen die Daten, dass empfundene Einsamkeit ein sozial ungleich verteiltes Phänomen ist, das weiterhin erhöhte Aufmerksamkeit erfordert (siehe Abbildung 13).

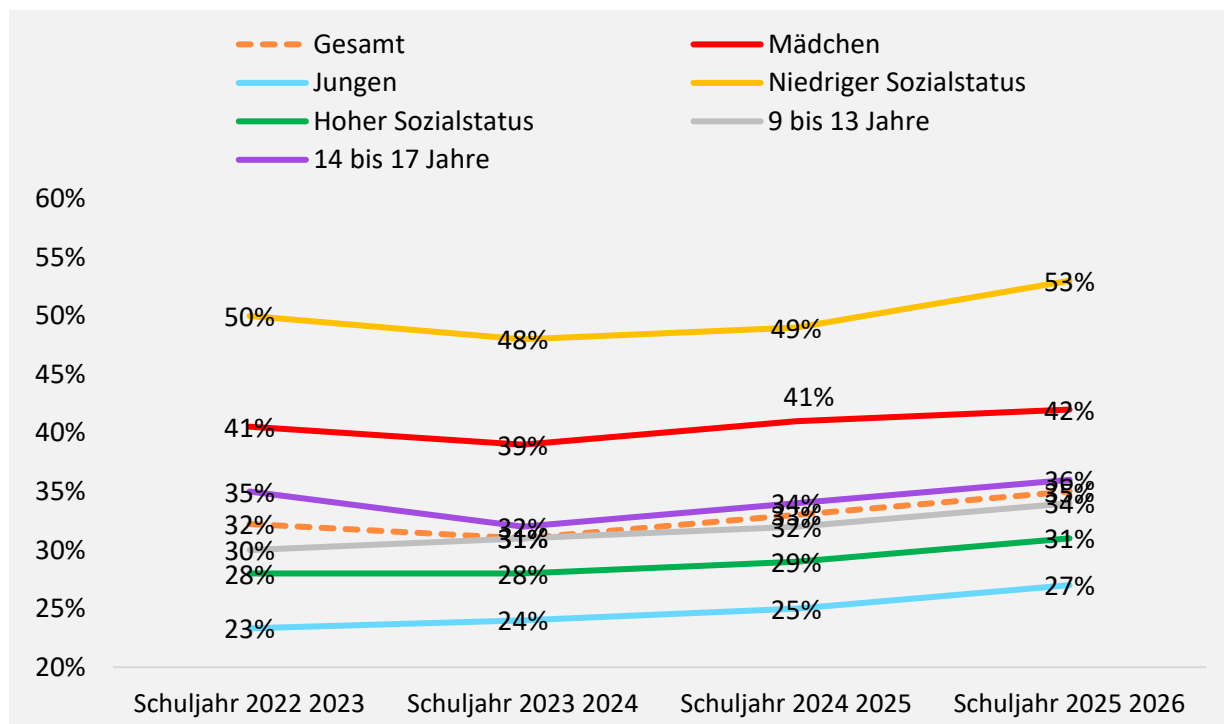


Abbildung 13. Anteile der Kinder und Jugendlichen mit erhöhter Einsamkeitsbelastung im Verlauf (Erhebungsjahre 2022/2023 bis 2025/2026).

Mehrere Faktoren hingen signifikant mit dem Einsamkeitsempfinden von Kindern und Jugendlichen zusammen. Eine höhere Gesundheitskompetenz war im Vergleich zu geringerer Gesundheitskompetenz mit einem um etwa 14 Prozent geringeren relativen Risiko verbunden, Einsamkeit zu berichten. Auch körperliche Aktivität, gemessen in Tagen pro Woche, stand in einem negativen Zusammenhang mit Einsamkeit: Mit jedem zusätzlichen Tag körperlicher Aktivität war das relative Risiko, Einsamkeit zu berichten, um etwa 5 Prozent geringer. Jungen berichteten im Vergleich zu Mädchen ein deutlich geringeres Risiko für Einsamkeit (36 Prozent geringer). Ebenso zeigten Jugendliche mit höherem subjektiven Sozialstatus (7 Prozent geringer) sowie Gymnasiastinnen und Gymnasiasten (9 Prozent geringer) niedrigere Risiken gegenüber den Vergleichsgruppen. Demgegenüber stand ein positiver Zusammenhang mit der Mediennutzungszeit: Mit jeder zusätzlichen Stunde stieg das Risiko, Einsamkeit zu berichten, um etwa 5 Prozent.

4.4 (Psycho-)somatische Beschwerden

Ziel war es, (psycho-)somatische Beschwerden zu erfassen, da diese wichtige Hinweise auf das körperliche und psychische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen geben. Dazu zählen Bauch-, Kopf- und Rückenschmerzen, Erschöpfung und Schlafprobleme.

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 einzelnen (psycho-)somatischen Beschwerden wiesen im Zeitverlauf unterschiedliche Verläufe auf, insgesamt zeigten sich jedoch über die Jahre hinweg tendenziell höhere Werte in der jüngeren

Vergangenheit. Dabei handelt es sich um den Anteil der Kinder und Jugendlichen, die die jeweiligen Beschwerden **mindestens wöchentlich** berichten.

Schlafprobleme lagen im Jahr 2019/2020 bei 36 Prozent in der Stichprobe, bewegten sich 2020/2021 bei 33 Prozent und stiegen anschließend wieder an, sodass sie 2025/2026 bei 46 Prozent lagen. Erschöpfung wird durchgehend häufig berichtet und bewegte sich im Verlauf zwischen 49 Prozent und 69 Prozent, mit dem höchsten Wert im Jahr 2025/2026.

Auch bei den körperlichen Beschwerden zeigten sich über die Jahre hinweg Veränderungen. Wöchentlich auftretende Rückenschmerzen berichteten im Schuljahr 2018/2019 etwa 20 Prozent und im Jahr 2025/2026 30 Prozent. Kopfschmerzen bewegten sich über den gesamten Zeitraum hinweg zwischen 23 Prozent und 31 Prozent. Bauchschmerzen lagen zu Beginn bei 14 Prozent und im letzten Erhebungszeitraum bei 21 Prozent.

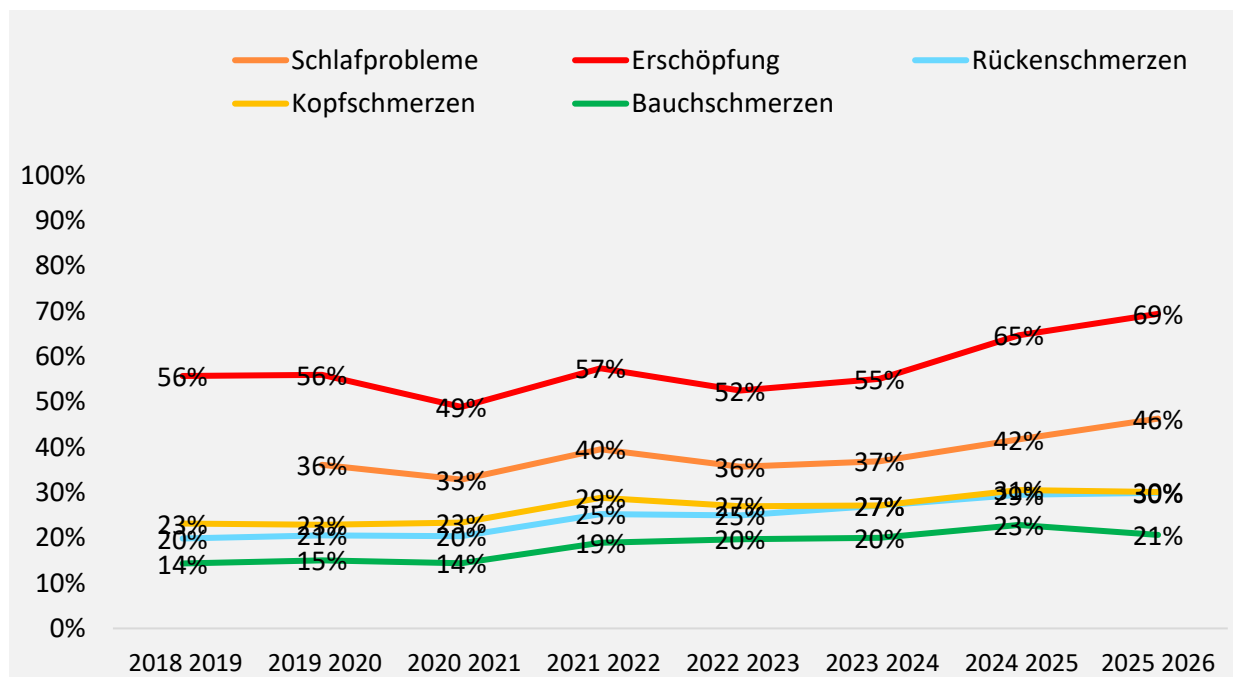


Abbildung 14. Häufigkeit von mindestens wöchentlich auftretenden Beschwerden, Selbstreport von Kindern und Jugendlichen im Untersuchungszeitraum 2018 bis 2026. Schlafprobleme wurden ab 2019/2020 erhoben.

Beschwerden 2025/2026

Die Prävalenz wöchentlich auftretender Beschwerden in der Stichprobe unterschied sich deutlich nach Geschlecht, Alter, subjektivem sozialen Status und besuchter Schulform. Mädchen berichteten durchgehend häufiger Beschwerden als Jungen, insbesondere Kopfschmerzen (38 Prozent vs. 22 Prozent) und Bauchschmerzen (29 Prozent vs. 13 Prozent), aber auch bei Schlafproblemen (53 Prozent vs. 40 Prozent), Erschöpfung (74 Prozent vs. 64 Prozent) und Rückenschmerzen (33 Prozent vs. 26 Prozent). Auch altersbezogene Unterschiede waren erkennbar: Ältere Schülerinnen und Schüler (14–17 Jahre) berichteten häufiger über Beschwerden als jüngere (9–13 Jahre), insbesondere bei Erschöpfung (77 Prozent vs. 64 Prozent) und Rückenschmerzen (36 Prozent vs. 25 Prozent) aber auch bei Schlafproblemen (49 Prozent vs. 44 Prozent), Kopfschmerzen (34 Prozent vs. 27 Prozent). Darüber hinaus zeigte sich ein sozialer Gradient. Schülerinnen und Schüler mit niedrigem subjektivem sozialem Status wiesen in allen Beschwerdebereichen höhere Prävalenzen auf als solche mit mittlerem oder hohem Status, besonders

ausgeprägt bei Rückenschmerzen (43 Prozent vs. 29 Prozent) und Kopfschmerzen (43 Prozent vs. 29 Prozent). Hinsichtlich der besuchten Schulform ergaben sich hingegen weniger konsistente Unterschiede. Im Vergleich zu Gymnasiasten berichteten Lernende anderer Schulformen etwas häufiger über Rückenschmerzen (32 Prozent vs. 28 Prozent), Kopfschmerzen (32 Prozent vs. 28 Prozent) und Bauchschmerzen (22 Prozent vs. 19 Prozent). Anders verhielt es sich bei Erschöpfung: Hier waren die Prävalenzen im gymnasialen Zweig geringfügig höher (71 Prozent vs. 68 Prozent; siehe Abbildung 15).

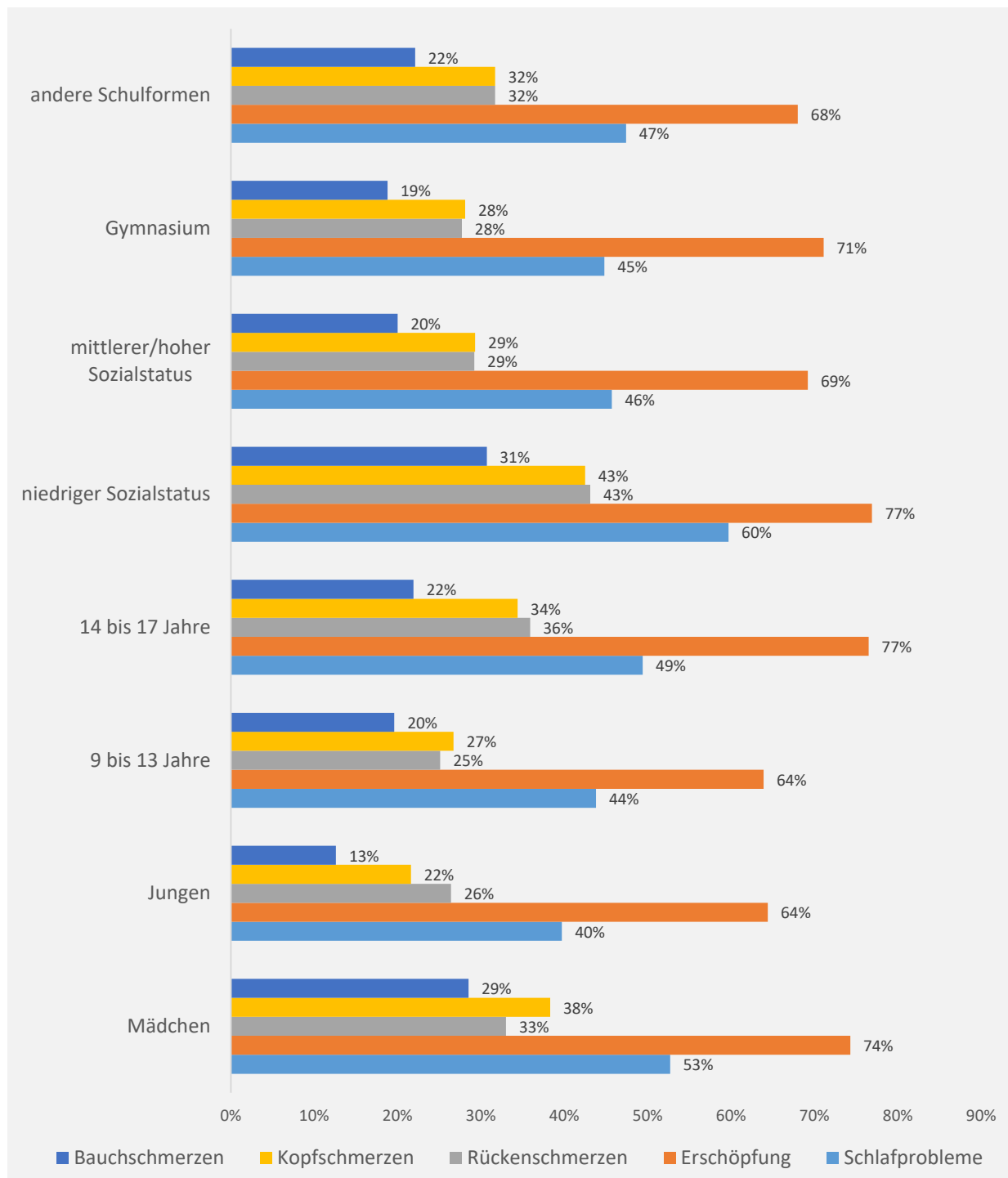


Abbildung 15. Mindestens wöchentlich auftretende Beschwerden, nach Subgruppen, Schuljahr 2025/2026.

Risiken für wöchentliche Beschwerden nach Beschwerdeart

Die Daten des Schuljahres 2025/2026 zeigen geschlechtsspezifische Unterschiede: Das relative Risiko für mindestens wöchentliche Erschöpfung lag bei Jungen um circa 13 Prozent niedriger als bei Mädchen. Zudem korreliert das Alter positiv mit der Erschöpfungsprävalenz. Für die statistische Analyse wird hierbei modellhaft von einer linearen Alterszunahme ausgegangen, wonach das relative Risiko pro Lebensjahr um rund 5 Prozent steigt. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass dieser Zusammenhang in der Realität auch nicht-linear verlaufen kann, beispielsweise durch überproportionale Belastungsanstiege in bestimmten Entwicklungsphasen oder Schulstufen. Schulspezifisch weisen Gymnasiasten ein um 6 Prozent erhöhtes relatives Risiko gegenüber anderen Schulformen auf. Als signifikanter, unabhängiger Prädiktor erwies sich die Gesundheitskompetenz: Kinder und Jugendliche mit höherer Gesundheitskompetenz wiesen ein um etwa 8 Prozent geringeres relatives Risiko auf, mindestens wöchentlich Erschöpfung zu berichten.

Jungen wiesen im Vergleich zu Mädchen ein um etwa 25 Prozent geringeres relatives Risiko auf, mindestens wöchentlich Schlafprobleme zu berichten. Mit zunehmendem Alter stieg das relative Risiko wöchentlicher Schlafprobleme um etwa 3 Prozent pro Lebensjahr. Schülerinnen und Schüler mit höherer Gesundheitskompetenz zeigten ein um etwa 14 Prozent geringeres relatives Risiko für mindestens wöchentliche Schlafprobleme. Zudem war eine höhere Ausprägung des subjektiven sozialen Status mit einem leicht reduzierten relativen Risiko verbunden (5 Prozent). Der Besuch eines Gymnasiums war im Vergleich zu anderen Schulformen nicht signifikant mit dem Auftreten von Schlafproblemen assoziiert.

Schülerinnen und Schüler mit höherer Gesundheitskompetenz berichteten im Vergleich zu denjenigen mit förderungsbedürftiger Gesundheitskompetenz ein um etwa 11 Prozent geringeres relatives Risiko, mindestens wöchentlich Rückenschmerzen zu haben. Mit zunehmendem Alter stieg das selbstberichtete Risiko deutlich an und erhöhte sich um etwa 12 Prozent pro Lebensjahr. Jungen berichteten im Vergleich zu Mädchen ein um rund 22 Prozent geringeres Risiko für wöchentliche Rückenschmerzen. Darüber hinaus zeigte sich der subjektive soziale Status als signifikanter unabhängiger Prädiktor: Mit jeder Zunahme auf der subjektiven Statusleiter war ein um etwa 5 Prozent geringeres Risiko für selbstberichtete Rückenschmerzen verbunden. Schülerinnen und Schüler des Gymnasiums berichteten im Vergleich zu anderen Schulformen ein um etwa 7 Prozent geringeres Risiko, mindestens wöchentlich Rückenschmerzen zu haben (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5. Relative Risiken wöchentlicher Beschwerden nach Gesundheitskompetenz, Alter, Geschlecht, Sozialstatus und Schulform.

	Erschöpfung	Schlafprobleme	Kopfschmerzen	Bauchschmerzen	Rückenschmerzen
Prädiktoren	Relatives Risiko (in %) für wöchentlich auftretende Beschwerde				
Ausgeprägte Gesundheitskompetenz (im Vergleich zu unzureichender Gesundheitskompetenz)	- 8 %	- 14 %	- 14%	-12%	-11 %
Alter (pro Lebensjahr)	+ 5 %	+ 3 %	+ 9%	+ 4 %	+12 %
Jungen (im Vergleich zu Mädchen)	- 13 %	- 25 %	- 43 %	- 57 %	-22 %
Subjektiver Sozialstatus pro Stufe (Skala 1 (=niedrig) bis 10 (=hoch))	-2 %	- 5 %	- 5 %	- 5 %	-5 %
Gymnasium (im Vergleich zu anderen Schulformen)	+6 %	kein klarer Effekt	- 5 %	-11 %	-7 %

Mehrebenenmodell mit Level 2=Klassenebene, adjustiert um die aufgeführten Variablen; - = geringeres relatives Risiko; += höheres relatives Risiko. Für die statistische Analyse wird hierbei modellhaft von einer linearen Alterszunahme ausgegangen. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass dieser Zusammenhang in der Realität auch

nicht-linear verlaufen kann, beispielsweise durch überproportionale Belastungsanstiege in bestimmten Entwicklungsphasen oder Schulstufen.

Für mindestens wöchentlich auftretende Kopfschmerzen zeigte sich eine höhere Gesundheitskompetenz als protektiv (-14 Prozent). Das Risiko stieg mit zunehmendem Alter um etwa 9 Prozent pro Lebensjahr. Jungen berichteten deutlich seltener Kopfschmerzen als Mädchen (-43 Prozent). Ein höherer subjektiver sozialer Status war ebenfalls mit einem geringeren Risiko assoziiert (-5 Prozent pro Stufe). Der Besuch eines Gymnasiums ging mit einem leicht reduzierten Risiko einher (-5 Prozent).

Bei mindestens wöchentlich auftretenden Bauchschmerzen zeigte sich, dass Schülerinnen und Schüler mit höherer Gesundheitskompetenz seltener betroffen waren (-12 Prozent). Mit dem Alter nahm das Risiko leicht zu (+4 Prozent pro Jahr). Jungen berichteten deutlich seltener Bauchschmerzen als Mädchen (-57 Prozent). Ein höherer subjektiver sozialer Status ging ebenfalls mit einem geringeren Risiko einher (-5 Prozent pro Stufe). Außerdem berichteten Schülerinnen und Schüler des Gymnasiums etwas seltener Bauchschmerzen als andere (-11 Prozent).

4.5 Zukunftsperspektive

Wie Kinder und Jugendliche in die Zukunft blicken, ist aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht interessant, weil Zukunftserwartungen eng mit dem Wohlbefinden und dem Gesundheitsverhalten zusammenhängen. Ein optimistischer Blick in die Zukunft geht häufig mit mehr Motivation und gesünderen Verhaltensweisen einher, während negative Erwartungen eher mit Stress oder geringerer psychischer Stabilität verbunden sein können.

Wie wurde die Zukunftsperspektive erfasst?

Den Kindern und Jugendlichen wurden folgende Frage gestellt: „Wie blickst du im Augenblick in die Zukunft?“ Sie konnten zwischen den Antwortmöglichkeiten „Eher positiv/optimistisch“, „Eher zurückhaltend/skeptisch“, „Eher negativ/pessimistisch“ auswählen.

Die Ergebnisse zeigen, dass 57 Prozent der Kinder und Jugendlichen die Zukunft eher positiv bzw. optimistisch einschätzen. Weitere 34 Prozent berichten eine skeptische Haltung gegenüber der Zukunft. Ein kleinerer Anteil von 9 Prozent blickt eher negativ bzw. pessimistisch in die Zukunft. Insgesamt zeigt sich damit, dass die Mehrheit der Befragten eine positive Zukunftsperspektive hat, während etwa ein Drittel vorsichtiger eingestellt ist und nur ein kleiner Teil eine deutlich negative Sicht auf die Zukunft äußert. Im Vergleich dazu zeigten sich vor einem Jahr (62 Prozent positiv, 32 Prozent skeptisch, 6 Prozent negativ) und vor zwei Jahren (62 Prozent positiv, 32 Prozent skeptisch, 6 Prozent negativ) identische Verteilungen. Insgesamt deutet dies darauf hin, dass die Zukunftseinschätzungen über die beiden früheren Zeitpunkte hinweg sehr stabil geblieben sind, während im aktuellen Schuljahr eine leichte Verschiebung hin zu etwas weniger positiven und etwas mehr skeptischen bzw. pessimistischen Einschätzungen erkennbar ist. Dennoch überwiegt in allen Jahren weiterhin eine eher positive Zukunftsperspektive unter den Kindern und Jugendlichen.

Bei der Betrachtung nach Geschlecht zeigten sich in allen Jahren konsistente Unterschiede. Jungen berichteten durchgehend häufiger eine positive Zukunftsperspektive als Mädchen. Im aktuellen Jahr lagen die Anteile bei 61 Prozent (Jungen) gegenüber 54 Prozent (Mädchen). Im Vorjahr betrugen die entsprechenden Werte 66 Prozent bei Jungen und 58 Prozent bei Mädchen, vor zwei Jahren 66 Prozent bei Jungen und 58 Prozent bei Mädchen. Gleichzeitig äußerten Jungen in allen Jahren seltener eine skeptische

Zukunftsperspektive als Mädchen. Hinsichtlich pessimistischer Einschätzungen zeigten sich hingegen nur geringe und weitgehend stabile Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Bei der Betrachtung nach dem subjektiven sozialen Status zeigten sich in allen betrachteten Jahren deutliche Unterschiede. Im aktuellen Jahr berichteten Jugendliche mit hohem Status deutlich häufiger eine positive Zukunftsperspektive (58 Prozent) als Jugendliche mit niedrigem Status (40 Prozent). Gleichzeitig fiel der Anteil skeptischer Einschätzungen bei hohem Status niedriger aus (34 Prozent vs. 42 Prozent), ebenso wie der Anteil pessimistischer Zukunftserwartungen (8 Prozent vs. 18 Prozent). Auch in den Vorjahren zeigte sich ein sehr ähnliches Muster. Vor einem Jahr lag der Anteil positiver Zukunftserwartungen bei 63 Prozent im hohen Status und bei 46 Prozent im niedrigen Status, während skeptische Einschätzungen 31 Prozent (hoch) bzw. 41 Prozent (niedrig) betrug und pessimistische Einschätzungen bei 6 Prozent (hoch) bzw. 13 Prozent (niedrig) lagen. Vor zwei Jahren ergab sich ein vergleichbares Bild mit 63 Prozent (hoch) vs. 45 Prozent (niedrig) positiven Einschätzungen, 31 Prozent vs. 40 Prozent skeptischen Einschätzungen sowie 6 Prozent vs. 15 Prozent pessimistischen Einschätzungen. Insgesamt zeigten die Ergebnisse über alle drei Jahre hinweg ein sehr stabiles Muster: Kinder und Jugendliche mit höherem subjektivem sozialem Status berichteten durchgehend deutlich positivere Zukunftsperspektiven und deutlich seltener pessimistische Einschätzungen als Jugendliche mit niedrigerem Status. Unterschiede zwischen den Jahren sind dabei gering, während der soziale Gradient konsistent bestehen blieb. Tabelle 6 fasst die prozentualen Anteile positiver, negativer und skeptischer Bewertungen der eigenen Zukunftsperspektive zusammen, während Abbildung 16 ausschließlich den Anteil der positiven Zukunftserwartungen im Zeitverlauf darstellt.

Tabelle 6. Zukunftsperspektive nach Geschlecht, Schulform und subjektivem sozialem Status (Schuljahr 2025/2026, Angaben in Prozent).

Jahr	Gruppe	Positiv/ optimistisch	Zurückhal- tend/skeptisch	Negativ/ pessimistisch
		Zustimmung in Prozent		
2025/2026	Mädchen	54	37	9
	Jungen	61	31	8
	Andere Schulformen	55	36	9
	Gymnasium	61	31	8
	Niedriger subjektiver Sozialstatus	40	42	18
	Hoher subjektiver Sozialstatus	58	34	8
Vorjahr 2024/2025	Mädchen	58	36	6
	Jungen	66	28	7
	Andere Schulformen	59	34	7
	Gymnasium	64	29	6
	Niedriger subjektiver Sozialstatus	46	41	13
	Hoher subjektiver Sozialstatus	63	31	6
Vor 2 Jahren 2023/2024	Mädchen	58	36	6
	Jungen	66	32	6
	Andere Schulformen	60	33	7
	Gymnasium	64	30	6
	Niedriger subjektiver Sozialstatus	45	40	15
	Hoher subjektiver Sozialstatus	63	32	6

Bei der Betrachtung nach Schulform zeigten sich in allen Jahren konsistente Unterschiede zwischen Gymnasien und anderen Schulformen. Im aktuellen Jahr berichteten Jugendliche am Gymnasium häufiger eine positive Zukunftsperspektive (61 Prozent) als Jugendliche anderer Schulformen (55 Prozent). Gleichzeitig fiel der Anteil skeptischer (31 Prozent vs. 36 Prozent) und pessimistischer Einschätzungen (8 Prozent vs. 9 Prozent) am Gymnasium geringer aus. Auch in den Vorjahren zeigte sich ein sehr ähnliches

Muster. Im Vorjahr lagen die Anteile positiver Zukunftserwartungen bei 64 Prozent am Gymnasium und 59 Prozent in anderen Schulformen, im Jahr davor bei 64 Prozent gegenüber 60 Prozent. Skeptische und pessimistische Einschätzungen waren am Gymnasium jeweils etwas seltener. Insgesamt zeigt sich über alle drei Jahre hinweg ein stabiles Muster: Jugendliche am Gymnasium berichten durchgehend etwas positivere Zukunftsperspektiven als Jugendliche anderer Schulformen, während die Unterschiede zwischen den Jahren insgesamt gering sind.

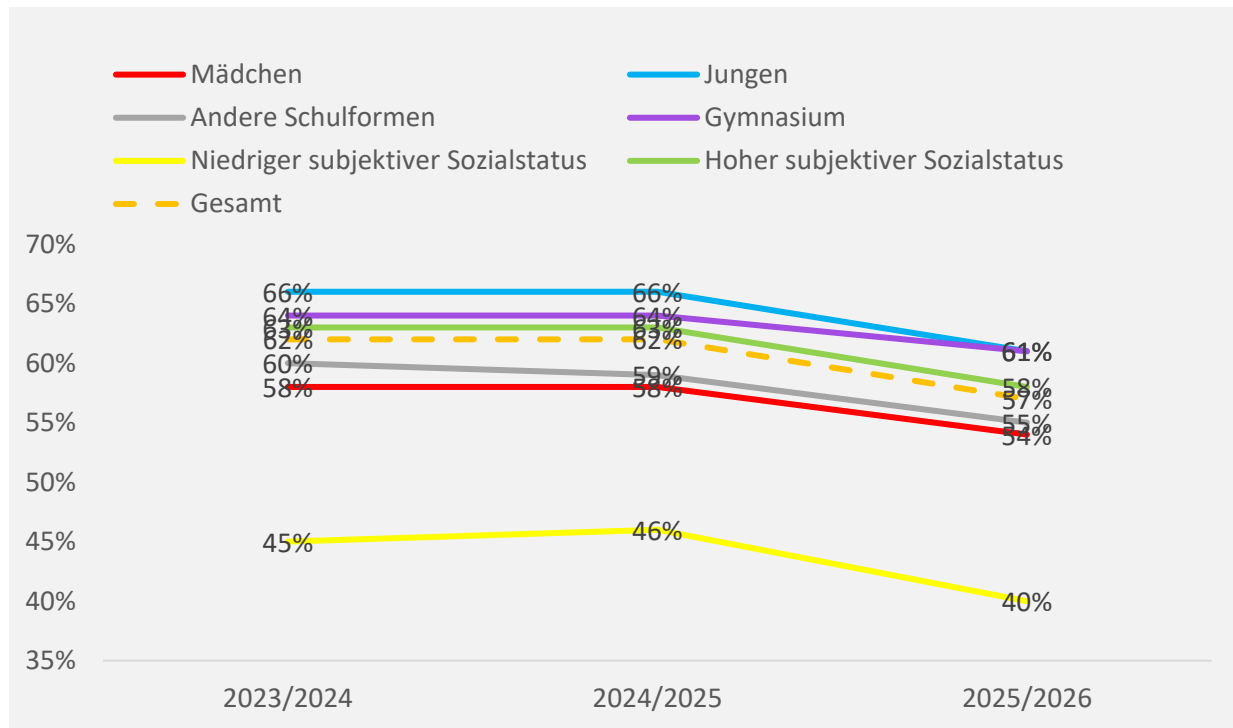


Abbildung 16. Anteile der Kinder und Jugendlichen mit positiven/optimistischen Blick in Zukunft im Verlauf (Erhebungsjahre 2023/2024 bis 2025/2026), Ausschnitt Y-Achse 35-70%.

5 Die Gewalt- und Mobbing Erfahrung von Kindern und Jugendlichen

Gewalterfahrung, Mobbing und Cybermobbing stellen für einen relevanten Anteil von Schülerinnen und Schülern aller Schulformen eine Belastung im schulischen Alltag dar. Die damit verbundenen negativen Folgen können erheblich sein und teilweise bis ins Erwachsenenalter fortbestehen. Sie wirken sich unter anderem nachteilig auf die psychische Gesundheit, das Sozialverhalten sowie die schulische Leistungsentwicklung aus.

Mobbing setzt definitionsgemäß Regelmäßigkeit voraus. In der vorliegenden Studie wird daher nur dann von Mobbing gesprochen, wenn entsprechende Vorfälle mindestens einmal pro Woche auftreten. Diese Operationalisierung stellt eine konservative Schätzung dar und erfasst ausschließlich Fälle mit wiederholtem und anhaltendem Auftreten. Von Gewalterfahrung wird im Rahmen der Analysen gesprochen, wenn die Befragten eine andere Antwort als „nie“ angeben. Damit umfasst diese Definition alle Personen, die mindestens einmalige oder wiederkehrende Gewalterfahrungen berichteten.

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“?“.

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.

- Von Gewalterfahrung wird im Rahmen der Analysen gesprochen, wenn die Befragten eine andere Antwort als „nie“ angeben. Damit umfasst diese Definition alle Personen, die mindestens einmalige oder wiederkehrende Gewalterfahrungen berichten.
- (Cyber-)Mobbing wurde auf Basis eines konservativen Kriteriums operationalisiert. Als betroffen galten Schülerinnen und Schüler, die angaben, entsprechende Erfahrungen mindestens einmal pro Woche oder häufiger gemacht zu haben. Diese Kodierung orientiert sich an der Definition von Mobbing als wiederholtes und anhaltendes Verhalten und ermöglicht eine klare Abgrenzung zu einmaligen oder seltenen Konflikterfahrungen.

5.1 Gewalterfahrung

Im Mittelpunkt stand die Frage, ob sich das Risiko für Gewalterfahrungen bei Kindern und Jugendlichen im Untersuchungszeitraum verändert hat. Dafür wurden Kinder und Jugendliche befragt, ob sie entsprechende Erfahrungen gemacht haben. In den Analysen wurden Alter, Geschlecht, subjektiver Sozialstatus, Risikobereitschaft (Sensation Seeking) und Schulart statistisch kontrolliert und klassenadjustierte Effekte berechnet. Ziel dieser Vorgehensweise war es, zeitliche Veränderungen des Risikos unabhängig

von strukturellen Unterschieden in der Stichprobe zu untersuchen und somit einen bereinigten Trend über die Untersuchungsjahre hinweg abzubilden.

In der Schule

Über den Untersuchungszeitraum von 2020/2021 bis 2025/2026 zeigte sich eine Veränderung der berichteten Gewalterfahrung in der Schule. Zu Beginn zeigte sich die Prävalenz mit Werten zwischen 30 Prozent und 31 Prozent zunächst stabil. Im Schuljahr 2022/2023 folgte ein Anstieg um 8 Prozentpunkte auf 39 Prozent. In den darauffolgenden Jahren setzte sich diese Aufwärtstendenz fort, sodass im Schuljahr 2025/2026 ein Höchstwert von 44 Prozent verzeichnet wurde (siehe Abbildung 17).

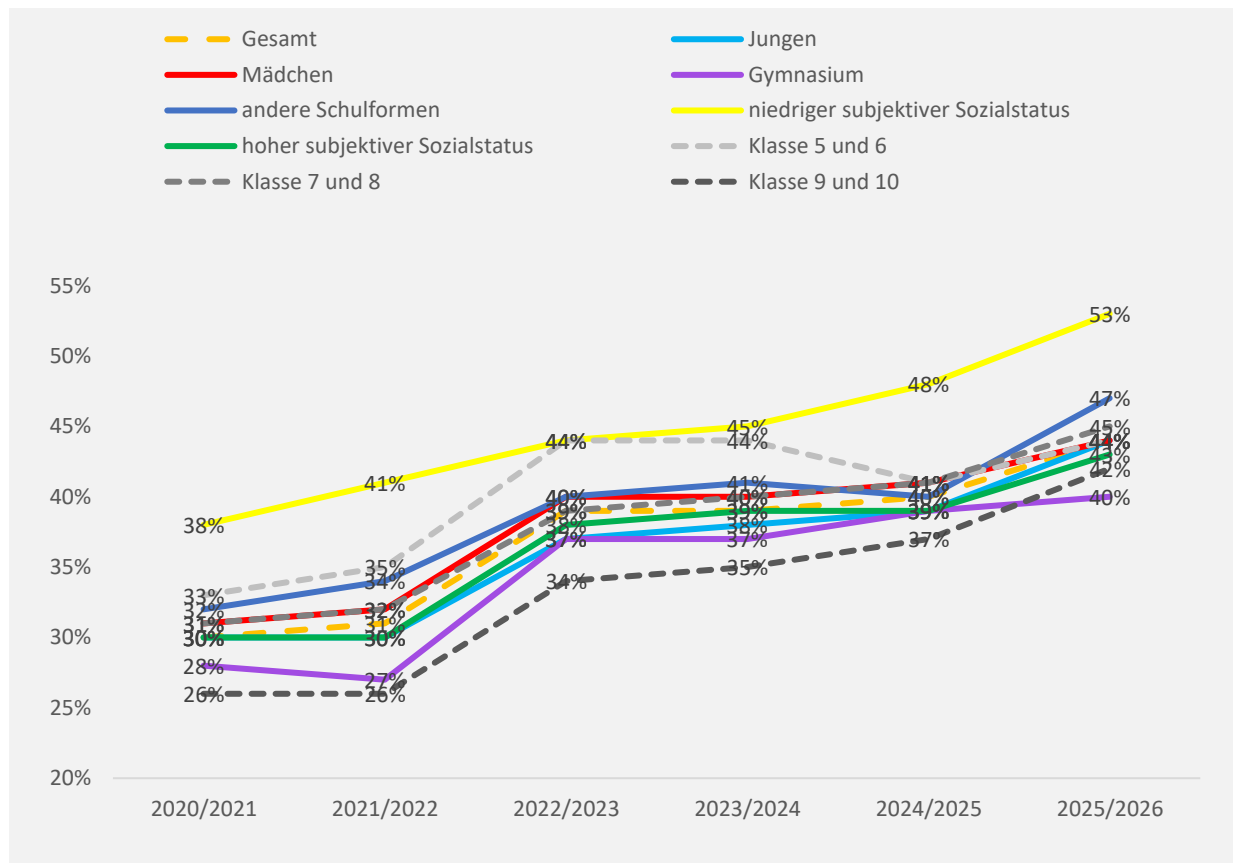


Abbildung 17. Anteile der Kinder und Jugendlichen mit Gewalterfahrung in der Schule im Untersuchungszeitraum (Erhebungsjahre 2020/2021 bis 2025/2026), Ausschnitt Y-Achse 20-55%. Dargestellt sind geschätzte Prävalenzen aus Mehrebenenmodellen, adjustiert für Geschlecht, Jahrgangsstufen, subjektiven Sozialstatus, Sensation Seeking und Schultyp.

Geschlechtsspezifisch zeigen sich wenig Unterschiede: Im Schuljahr 2025/2026 berichten sowohl Jungen als auch Mädchen zu 44 Prozent entsprechende Erfahrungen. Auch nach subjektivem Sozialstatus zeigen sich Unterschiede. Schülerinnen mit niedrigem subjektiven Sozialstatus weisen durchgehend höhere Anteile auf als jene mit hohem Status (Schuljahr 2025/2026: 53 Prozent vs. 43 Prozent). In den unteren Klassen (5 und 6) sind die Anteile durchgehend höher als in den höheren Klassenstufen. Befragte an Gymnasien berichteten durchgehend seltener von Gewalterfahrungen als jene an anderen Schulformen. Zwar stiegen die Anteile in beiden Gruppen im Zeitverlauf an, jedoch blieb die Differenz bestehen. Während der Anteil am Gymnasium auf 40 Prozent (2025/2026) anstieg, liegt er an anderen Schulformen durchgehend höher und erreichte zuletzt 47 Prozent.

Online

Die zunehmende Digitalisierung des Alltags geht mit veränderten Formen sozialer Interaktion und neuen Risiken einher. Insbesondere Gewalt im digitalen Raum, etwa in Form von Beleidigungen, Ausgrenzung oder Belästigung über soziale Netzwerke und Messenger-Dienste, gewinnt an Bedeutung. Anders als bei Gewalt im schulischen Kontext ist Online-Gewalt zeitlich und räumlich schwerer begrenzbar und kann für Betroffene eine dauerhafte Belastung darstellen. Vor diesem Hintergrund ist es zentral, die Verbreitung und Entwicklung von Gewalterfahrungen im Internet im Zeitverlauf sowie Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen von Heranwachsenden zu untersuchen.

Im Vergleich zum Schuljahr 2020/2021 stiegen die berichteten Erfahrungen mit Online-Gewalt in den Folgejahren an und erreichten in der jüngsten Erhebung im Schuljahr 2025/2026 einen Anteil von 24 Prozent (siehe Abbildung 18).

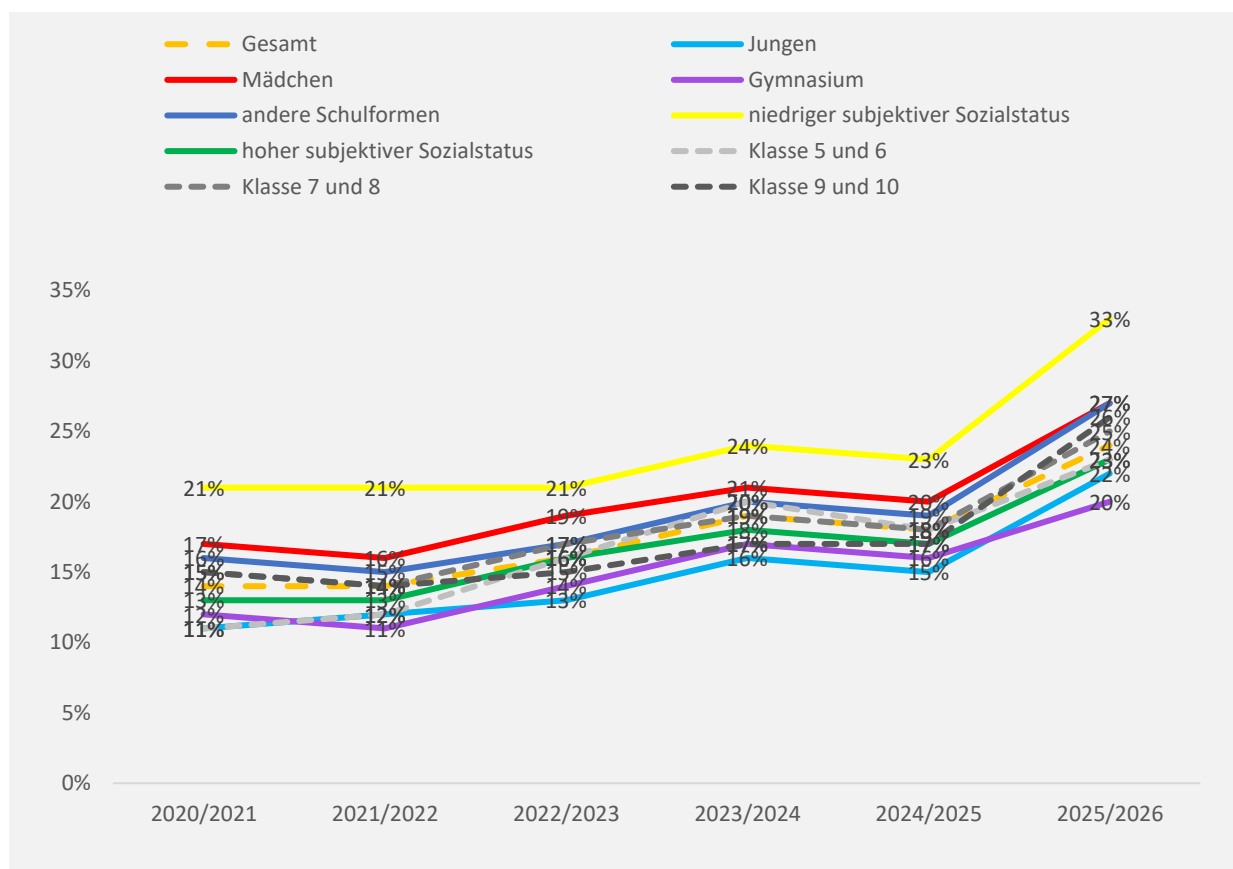


Abbildung 18. Anteile der Kinder und Jugendlichen mit Gewalterfahrung online im Untersuchungszeitraum (Erhebungsjahre 2020/2021 bis 2025/2026), Ausschnitt Y-Achse 0 bis 35%. Dargestellt sind geschätzte Prävalenzen aus Mehrebenenmodellen (Klasse = Level 2), adjustiert für Geschlecht, Jahrgangsstufen, subjektiven Sozialstatus, Sensation Seeking und Schultyp.

Besonders stark betroffen waren Mädchen, deren Werte auf 27 Prozent anstiegen, während bei Jungen ein Anstieg auf 22 Prozent zu beobachten war. Zudem zeigten sich Unterschiede nach Schulform und sozialem Status: Schülerinnen und Schüler anderer Schulformen wiesen durchgehend höhere Werte auf als Gymnasiastinnen und Gymnasiasten. Ebenso berichteten Jugendliche mit niedrigem subjektivem Sozialstatus häufiger von Online-Gewalterfahrungen als die Vergleichsgruppe; im Schuljahr 2025/2026 lag ihr Anteil mit 33 Prozent deutlich über dem der Jugendlichen mit hohem subjektivem Sozialstatus (23 Prozent). Auch zwischen den Klassenstufen bestanden Unterschiede, wobei insbesondere die

Klassen 7 und 8 sowie zuletzt die Klassen 9 und 10 erhöhte Werte aufwiesen. Insgesamt deutete die Entwicklung darauf hin, dass Online-Gewalt unter Jugendlichen in den vergangenen Jahren angestiegen ist und soziale sowie schulische Ungleichheiten dabei eine wichtige Rolle spielten.

5.2 Mobbing und Cybermobbing

In Analogie zur Trendanalyse von Gewalterfahrungen erfolgten Analysen der zeitlichen Veränderung des Risikos von Mobbing und Cybermobbing. Ziel war es, zeitliche Veränderungen des Risikos unabhängig von strukturellen Unterschieden in der Stichprobe zu untersuchen und somit einen bereinigten Trend über die Untersuchungsjahre hinweg abzubilden.

Betroffenheit von Mobbing in der Schule

Die Prävalenzschätzungen zeigten einen Anstieg von Mobbing in der Schule über den gesamten Beobachtungszeitraum. Die adjustierte Prävalenz erhöhte sich um 6 Prozentpunkte von 8 Prozent im Schuljahr 2020/2021 auf 14 Prozent im Schuljahr 2025/2026. Der stärkste Anstieg zeigte sich zwischen den Schuljahren 2020/2021 und 2022/2023; anschließend blieb die Prävalenz auf dem Niveau weitgehend stabil (siehe Abbildung 19).

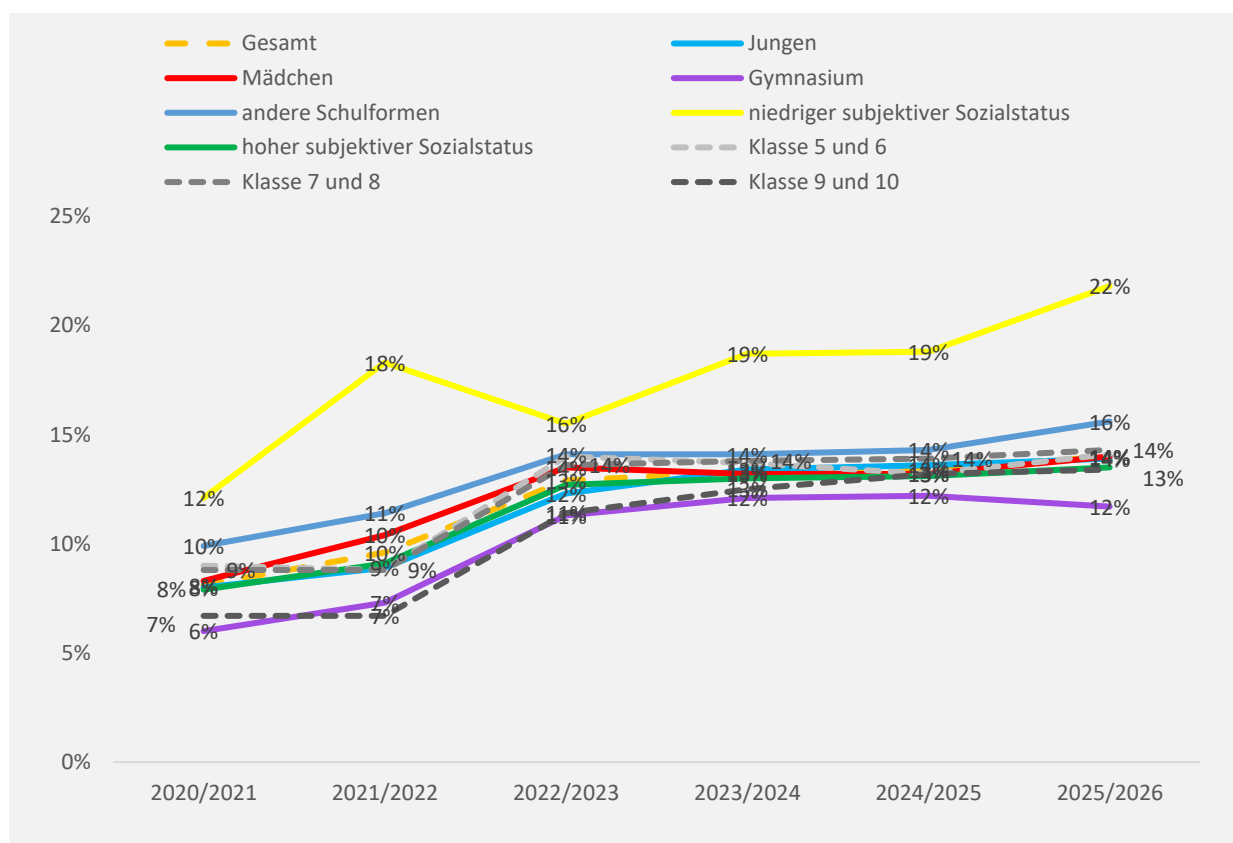


Abbildung 19. Anteile der Kinder und Jugendlichen mit Betroffenheit von Mobbing in der Schule (mindestens wöchentlich) im Untersuchungszeitraum (Erhebungsjahre 2020/2021 bis 2025/2026), Ausschnitt Y-Achse 0 bis 25%. Dargestellt sind geschätzte Prävalenzen aus Mehrebenenmodellen (Klasse = Level 2), adjustiert für Geschlecht, Jahrgangsstufen, subjektiven Sozialstatus, Sensation Seeking und Schultyp.

Der Anstieg war in allen untersuchten Subgruppen zu beobachten. Bei Jungen stieg die adjustierte Prävalenz von 8 Prozent auf 14 Prozent, bei Mädchen von 8 Prozent auf ebenfalls 14 Prozent. Auch nach

Schultyp bestanden deutliche Unterschiede. Schülerinnen und Schüler anderer Schulformen berichteten konsistent häufiger von Mobbing als Gymnasiastinnen und Gymnasiasten. Im Schuljahr 2025/2026 lagen die adjustierten Prävalenzen bei 16 Prozent in anderen Schulformen und bei 12 Prozent im Gymnasium. Befragte mit niedrigem subjektivem Sozialstatus zeigten über den gesamten Beobachtungszeitraum die höchsten Prävalenzen. Die adjustierte Prävalenz stieg in dieser Gruppe von 12 Prozent auf 22 Prozent im Schuljahr 2025/2026 an. Bei Jugendlichen mit hohem subjektivem Sozialstatus erhöhte sich die Prävalenz dagegen von 8 Prozent auf 14 Prozent. Auch nach Klassenstufen zeigte sich ein konsistenter Anstieg. In den Klassen 5 bis 8 erhöhte sich die adjustierte Prävalenz von 9 Prozent auf 14 Prozent, in den Klassen 9 und 10 von 7 Prozent auf 13 Prozent.

Betroffenheit von Cybermobbing

Die bereinigten Prävalenzschätzungen zeigten auch für mindestens wöchentliches Cybermobbing einen kontinuierlichen Anstieg über den Beobachtungszeitraum. Die adjustierte Prävalenz erhöhte sich von 3 Prozent im Schuljahr 2020/2021 auf 6 Prozent im Schuljahr 2025/2026 (siehe Abbildung 20). Der Anstieg war in allen untersuchten Subgruppen zu beobachten. Bei Jungen stieg die Prävalenz von 3 Prozent auf 6 Prozent, bei Mädchen von 4 Prozent auf 6 Prozent. Nach Schultyp zeigten sich konsistente Unterschiede. Schülerinnen und Schüler anderer Schulformen als Gymnasium berichteten häufiger von mindestens wöchentlichem Cybermobbing als Gymnasiastinnen und Gymnasiasten. Im Schuljahr 2025/2026 lagen die adjustierten Prävalenzen bei 7 Prozent in anderen Schulformen und bei 4 Prozent im Gymnasium. Besonders deutlich waren erneut die Unterschiede nach subjektivem Sozialstatus. Jugendliche mit niedrigem subjektivem Sozialstatus wiesen über den gesamten Beobachtungszeitraum die höchsten Prävalenzen auf. Die Werte lagen in dieser Gruppe zwischen 7 Prozent und 10 Prozent, während sie bei Jugendlichen mit hohem subjektivem Sozialstatus zwischen 3 Prozent und 6 Prozent lagen.

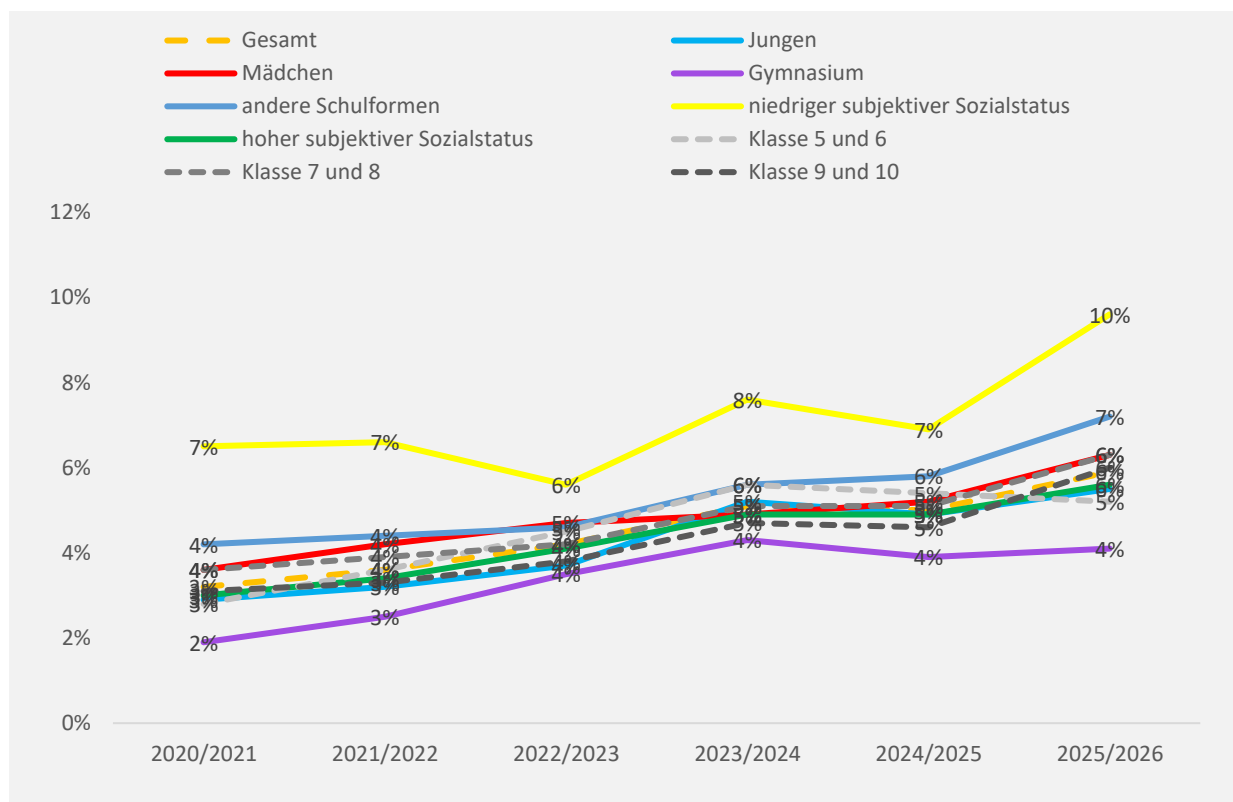


Abbildung 20. Anteile der Kinder und Jugendlichen mit Betroffenheit von Cybermobbing (mindestens wöchentlich) im Untersuchungszeitraum (Erhebungsjahre 2020/2021 bis 2025/2026), Ausschnitt Y-Achse 0 bis 12%. Dargestellt sind geschätzte Prävalenzen aus Mehrebenenmodellen (Klasse = Level 2), adjustiert für Geschlecht, Jahrgangsstufen, subjektiven Sozialstatus, Sensation Seeking und Schultyp.

6 Fazit

Die schulbasierte Fragebogenstudie „Präventionsradar“ wird seit dem Schuljahr 2016/2017 jährlich in der Sekundarstufe I durchgeführt. Die erhobenen Daten von mehr als 115.000 Schülerinnen und Schülern im Beobachtungszeitraum liefern Erkenntnisse zum Gesundheitsverhalten von Heranwachsenden in Deutschland. Die zehnte Erhebungswelle fand im Zeitraum von November 2025 bis Februar 2026 statt. Insgesamt nahmen 30.074 Schülerinnen aus mehr als 140 allgemeinbildenden weiterführenden Schulen daran teil, die sich auf 15 Bundesländer verteilen (ohne das Saarland). Das durchschnittliche Alter lag bei 13 Jahren mit etwa 52 Prozent weiblichen Befragten. Die Kinder und Jugendlichen verteilen sich auf die Klassenstufen 5 bis 10.

Gesundheitskompetenz

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Mehrheit der betrachteten Altersgruppe eine förderbedürftige Gesundheitskompetenz aufweist. Zwar zeigen sich im Detail die erwarteten sozialen Unterschiede: Kinder und Jugendliche von Gymnasien sowie jene aus bessergestellten Familien – operationalisiert durch eine hohe Selbsteinstufung auf der MacArthur-Scale – verfügen tendenziell über ausgeprägtere Ressourcen für eine gesunde Lebensführung. Dennoch darf dies nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich das Defizit im Umgang mit Gesundheitsinformationen als ein subgruppenübergreifendes Problem darstellt. Der Förderbedarf zieht sich quer durch alle gesellschaftlichen Schichten und Schultypen. Eine unzureichende Gesundheitskompetenz ist demnach kein isoliertes Merkmal ohnehin vulnerabler Gruppen, sondern zeigt sich als flächendeckendes, strukturelles Phänomen im Jugendalter.

Schulfach Gesundheit

Die potenzielle Einführung eines eigenständigen Schulfachs Gesundheit stößt in der breiten Mehrheit der befragten Schülerschaft auf eine positive Resonanz. Differenziert man diese Zustimmung nach den individuellen Belastungsprofilen der Heranwachsenden, zeigt sich ein zentraler Befund: Neben jenen Kindern und Jugendlichen, die ohnehin ein intrinsisches Gesundheitsinteresse aufweisen, artikulieren insbesondere belastete Subgruppen eine ausgeprägte Befürwortung. Vor allem Schülerinnen und Schüler, die unter Schulstress leiden oder regelmäßig von somatischen und psychischen Beschwerden wie Bauchschmerzen und emotionalen Problemen berichten, sprechen sich für das Fach aus. Vermutlich erhoffen sich gerade diese vulnerablen Gruppen von strukturierten gesundheitlichen Angeboten wirksame Bewältigungsstrategien (Coping-Mechanismen) sowie eine spürbare Entlastung im von Stress geprägten Schulalltag. Die hohe Akzeptanz in genau diesen Belastungskohorten unterstreicht die dringliche Notwendigkeit, Gesundheitsförderung nicht länger nur als freiwilliges Zusatzangebot, sondern als festen, niedrigschwelligen Bestandteil des Curriculums zu etablieren.

Psychische Gesundheit

Die Daten zeigen, dass die depressiven Symptome im Beobachtungszeitraum auf einem hohen Niveau stagnieren und der Anteil der Jugendlichen mit einem verminderten subjektiven Wohlbefinden hoch bleibt. Flankiert werden diese Befunde durch das erfasste Einsamkeitserleben, von dem über die letzten drei Schuljahre hinweg unverändert ein Drittel der Befragten betroffen ist. Diese drei unabhängig voneinander erfassten Indikatoren sind jedoch ungleich verteilt und hängen stark von soziodemografischen Faktoren ab. Ein ausgeprägter sozialer und geschlechtsspezifischer Gradient führt dazu, dass

insbesondere Mädchen, ältere Jugendliche sowie Heranwachsende aus Familien mit niedrigem Sozialstatus überproportional stark von diesen psychischen Belastungen betroffen sind.

Beschwerden

Wöchentlich auftretende Beschwerden wie Erschöpfung und Schlafprobleme sind mittlerweile zu einem Massenphänomen avanciert und werden im Vergleich zu den Erhebungen vor acht Jahren deutlich häufiger berichtet. Dabei erweist sich die Gesundheitskompetenz als eine übergreifende Ressource: Je höher diese ausgeprägt ist, desto geringer ist das Risiko für die genannten Beschwerden. Ein ähnlich schützender Effekt zeigt sich bei einem höheren subjektiven sozialen Status. Umgekehrt stellt das Alter einen klaren Risikofaktor dar, da ältere Schülerinnen und Schüler häufiger unter Beschwerden leiden. Zudem gibt es deutliche Geschlechtsunterschiede, wobei Jungen – insbesondere bei Kopf- und Bauchschmerzen – ein durchweg geringeres Risiko aufweisen.

Zukunftsperspektiven

Zusammenfassend zeigen die Daten zu den Zukunftserwartungen ein gemischtes Bild der jugendlichen Psyche. Zwar blickt die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen nach wie vor optimistisch in die Zukunft, was aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht als Schutzfaktor für das allgemeine Wohlbefinden zu werten ist. Allerdings darf die im aktuellen Schuljahr 2025/2026 beobachtete Verschiebung der Zuversicht zugunsten skeptischerer Haltungen nicht übersehen werden; sie zeigt vermutlich eine wachsende Verunsicherung in der Lebenswelt der Jugendlichen.

Gewalt und Mobbing

Insgesamt deuten die Ergebnisse auf eine zunehmende Verbreitung von Gewalterfahrungen im schulischen Kontext hin. Insbesondere wöchentlich erlebte Mobbingvorfälle, Cybermobbing sowie physische und psychische Gewalterfahrungen im analogen wie auch im digitalen Raum scheinen kontinuierlich zuzunehmen. Während sich geschlechtsspezifische Unterschiede und Differenzen zwischen den Klassenstufen im Zeitverlauf zunehmend angleichen, bleiben soziale Ungleichheiten im Erleben von Gewalt bestehen oder verstärken sich teilweise sogar.

Limitationen

Eine wesentliche Limitation der Studie besteht darin, dass die erhobenen Daten ausschließlich auf Selbstberichten der Teilnehmenden basieren. Subjektive Verzerrungen wie etwa sozial erwünschtes Antwortverhalten, können daher nicht ausgeschlossen werden. Zudem beruhen die Ergebnisse potenziell auf einer Stichprobe von Schulen, die ohnehin ein grundlegendes Interesse an Prävention und Gesundheitsförderung aufweisen. Diese mögliche Selektionsverzerrung zugunsten besonders engagierter oder bedarfsorientierter Einrichtungen könnte die Generalisierbarkeit der Befunde auf die Gesamtheit aller Schulen einschränken. Ungeachtet dieser methodischen Einschränkungen liefert der Präventionsradar jedoch wertvolle empirische Hinweise zur aktuellen Gesundheitslage von Kindern und Jugendlichen.

Ausblick

Der Präventionsradar wird im kommenden Schuljahr zum 11. 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. Goodman A, Lamping DL, Ploubidis GB: When to use broader internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): data from British parents, teachers and children. *J Abnorm Child Psychol* 2010, 38(8):1179–1191.
4. Goodman R: The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1997, 38(5):581–586.
5. Goodman R: Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2001, 40(11):1337–1345.
6. Hoebel J, Müters S, Kuntz B, Lange C, Lampert T: Messung des subjektiven sozialen Status in der Gesundheitsforschung mit einer deutschen Version der MacArthur Scale. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2015, 58(7):749–757.
7. Lohbeck A, Schultheiß J, Petermann F, Petermann U: Die deutsche Selbstbeurteilungsversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu-S). *Diagnostica* 2015, 61(4):222–235.
8. Stephenson MT, Hoyle RH, Palmgreen P, Slater MD: Brief measures of sensation seeking for screening and large-scale surveys. *Drug Alcohol Depend* 2003, 72(3):279–286.
9. 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.
10. 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.
11. Inchley J, Currie D, Samdal O, Jastad A, Cosma A, Nic Gabhainn S: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: background, methodology and mandatory items for the 2021/22 survey. In. Glasgow: MRC/CSO Social and Public Health Sciences Unit, University of Glasgow; 2023.
12. Pelham WE, Tapert SF, Gonzalez MR, Ahirakwe U, Patel H, Davis IS, Meruelo AD, Van Rinsveld AM, Marshall AT, Dick AS et al: How Does Parental Monitoring Reduce Adolescent Substance Use? Preliminary Tests of Two Potential Mechanisms. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2024, 85(3):389–394.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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

- Hanewinkel R, Hansen J. Exposure of Children and Adolescents to Passive Smoking in Cars: A School Survey in 14 German Federal States. *Dtsch Arztebl Int.* 2026 Jan 1;123(2):61-62. doi: 10.3238/arztebl.m2025.0197.
- Hanewinkel R, Hansen J. Associations of Nicotine Use with Reduced Wellbeing and Increased Problem Behaviors Among German Adolescents Substance Use & Misuse 2026; 8: 1-5 [doi: 10.1080/10826084.2026.2617436]
- Klosterhalfen S, Hansen J, Hanewinkel R. The Co-occurrence of Loneliness and Nicotine Use Among German Adolescents: A Cross-Sectional Analysis Tobacco Use Insights 2025; 18: [doi: 10.1177/1179173X251372794]
- Hanewinkel R, Hansen J. Gleichzeitiger Konsum von E-Zigaretten und Zigaretten unter Jugendlichen vor und nach dem Aufkommen von Einweg-E-Zigaretten: „Interrupted time series“-Studie *Pneumologie* 2025; 9: [doi: 10.1055/a-2701-6656]
- 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 in and Risk Factors for Nicotine Consumption in Childhood and Adolescence-Findings of the "Prevention Radar," a Survey Study in German Schools, 2016–2024. *Dtsch Arztebl Int.* 2024 Nov 15;121(23):779-780. 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]