

Suizidales Verhalten von Schülerinnen und Schülern in Luxemburg

Bericht über die HBSC-Umfrage 2022 in Luxemburg

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



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



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

Direction de la santé



FACULTY OF HUMANITIES,
EDUCATION AND
SOCIAL SCIENCES

Suizidales Verhalten von Schülerinnen und Schülern in Luxemburg

Bericht über die HBSC-Umfrage 2022 in Luxemburg

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

Sarah Bitar
Felipe G. Mendes
Marta Vigier
Anna Ginsburg
Carolina Catunda

Bibliographische Angaben:

Bitar. Sarah; Mendes. Felipe G.; Vigier. Marta; Ginsburg. Anna; Catunda. Carolina (2026). Suizidales Verhalten von Schülerinnen und Schülern in Luxemburg – Bericht über die HBSC-Umfrage 2022 in Luxemburg. Esch-sur-Alzette.

© Universität Luxemburg und Autoren; Januar 2026

ISBN: 978-2-87971-266-6

Inhalt

Mitwirkende	VII
Autoren	VII
Team HBSC Luxemburg	VII
Danksagung	IX
Zusammenfassung	11
Suizidales Verhalten	3
Trends von 2006 bis 2022	4
Soziale Ungleichheiten bei suizidalem Verhalten	9
Geschlechtsspezifische Unterschiede	9
Altersunterschiede	11
Unterschiede nach Staatsangehörigkeit	13
Sozioökonomische Unterschiede	14
Unterschiede nach Schulform	16
Gesundheitsverhalten bei Jugendlichen und Suizidalität	19
Einleitung	19
Methoden	20
Ergebnisse und Diskussion	21
Geschlechtliche Minderheiten und Suizidalität	25
Einleitung	25
Methoden	26
Ergebnisse und Diskussion	27
Schlussfolgerungen und Perspektiven	30
Von Erkenntnissen zu Maßnahmen	30
Verringerung sozialer Ungleichheiten als zentrale Dimension der Prävention	30
Integration von Lebensgewohnheiten in die Suizidprävention	31
Anhang	34
Literaturverzeichnis	41
Liste der Abbildungen	47
Liste der Tabellen	49
Abkürzungen	51

Mitwirkende

Autoren

Dr. Sarah Bitar	Oberassistent. Universität Luxemburg
Dr. Felipe G Mendes	Postdoktorand. Universität Luxemburg
Dr. Marta Vigier	Postdoktorandin. Universität Luxemburg
Anna Ginsburg. M.Sc.	Wissenschaftlicher Mitarbeiter. Universität Luxemburg
Dr. Carolina Catunda	Oberassistent. Universität Luxemburg

Team HBSC Luxemburg

Dr. Sarah Bitar	Universität Luxemburg
Dr. Carolina Catunda	Co-Projektleiter. Universität Luxemburg
Dr. Senad Karavdic	<i>Service de Coordination de la Recherche et de l'Innovation pédagogiques et technologiques (SCRIPT)</i>
Joana Lopes Ferreira. M.Sc.	Universität Luxemburg
Anna Ginsburg. M.Sc.	Universität Luxemburg
Dr. Felipe G Mendes	Universität Luxemburg
Dr. Marta Vigier	Universität Luxemburg
Georges Metz. M.A.	Ministerium für Bildung. Kinder und Jugend
Dr. Maud Moinard	Co-Projektleiter. Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit/Gesundheitsbehörde
Dr. Josepha Nell	Ministerium für Bildung. Kinder und Jugend
Dr. Katharina K Pucher	Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit/Gesundheitsbehörde
Dr. Caroline Residori	Universität Luxemburg
Prof. Dr. Robin Samuel	Universität Luxemburg
Aurélie Ventujol. M.Sc.	<i>Service de Coordination de la Recherche et de l'Innovation pédagogiques et technologiques (SCRIPT)</i>

Danksagung

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

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

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

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

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

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

Für das Team von HBSC Luxemburg:

Dr. Carolina Catunda und Dr. Maud Moinard (Co-Studienleiter)

Zusammenfassung

Über diesen Bericht

Der vorliegende Bericht dokumentiert die Ergebnisse zu suizidalem Verhalten bei Jugendlichen im Alter von 13 bis 18 Jahren, die an den HBSC-Studien zwischen 2006 und 2022 in Luxemburg teilgenommen haben. Im Rahmen dieser vier Umfragerunden (2006, 2010, 2014 und 2022) haben insgesamt 24 528 Schülerinnen und Schüler teilgenommen und so Daten bereitgestellt, die eine Analyse der Trends und Ungleichheiten anhand von vier Indikatoren ermöglichten: Traurigkeit, Suizidgedanken, Suizidplanung und Suizidversuche. Zudem untersucht der Bericht Verhaltens- und soziale Faktoren, die mit Suizidalität in Verbindung stehen, darunter Gesundheitsverhalten, Geschlechtsidentität und Beziehungen zu Gleichaltrigen.

Trends und soziale Ungleichheiten (2006–2022)

Seit 2006 ist die Prävalenz von Traurigkeit und Suizidalität unter Jugendlichen in Luxemburg stark angestiegen, insbesondere zwischen 2014 und 2022. Im Jahr 2022 gaben 37,7 % der Jugendlichen an, unter anhaltender Traurigkeit zu leiden, 23,3 % hatten Suizidgedanken, 20,9 % Suizidpläne und 11,7 % berichteten von mindestens einem Suizidversuch im vergangenen Jahr, was fast einer Verdopplung seit 2010 entspricht.

Es bestehen weiterhin deutliche geschlechtsspezifische Ungleichheiten. 2022 gaben Mädchen fast doppelt so häufig wie Jungen in allen Umfragejahren an, traurig zu sein und suizidales Verhalten zu zeigen. Dies weist auf eine zunehmende Geschlechterkluft hin, die im Einklang mit internationalen Entwicklungen steht. Die Altersmuster zeigten, dass die Traurigkeit zwar nach und nach zunahm, Suizidpläne und -versuche jedoch häufiger in der frühen Adoleszenz auftraten. Die Unterschiede nach Nationalitäten waren gering, aber konsistent, wobei nicht-luxemburgische Jugendliche etwas häufiger Suizidpläne und -versuche angaben. Sozioökonomischen Ungleichheiten waren ausgeprägt: Jugendliche, die ihre Familien als nicht wohlhabend einschätzten, wiesen die höchsten Suizidalitätsraten auf (z. B. hatten im Jahr 2022 22,7 % einen Suizidversuch unternommen), diejenigen aus wohlhabenden Familien die niedrigsten. Schließlich blieben Unterschiede hinsichtlich des Bildungswegs bestehen: Jugendliche in der allgemeinen Sekundarstufe (ESG) gaben durchweg ein höheres Maß an Traurigkeit und Suizidalität an als diejenigen in der klassischen Sekundarstufe (ESC). Am stärksten ausgeprägt war der Unterschied bei Suizidversuchen (14,0 % in der ESG vs. 8,6 % in der ESC), ähnliche Muster wurden jedoch auch bei den anderen Indikatoren beobachtet.

Gesundheitsverhalten und Suizidalität bei Jugendlichen

Um über einzelne Risikofaktoren hinauszugehen, wurden in dem Bericht fünf Klassen für das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen berücksichtigt: Ernährung, körperliche Aktivität, Substanzkonsum und problematische Nutzung sozialer Medien. Klasse 1 (23,4 %), die sich durch hochwertige Ernährung und körperliche Aktivität bei geringem Substanzkonsum auszeichnete, wies die niedrigsten Werte bei Suizidgedanken und -versuchen auf. Klasse 2 (15,3 %) gekennzeichnet durch den Konsum mehrerer Substanzen und ungesunde Ernährung, zeigt im Vergleich zu Klasse 1 eine mehr als doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit für Suizidgedanken und eine fast dreimal so hohe Wahrscheinlichkeit für Suizidversuche. Klasse 3 (5,2 %) mit einer Kombination aus intensivem Vapen und problematischer Nutzung sozialer Medien zeigte eine dreimal höhere Wahrscheinlichkeit für Suizidgedanken und eine mehr als doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit für Suizidversuche. Klasse 4 (12,2 %) definiert durch hohen Alkoholkonsum und mäßige körperliche Aktivität zeigte ein erhöhtes Risiko für Suizidgedanken, jedoch nicht für Suizidversuche. Klasse 5 (43,9 %) schließlich gekennzeichnet durch eine minderwertige Ernährung und

Bewegungsmangel, jedoch keinen Substanzkonsum, wies kein erhöhtes Risiko für Suizidgedanken oder -versuche auf.

Geschlechtsidentität, Beziehungen zu Gleichaltrigen und Suizidalität

Im Jahr 2022 zählten etwa 3,5 % der Jugendlichen zu geschlechtlichen Minderheiten. Diese Gruppe wies die höchste Vulnerabilität auf. Mehr als sechs von zehn Jugendlichen aus geschlechtlichen Minderheiten gaben an, im vergangenen Jahr Suizidgedanken gehabt zu haben (64,2 %), vier von zehn hatten einen Suizidversuch unternommen (42,2 %). Dies entspricht einer sechsmal höheren Wahrscheinlichkeit als bei ihren cisgeschlechtlichen Altersgenossen, selbst nach Berücksichtigung soziodemographischer Faktoren.

Mobbing erhöhte die Wahrscheinlichkeit von Suizidalität bei allen Jugendlichen erheblich (4,4-fach höhere Wahrscheinlichkeit von Suizidversuchen); bei den Auswirkungen von Mobbing konnten jedoch keine geschlechtsbedingten Unterschiede festgestellt werden. Die Unterstützung durch Gleichaltrige erwies sich insgesamt als schützender Faktor (Reduzierung der Wahrscheinlichkeit von Suizidgedanken und -versuchen um die Hälfte), jedoch war ihre Wirkung bei Jugendlichen aus geschlechtlichen Minderheiten geringer.

Schlussfolgerungen und Perspektiven

Insgesamt unterstreichen diese Ergebnisse, dass die Suizidprävention koordinierte Maßnahmen auf mehreren Ebenen erfordert. Strategien sollten soziale und bildungsbezogene Ungleichheiten angehen, einen gesunden und ausgewogenen Lebensstil fördern und ein integratives und unterstützendes Umfeld in Schulen, Familien und Gemeinden schaffen. Die Einbettung der Suizidprävention in diese umfassenderen Initiativen zur Förderung von Chancengleichheit und Gesundheit kann dazu beitragen, dass alle Jugendlichen, insbesondere diejenigen, die sozial weniger gut gestellt sind oder unter identitätsbedingtem Stress leiden, Zugang zu zeitnaher, relevanter und bestätigender Unterstützung erhalten.

Suizidales Verhalten

Suizidales Verhalten

Die Adoleszenz ist eine prägende Lebensphase, die durch tiefgreifende psychologische, emotionale und soziale Veränderungen gekennzeichnet ist. In dieser Phase entwickeln Menschen ein Identitätsgefühl, werden selbstständiger und beginnen, langfristige Muster ihrer psychischen Gesundheit zu etablieren (National Academies of Sciences et al., 2019). Diese Phase bietet einerseits Wachstumschancen, ist aber andererseits auch mit einer erhöhten Anfälligkeit für psychische Belastungen verbunden, einschließlich Suizidgedanken und suizidalem Verhalten (Mastorci et al., 2024). Suizid bleibt weltweit eine der häufigsten Todesursachen bei Jugendlichen (World Health Organization, 2021), und Suizidversuche während dieser Entwicklungsphase können dauerhafte Auswirkungen auf die emotionale und soziale Funktionsfähigkeit bis hinein ins Erwachsenenalter haben (Ligier et al., 2021).

Das Suizidrisiko im Jugendalter wird von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst, darunter auch Verhaltensmuster, die das allgemeine Gesundheitsverhalten widerspiegeln. Verhaltensweisen wie Substanzkonsum (Wu et al., 2004), ungesunde Ernährung (Shawon et al., 2023), Bewegungsmangel (Michael et al., 2020) und problematische Nutzung sozialer Medien (Sedgwick et al., 2019) stehen jeweils unabhängig voneinander mit einem erhöhten Suizidrisiko bei Jugendlichen in Zusammenhang. Diese Verhaltensweisen treten selten isoliert auf; vielmehr neigen sie dazu, sich auf bedeutsamer Weise zu gruppieren, was die zugrunde liegenden sozialen Einflüsse und Lebensstilmuster widerspiegelt. Die Identifizierung dieser Muster ist unerlässlich, um die kumulative Wirkung gleichzeitig auftretender Risikofaktoren auf die psychische Gesundheit zu verstehen.

Gleichzeitig spielen soziale Verwundbarkeiten eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung der psychischen Gesundheit von Jugendlichen. Jugendliche aus geschlechtlichen Minderheiten weisen beispielsweise durchweg ein erhöhtes Suizidrisiko auf (Surace et al., 2021), häufig als Folge von Ausgrenzung, Stigmatisierung und Mobbing durch Gleichaltrige (Russell & Fish, 2016; Tebbe & Budge, 2022). Allgemeiner betrachtet können Beziehungen zu Gleichaltrigen während der Adoleszenz eine wichtige Quelle der Unterstützung (Roach, 2018) oder umgekehrt ein schädliches Umfeld darstellen (Lynn Mulvey et al., 2017). Das Vorhandensein oder Fehlen von Unterstützung durch Gleichaltrige, Erfahrungen mit Mobbing und umfassendere Beziehungsdynamiken (wie Akzeptanz durch Gleichaltrige, soziale Ausgrenzung oder zwischenmenschliche Konflikte) tragen alle wesentlich zur psychischen Resilienz oder Verletzlichkeit von Jugendlichen bei.

Dieser Bericht stützt sich auf landesweit repräsentative Daten aus der HBSC-Studie zur Untersuchung der Suizidalität unter Jugendlichen in Luxemburg. Insgesamt beantworteten 24 528 Schülerinnen und Schüler im Alter von 13 bis 18 Jahren [$n(2006)=6\,352$; $n(2010)=6\,894$; $n(2014)=5\,095$; $n(2022)=6\,187$], die an öffentlichen und privaten Sekundarschulen nach dem luxemburgischen Lehrplan sowie internationalen Schulen (nur im Jahr 2022) eingeschrieben waren, während der Unterrichtszeit in der Klasse einen anonymen Fragebogen in Papierform (Catunda et al., 2023). Daten aus dem Jahr 2018 wurden in diesem Bericht nicht berücksichtigt, da Fragen zum Thema Suizid in diesem Jahr nicht Teil des Fragebogens waren.

In früheren Berichten wurden Themen wie psychische Gesundheit, Gesundheitsverhalten, Risikoverhalten, der soziale Kontext, die wahrgenommenen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und Trends zwischen 2006 und 2022

untersucht. Der vorliegende Bericht ergänzt diese Reihe zur HBSC-Umfrage Luxemburg 2022. Der Schwerpunkt liegt speziell auf suizidalem Verhalten, wobei die Ergebnisse in drei Teilen präsentiert werden: (1) nationale Trends und soziale Ungleichheiten von 2006 bis 2022; (2) Risikogruppen, die anhand von Lebensstilmustern bestimmt wurden; (3) die Schnittmenge von Geschlechtsidentität, Beziehungen zu Gleichaltrigen und Suizidalität. Gemeinsam zielen diese Abschnitte darauf ab, Präventionsstrategien zu begründen, gefährdete Untergruppen hervorzuheben und Maßnahmen zu unterstützen, die die Resilienz von Jugendlichen im Allgemeinen fördern.

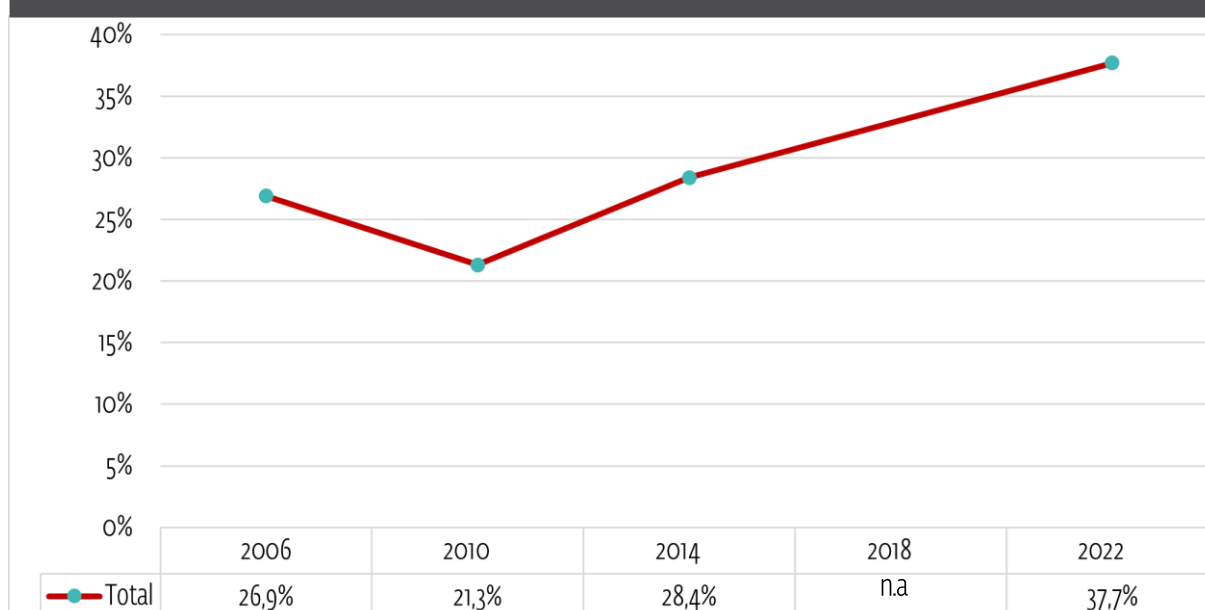
Trends von 2006 bis 2022

Die HBSC-Umfrage zielt darauf ab, anhand einer Reihe von Fragen verschiedene Stadien suizidalen Verhaltens zu erfassen. Diese Stadien stellen einen Verlauf dar, der in der Forschung zu suizidalem Verhalten häufig beobachtet wird: (Klonsky et al., 2016) Traurigkeit, Suizidgedanken, Suizidplanung und Suizidversuch.

Anhaltende Gefühle von **Traurigkeit** sind häufig frühe Anzeichen für emotionale Konflikte, die zu Suizidgedanken führen können. Dies steht im Einklang mit Erkenntnissen, dass Traurigkeit ein Kernbestandteil der Depression ist (Mouchet-Mages & Baylé, 2008) und dass Suizidgedanken bei Menschen mit depressiven Störungen sehr häufig auftreten (Dong et al., 2021). Die HBSC-Umfrage erfasst dies mit der Frage: „Hast du dich während der vergangenen 12 Monate während zwei Wochen am Stück oder länger so traurig oder hoffnungslos gefühlt, dass du deinen üblichen Tätigkeiten nicht mehr nachgegangen bist?“ Dazu gab es zwei Antwortmöglichkeiten: „Ja“ oder „Nein“. Abbildung 1 zeigt den Anteil der Befragten, die positiv geantwortet haben.

Die Prävalenz von Traurigkeit schwankte zwischen 2006 und 2022, zeigte jedoch in der jüngsten Umfragerunde einen deutlichen Anstieg. Sie sank von 26,9 % im Jahr 2006 auf 21,3 % im Jahr 2010, stieg dann auf 28,4 % im Jahr 2014 und erreichte 2022 mit 37,7 % den bisher höchsten Stand.

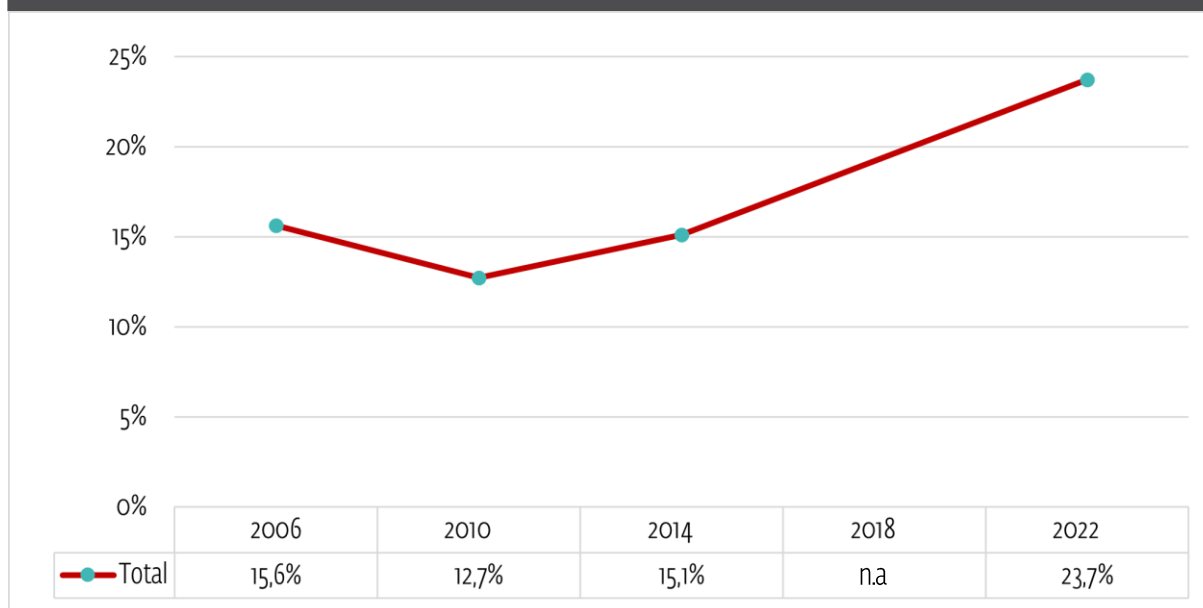
Abbildung 1: Prävalenz von Traurigkeit im Zeitverlauf (2006–2022)



Suizidgedanken umfassen die Erwägung von Suizid als mögliche Handlung. Diese werden anhand der Frage erfasst: „Hast du während der vergangenen 12 Monate jemals an einen Versuch zur Selbsttötung gedacht?“ Dazu waren zwei Antwortmöglichkeiten gegeben: „Ja“ oder „Nein“. Abbildung 2: Prävalenz von Suizidgedanken im Zeitverlauf (2006–2022) zeigt die Prävalenz von Jugendlichen, die an Suizid gedacht haben.

Suizidgedanken folgten einem ähnlichen Muster von Rückgang und Wiederanstieg. Sie sanken von 15,6 % im Jahr 2006 auf 12,7 % im Jahr 2010, stiegen 2014 wieder auf 15,1 % und erhöhten sich 2022 deutlich auf 23,7 %. Dieser stetige Anstieg seit 2014 deutet auf eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit hin. Es ist jedoch anzumerken, dass im Jahr 2022 der Wortlaut dieser spezifischen Frage geändert wurde. In früheren Umfragen wurde gefragt: „Hast du ernsthaft darüber nachgedacht, Selbstmord zu begehen?“, in der Version von 2022 lautete die Frage: „Hast du während der vergangenen 12 Monate jemals an einen Versuch zur Selbsttötung gedacht?“. Diese Änderung im Wortlaut könnte die Interpretation der Frage durch die Jugendlichen beeinflusst haben und teilweise für die höhere Prävalenz im Jahr 2022 verantwortlich sein. Allerdings könnten auch umfassendere gesellschaftliche Veränderungen, darunter ein gesteigertes emotionales Bewusstsein und eine größere Offenheit gegenüber dem Ausdruck von Leid, Auswirkungen auf die Selbstauskünfte der Jugendlichen gehabt haben.

Abbildung 2: Prävalenz von Suizidgedanken im Zeitverlauf (2006–2022)



Der Übergang von der Idee zur konkreten Absicht, also der **Suizidplanung**, wird wie folgt erfasst: „Hast du in den vergangenen 12 Monaten jemals geplant, wie du versuchen würdest dich zu töten?“ Zur Auswahl standen zwei Antwortmöglichkeiten: „Ja“ oder „Nein“. Die Prävalenz von Jugendlichen, die Suizidpläne gemacht haben, ist in Abbildung 3: Prävalenz von Suizidplänen im Zeitverlauf (2006–2022) dargestellt. Bitte beachten Sie, dass die folgenden Entwicklungen nur die Jahre 2010, 2014 und 2022 berücksichtigen. Im Jahr 2006 wurden die Schülerinnen und Schüler gebeten, Fragen zu Suizidplänen und -versuchen zu überspringen, wenn sie die Frage zu Suizidgedanken mit „Nein“ beantwortet hatten, wodurch ein Vergleich nicht möglich war.

Die Suizidpläne zeigen einen anhaltenden Aufwärtstrend. Die Prävalenz stieg von 11,2 % im Jahr 2010 auf 14,1 % im Jahr 2014 und dann auf 20,9 % im Jahr 2022, was eine zunehmende Entwicklung von Suizidgedanken hin zu konkreten Plänen widerspiegelt.

Abschließend geht es in den folgenden Fragen dann um **Suizidversuche**: „Wie oft hast du in den vergangenen 12 Monaten einen Versuch zur Selbsttötung gemacht?“ Die Antwortmöglichkeiten reichten von „0“ bis „6-mal oder öfter“ und wurden in „Ja“ (mindestens ein Versuch) oder „Nein“ (kein Versuch) unterteilt. Abbildung 4 zeigt die Prävalenz von Suizidversuchen im Zeitverlauf (2010–2022).

Die Suizidversuche nahmen im Laufe der Zeit ebenfalls zu. Von 6,7 % im Jahr 2010 stieg die Quote auf 7,6 % im Jahr 2014, bevor sie 2022 11,7 % erreichte und sich damit seit dem ersten verfügbaren Datenpunkt nahezu verdoppelte. Dies unterstreicht die Bedeutung einer verstärkten sozialen und klinischen Unterstützung in Phasen von Suizidgedanken und -plänen, da soziale Unterstützungsmaßnahmen und eine kooperative Betreuung das Risiko einer Eskalation bis hin zu Suizidversuchen erwiesenermaßen erheblich verringern können (Inagaki et al., 2019; Yöyen & Keleş, 2024)

Abbildung 3: Prävalenz von Suizidplänen im Zeitverlauf (2006–2022)

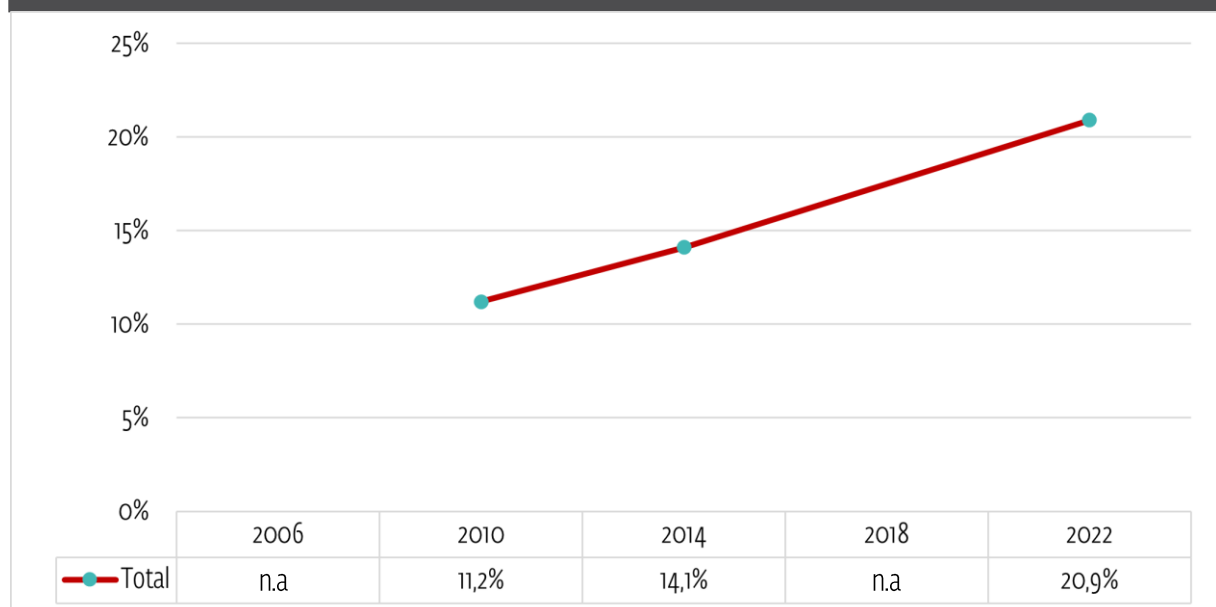
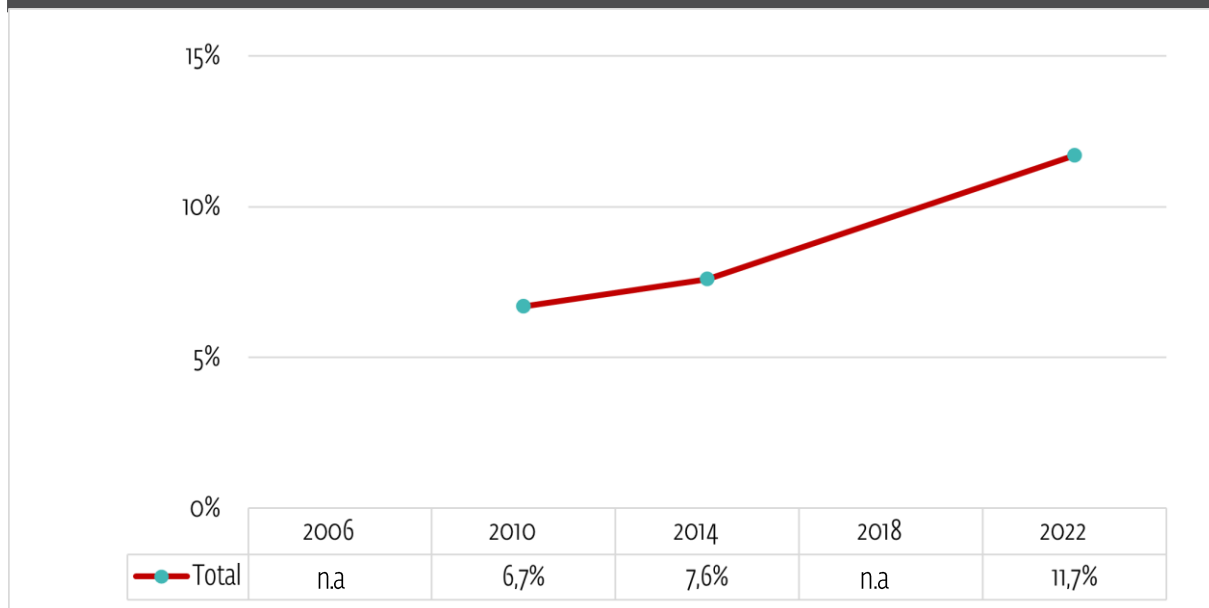


Abbildung 4: Prävalenz von Suizidversuchen im Zeitverlauf (2006–2022)



Insgesamt hat die Prävalenz der untersuchten Indikatoren (Traurigkeit, Suizidgedanken, Suizidplanung und Suizidversuch) bei den Befragten über alle Umfragejahre hinweg zugenommen. Die Ergebnisse sind besorgniserregend und stehen im Einklang mit umfassenderen Belegen für eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit von Jugendlichen in Luxemburg, wie im Bericht „Mentale Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendliche im Schulalter in Luxemburg“ dokumentiert (Catunda et al., 2023a). Ähnliche Anstiege wurden auch in Nachbarländern verzeichnet. Beispielsweise ergab die EnCLASS-2022-Umfrage in Frankreich, dass 24 % der Schülerinnen und Schüler an weiterführenden Schulen Suizidgedanken hatten und 13 % mindestens einen Suizidversuch unternommen hatten (EnCLASS, 2022). Weltweit schätzte eine Metaanalyse die Prävalenz von Suizidgedanken vor der COVID-19-Pandemie auf etwa 14 % (Biswas et al., 2020), nachfolgende Studien deuten jedoch darauf hin, dass die Pandemie emotionale Belastungen und suizidales Verhalten in mehreren Ländern, darunter Frankreich und Deutschland, verschärft hat (Bruns et al., 2022; Cousien et al., 2021).

In Luxemburg zeigten Daten des Youth Survey Luxembourg (2019) und Youth and COVID-19 Survey (2021) unter jungen Menschen im Alter von 16 bis 29 Jahren keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Suizidgedanken, -plänen oder -versuchen zwischen 2019 und 2021 (Schomaker & Samuel, 2022). Die HBSC-Umfrage hingegen konzentriert sich auf jüngere Jugendliche im Alter von 13 bis 18 Jahren. Dieser Altersunterschied könnte teilweise erklären, warum bei der HBSC steigende Trends beobachtet wurden, beim Youth Survey jedoch nicht. Dennoch deutet der im Youth Survey festgestellte signifikante Anstieg der Traurigkeit darauf hin, dass die psychologischen Folgen der Pandemie zu diesem Zeitpunkt möglicherweise noch nicht vollständig erkennbar waren, sich jedoch später in Form von anhaltenden emotionalen Problemen manifestiert haben.

Die Entwicklungen bei der Suizidsterblichkeit weichen von den in diesem Bericht untersuchten selbstberichteten Indikatoren (Traurigkeit, Suizidgedanken, Suizidplanung und Suizidversuche) ab. In Europa ist die Zahl der Suizidfälle unter Jugendlichen zurückgegangen: Die Rate für 15- bis 19-jährige sank bei jungen Männern von 13,1 pro 100 000 in den 1990er Jahren auf 10,9 in den 2000er Jahren und bei jungen Frauen von 3,9 auf 3,3 (Bertuccio et al., 2024;

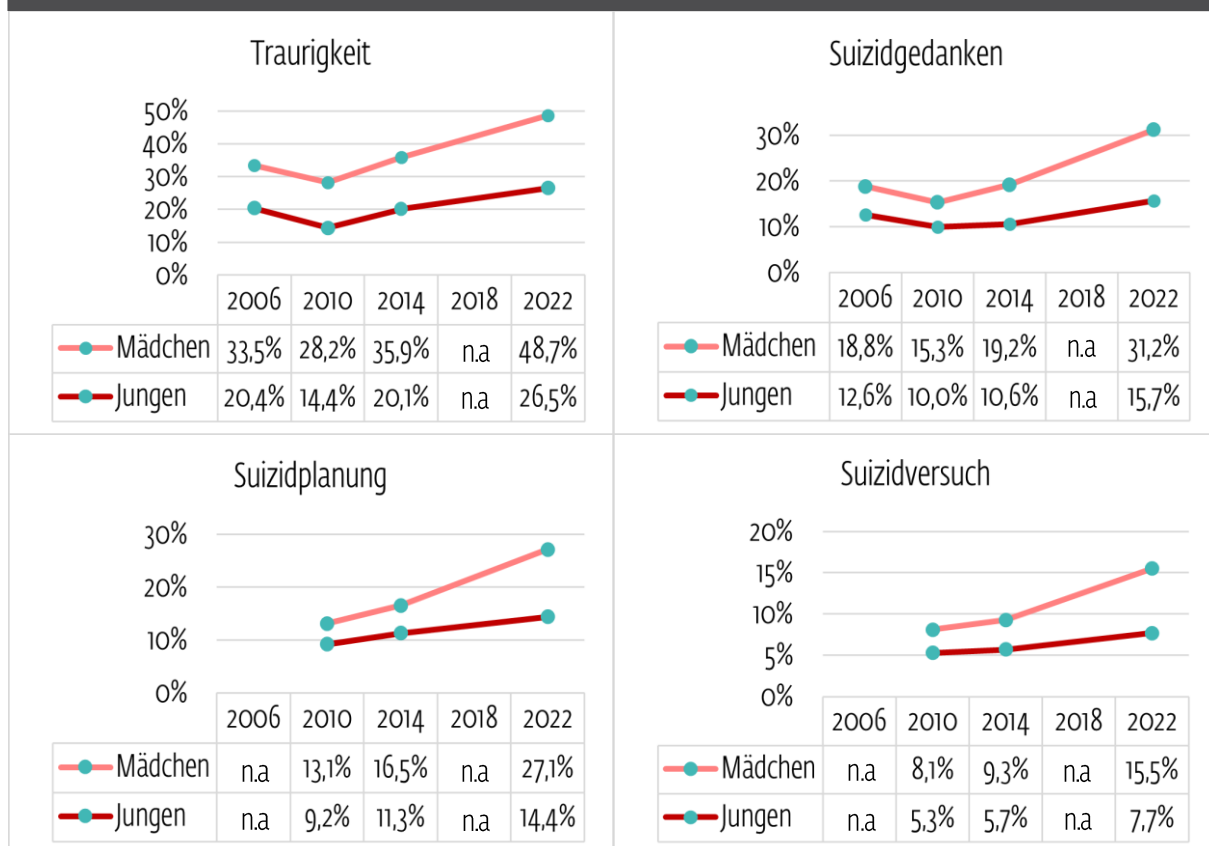
Glenn et al., 2020). In Luxemburg ist ein Anstieg der Indikatoren für Traurigkeit, Suizidgedanken, Suizidpläne und Suizidversuche bei Jugendlichen zu verzeichnen, jedoch ohne einen entsprechenden Anstieg der Suizidtodesfälle. Tatsächlich wurden im Zeitraum von 2006 bis 2022 insgesamt 30 Todesfälle in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen als Suizide registriert, was etwa 22 % aller registrierten Todesfälle in dieser Altersgruppe entspricht (*Registre de causes de décès : mortalité générale*, 2024). Obwohl es erhebliche jährliche Schwankungen gibt, deuten die nationalen Mortalitätsdaten auf eine insgesamt stabile Prävalenz von Suiziden im Zeitverlauf hin (*Registre de causes de décès : mortalité générale*, 2024). Eine Hypothese für diese Diskrepanz zwischen steigenden selbstberichteten Suizidindikatoren und stabiler Mortalität ist, dass diese Zahlen ein gesteigertes Bewusstsein für das Thema widerspiegeln und folglich eine größere Bereitschaft unter jungen Menschen, Leiden anzusprechen und sich Hilfe zu suchen. Erkenntnisse aus anderen Kontexten deuten darauf hin, dass die Einstellung zur Inanspruchnahme von Unterstützung und das Ausmaß der Stigmatisierung die frühzeitige Erkennung und angemessene Weitervermittlung von Betroffenen beeinflussen können und so dazu beitragen, einen vollendeten Suizid zu verhindern (Calear et al., 2014; Grosselli et al., 2024; Reynders et al., 2014).

Soziale Ungleichheiten bei suizidalem Verhalten

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Seit 2006 berichten Mädchen in Luxemburg durchweg häufiger über Traurigkeit und Suizidgedanken als Jungen. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede waren bereits 2006 erkennbar (z. B. Traurigkeit: 33,5 % der Mädchen vs. 20,4 % der Jungen; Suizidgedanken: 18,8 % vs. 12,6 %; Abbildung 5: Prävalenz von suizidalem Verhalten im Zeitverlauf (2006–2022) nach Geschlecht) und setzten sich 2010 und 2014 fort. Vergleichbare Daten zu Suizidplanung und -versuchen wurden 2010 verfügbar, und Mädchen wiesen von Anfang an höhere Raten auf als Jungen. Bis 2022 hatten sich diese Unterschiede in allen Bereichen auf ein Höchstmaß ausgeweitet: Fast die Hälfte der Mädchen (48,7 %) gegenüber einem Viertel der Jungen (26,5 %) berichtete von anhaltender Traurigkeit; Suizidgedanken wurden von 31,2 % der Mädchen vs. 15,7 % der Jungen angegeben; Suizidpläne von 27,1 % vs. 14,4 %; und Suizidversuche von 15,5 % vs. 7,7 %. Geschlechtsspezifische Ungleichheiten in der psychischen Gesundheit von Jugendlichen sind somit seit 2006 ein konstantes Merkmal in Luxemburg, wobei die jüngsten Ergebnisse eine weitere Ausweitung des Spektrums von Traurigkeit bis hin zu suizidalem Verhalten aufzeigen (Catunda et al., 2023a; Residori et al., 2024).

Abbildung 5: Prävalenz von suizidalem Verhalten im Zeitverlauf (2006–2022) nach Geschlecht



Ähnliche geschlechtsspezifische Muster werden aus Nachbarländern berichtet. In Frankreich ergab die EnCLASS-2022-Umfrage (EnCLASS, 2022), dass fast jedes dritte Mädchen im vergangenen Jahr Suizidgedanken hatte, verglichen mit weniger als jedem fünften Jungen, zudem waren Suizidversuche im Laufe des Lebens bei Mädchen fast doppelt so häufig. Diese nationalen Ergebnisse spiegeln einen breiteren internationalen Trend wider (EnCLASS, 2022). Eine systematische Auswertung von Langzeitstudien kam zu dem Schluss, dass weibliche Jugendliche häufiger als männliche Jugendliche Suizidgedanken und -versuche melden, während männliche Jugendliche weiterhin eine höhere Suizidsterblichkeit aufweisen, ein Phänomen, das oft als „Geschlechterparadoxon“ bezeichnet wird (Canetto & Sakinofsky, 1998; Miranda-Mendizabal et al., 2019). Insgesamt deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass die zunehmende Geschlechterkluft in Luxemburg Teil einer umfassenderen europäischen und globalen Entwicklung ist, die eine erhöhte Anfälligkeit von Frauen für Suizidalität widerspiegelt.

Möglicherweise tragen verschiedene soziale und ökologische Stressfaktoren zu dieser sich vergrößernden Kluft bei, insbesondere in den letzten Jahren. Ein entscheidender Faktor ist der Leistungsdruck in der Schule: In ganz Europa berichten Jugendliche von zunehmendem Stress durch Schularbeiten, wobei der Anstieg bei Mädchen deutlicher ausfällt. Unter den 15-Jährigen im HBSC-Netzwerk stieg der Anteil der Mädchen, die von hohem Leistungsdruck in der Schule berichteten, von 54 % im Jahr 2018 auf 63 % im Jahr 2022, bei Jungen fiel der Anstieg geringer aus (von 40 % auf 43 %; WHO/Europe report, 2024). Ein solcher Stress, kombiniert mit der geringeren Unterstützung durch Familie und Lehrkräfte, von der Mädchen typischerweise berichten (Lopes Ferreira et al., 2023), kann emotionale Belastungen und Suizidalität verstärken.

Auch digitale Anfälligkeit könnte eine Rolle spielen: Da Mädchen soziale Medien und Smartphones intensiver nutzen, sind sie häufiger Cybermobbing, sozialen Vergleichen und Schlafstörungen ausgesetzt, was mit einem höheren Risiko für Depressionen und suizidalem Verhalten in Verbindung gebracht wird (Biernesser et al., 2020).

Biologische und entwicklungsbezogene Prozesse tragen ebenfalls zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bei. Die Pubertät ist eine kritische Phase, in der hormonelle Schwankungen die Stimmung und das Verhalten beeinflussen können, was das Risiko von Suizidgedanken und -verhalten bei Jugendlichen erhöht. Sexualhormone wie Östrogen und Progesteron beeinflussen Neurotransmittersysteme und Gehirnregionen, die an der Emotionsregulation beteiligt sind, was die erhöhte Anfälligkeit bei jugendlichen Mädchen zum Teil erklären könnte (Ho et al., 2022). Hormonelle Veränderungen im Zusammenhang mit dem Menstruationszyklus können zusätzlich zu Schwankungen bei Suizidgedanken bei jugendlichen Mädchen beitragen (Owens et al., 2020).

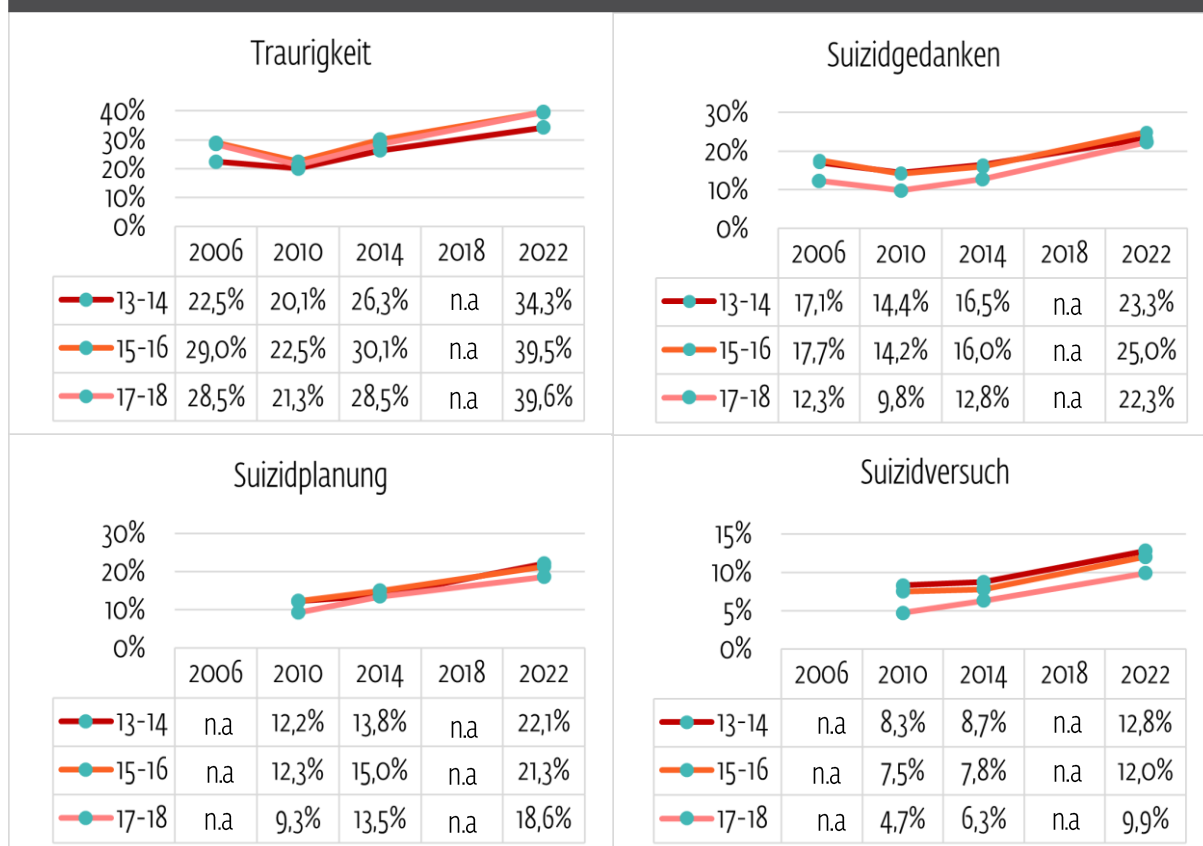
Schließlich könnten auch Sozialisationsmuster und Geschlechternormen einen Teil der Diskrepanz erklären. Männliche Jugendliche und junge Männer geben in Umfragen seltener Suizidgedanken an, da traditionelle männliche Normen emotionale Kontrolle betonen und sie davon abhalten, psychische Belastungen zu äußern. Diese Dynamik trägt zum gut dokumentierten „Geschlechterparadoxon“ bei, wonach Mädchen häufiger Suizidgedanken und -versuche angeben, während Jungen eine höhere Suizidsterblichkeit aufweisen (Bridge et al., 2006; Griffin et al., 2022). Die Einhaltung traditioneller männlicher Normen wie Selbstständigkeit und emotionale Zurückhaltung hängt mit Suizidgedanken und -versuchen zusammen, vor allem durch eine geringere Bereitschaft, Hilfe zu nehmen, und ein überhöhtes Gefühl von Unverwundbarkeit (King et al., 2020; Pirkis et al., 2017). Diese Ergebnisse stimmen mit den Erkenntnissen überein, dass Depressionen und Suizidalität bei Männern häufig unterdiagnostiziert und unterbehandelt sind, nicht aufgrund einer geringeren Prävalenz, sondern weil viele Jungen und Männer ihr Leiden auf

eine Weise erleben und ausdrücken, die in Umfragen nicht erfasst und in klinischen Einrichtungen nicht erkannt wird (Cleary, 2012).

Altersunterschiede

Der Zusammenhang zwischen Alter und Suizidalität variiert je nach Ergebnis. Bei Traurigkeit steigt die Prävalenz mit zunehmendem Alter allmählich an; im Jahr 2022 gaben 34,3 % der 13- bis 14-jährigen an, unter anhaltender Traurigkeit zu leiden, verglichen mit 39,6 % der 17- bis 18-jährigen. Suizidgedanken zeigten in früheren Umfragewellen (2006, 2010, 2014) ein deutlicheres Altersgefälle, wobei jüngere Jugendliche durchweg eine höhere Prävalenz angaben als ältere. Bis 2022 hatte sich dieses Gefälle jedoch abgeflacht, wobei in allen Altersgruppen ähnlich hohe Werte zu verzeichnen waren (23,3 % bei den 13- bis 14-jährigen, 25,0 % bei den 15- bis 16-jährigen und 22,3 % bei den 17- bis 18-jährigen). Ein konsistenteres Gefälle wurde bei Suizidplänen und -versuchen beobachtet, die in jeder Umfragewelle bei jüngeren Jugendlichen am häufigsten auftraten. Im Jahr 2022 gaben 22,1 % der 13- bis 14-jährigen Suizidpläne an, bei den 17- bis 18-jährigen waren es 18,6 %. 12,8 % bzw. 9,9 % gaben Suizidversuche an. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass Traurigkeit mit zunehmendem Alter tendenziell zunimmt, während suizidales Verhalten vor allem in der frühen bis mittleren Adoleszenz auftritt. Suizidgedanken hingegen verteilen sich im Jahr 2022 gleichmäßiger über alle Altersgruppen.

Abbildung 6: Prävalenz von suizidalem Verhalten im Zeitverlauf (2006–2022) nach Alter



Vergleichbare Ergebnisse zeigen sich auch in Frankreich. Die EnCLASS-Umfrage 2022 (EnCLASS, 2022) ergab, dass sowohl Suizidgedanken als auch Suizidversuche bei jüngeren Schülerinnen und Schülern häufiger auftraten und mit zunehmendem Alter abnahmen (z. B. Suizidgedanken: 33,4 % in der 10. Klasse [≈15–16 Jahre] vs. 27,3 % in der 12. Klasse [≈17–18 Jahre]; Versuche im Laufe des Lebens: 20,3 % vs. 15,8 %).

Insgesamt deuten diese Muster darauf hin, dass sich suizidbezogene Indikatoren im Verlauf der Adoleszenz unterschiedlich entwickeln. Traurigkeit scheint in den späteren Jugendjahren zuzunehmen, während Suizidpläne und -versuche häufiger in der frühen Adoleszenz auftreten und anschließend abnehmen. Entwicklungsfaktoren können diese Tendenzen möglicherweise erklären: Jüngere Jugendliche verfügen oft über weniger ausgeprägte Bewältigungsstrategien und zeigen eine größere Impulsivität, während ältere Jugendliche eventuell von einer besseren Selbstregulation und breiteren Unterstützungsnetzwerken profitieren (Kasen et al., 2011).

Aus Sicht der Neuroentwicklung ist die frühe Adoleszenz durch ein Ungleichgewicht zwischen sich rasch entwickelnden sozioemotionalen Systemen und der langsameren Reifung präfrontaler Kontrollregionen gekennzeichnet (Casey et al., 2008). In der frühen Adoleszenz können eine erhöhte limbische Reaktivität sowie noch nicht vollständig ausgereifte exekutive Kontrollprozesse zu verstärkten impulsiven Reaktionen auf Stress begünstigen und damit die Planung und Durchführung von Suizidversuchen erhöhen. Mit fortschreitender Reifung der präfrontalen Regionen im späteren Jugendalter verbessert sich die Regulationsfähigkeit, wodurch impulsives suizidales Verhalten reduziert wird. Gleichzeitig können sich Anhäufung von Stress und eine erhöhte allostatische Belastung negativ auswirken und zu anhaltender Niedergeschlagenheit führen. Dies kann den Anstieg von Traurigkeit erklären. (McEwen & Morrison, 2013).

Kognitive und kontextuelle Faktoren verfeinern dieses Verständnis weiter. Jugendliche reagieren häufig mit eingeschränkter Weitsicht auf intensive Emotionen, was das Risiko für suizidales Verhalten in akuten Stresssituationen erhöht. Ältere Jugendliche hingegen entwickeln ein ausgeprägteres abstraktes Denkvermögen und eine zunehmende Fähigkeit zur Selbstreflexion, was zu Grübeln und einer anhaltend negativen Selbsteinschätzung führen kann (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Diese Prozesse können chronische Traurigkeit verstärken, selbst wenn die Verhaltensimpulsivität abnimmt.

Mit zunehmendem Alter scheinen viele Jugendliche an Resilienz zu gewinnen und sich ein breiteres Unterstützungsnetzwerk aufzubauen, was den Rückgang suizidaler Verhaltensweisen erklären könnte. Treten Suizidversuche jedoch in der späteren Adoleszenz auf, werden diese häufig als medizinisch lebensbedrohlicher beschrieben, möglicherweise aufgrund einer besseren Planung und eines erleichterten Zugangs zu Mitteln (Jopling et al., 2022). Der soziale Kontext von Jugendlichen verändert sich im Laufe der Zeit erheblich. Die frühe Adoleszenz ist gekennzeichnet durch starke Einflüsse von Gleichaltrigen, eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber sozialer Zurückweisung sowie bedeutende schulische Übergänge, die Krisen auslösen können (Prinstein et al., 2001). Die späte Adoleszenz bringt mehr Autonomie, ein breiteres Repertoire an Bewältigungsstrategien und in vielen Fällen Interventionen nach früheren Krisen mit sich, was insgesamt dazu führen kann, dass neue Versuche seltener werden. Allerdings können zunehmender akademischer Druck, Identitätskrisen und Unsicherheit in Bezug auf die Zukunft chronische Traurigkeit verstärken (Patton et al., 2016a).

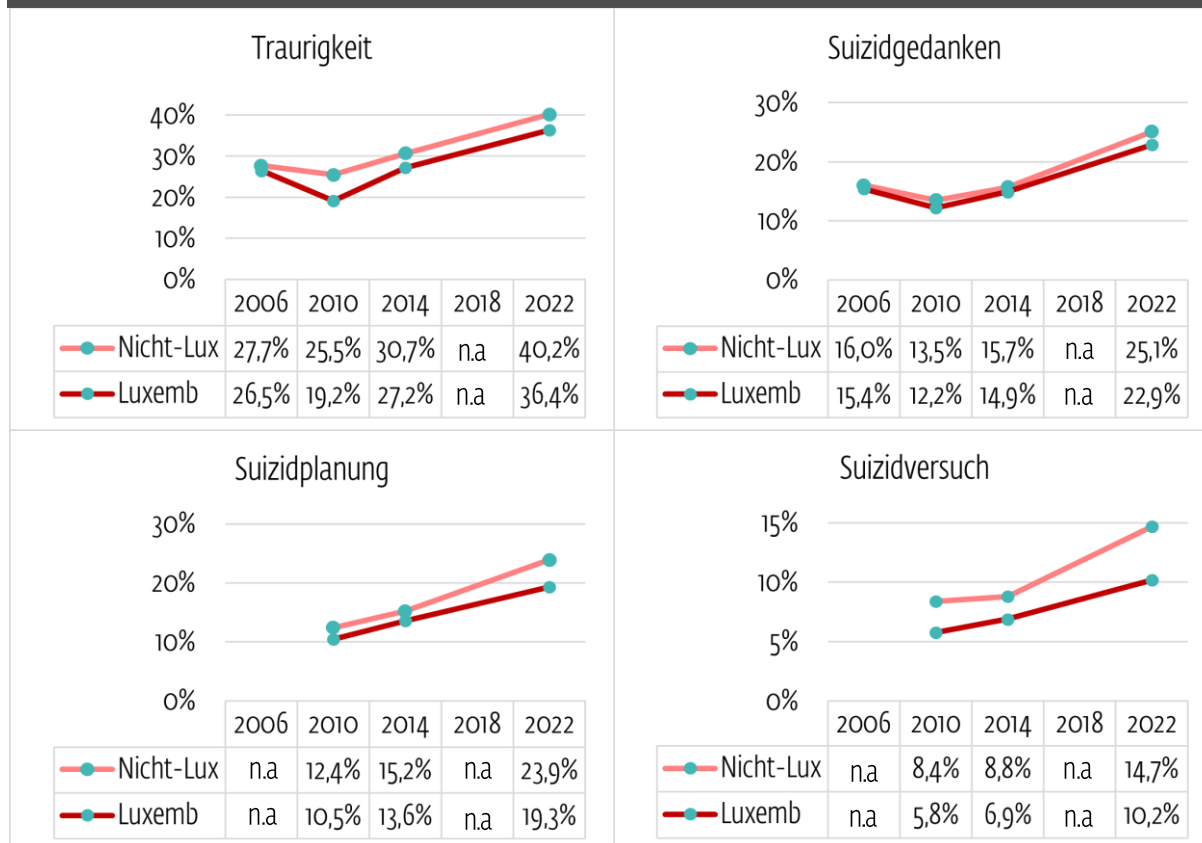
Unterschiede nach Staatsangehörigkeit

Unterschiede nach Nationalität sind bei allen Ergebnissen erkennbar, allerdings sind sie bei suizidalem Verhalten ausgeprägter als bei Traurigkeit. In Bezug auf Traurigkeit und Suizidgedanken berichteten luxemburgische und nicht-luxemburgische Jugendliche über alle Umfragewellen hinweg von weitgehend ähnlichen Werten, wobei die Werte bei den nicht-luxemburgischen Jugendlichen durchweg etwas höher lagen (z. B. im Jahr 2022 40,2 % vs. 36,4 % bei Traurigkeit und 25,1 % vs. 22,9 % bei Suizidgedanken). Größere Unterschiede wurden bei Suizidplänen und Suizidversuchen beobachtet, wo Jugendliche ohne luxemburgische Staatsangehörigkeit in jeder Umfragewelle eine höhere Prävalenz angaben. Im Jahr 2022 gaben 23,9 % der nicht-luxemburgischen Jugendlichen Suizidpläne an, bei den luxemburgischen Jugendlichen waren es 19,3 %. 14,7 % bzw. 10,2 % gaben Suizidversuche an. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass emotionale Belastungen zwar in beiden Gruppen weit verbreitet sind, Jugendliche ohne luxemburgische Staatsangehörigkeit jedoch etwas häufiger suizidales Verhalten, insbesondere Suizidpläne und -versuche, angeben.

Ähnliche Muster wurden auch in anderen europäischen Kontexten beobachtet. In Deutschland ergab eine große repräsentative Studie, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund eine deutlich höhere Prävalenz von Suizidgedanken und -versuchen aufweisen als ihre im Inland geborene Altersgenossen, wobei die Unterschiede bei Mädchen besonders ausgeprägt sind (Donath et al., 2019). Eine kürzlich veröffentlichte systematische Überprüfung kam ebenfalls zu dem Ergebnis, dass junge Migrantinnen und Migranten im Vergleich zu Jugendlichen ohne Migrationshintergrund einem erhöhten Risiko für Selbstverletzung und Suizidversuche haben, während die Unterschiede in Bezug auf Suizidgedanken in den verschiedenen Studien weniger konsistent waren (Basu et al., 2022a).

Diese Ergebnisse verdeutlichen den Einfluss umfassenderer sozialer Determinanten auf das Suizidrisiko. Jugendliche, die nicht aus Luxemburg stammen, können mit zusätzlichen Herausforderungen in Bezug auf Anpassung, kulturelle Unterschiede oder unterschiedliche Unterstützung durch Familie und Institutionen konfrontiert sein (Delaruelle et al., 2021). Diese Faktoren stehen häufig in Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko für suizidales Verhalten. Migrationsbedingte Stressfaktoren wie Sprachbarrieren, Diskriminierungserfahrungen oder Unsicherheiten hinsichtlich Aufenthaltsstatus und Beschäftigung der Eltern tragen nachweislich zur psychischen Anfälligkeit während der Adoleszenz bei (Basu et al., 2022b; Donath et al., 2019). In Luxemburg gewinnt dieses Thema angesichts des mehrsprachigen und multikulturellen Umfelds des Landes besondere Bedeutung. Ein großer Teil der Jugendlichen hat einen Migrationshintergrund und muss sich im Alltag mit mehreren Sprachen sowie unterschiedlichen kulturellen Erwartungen auseinandersetzen, was zusätzliche Integrationsanforderungen mit sich bringt. Gleichzeitig deuten die geringen Unterschiede in Bezug auf Traurigkeit und Suizidgedanken zwischen luxemburgischen und nicht-luxemburgische Staatsangehörige darauf hin, dass emotionale Belastungen ein weit verbreitetes Problem in allen Gruppen sind. Dies unterstreicht die Bedeutung universeller und auf Chancengleichheit ausgerichteten Präventions- und Unterstützungsstrategien, die sicherstellen, dass Maßnahmen zugänglich und kultursensibel sind und gleichzeitig den Bedürfnissen aller Jugendlichen gerecht werden.

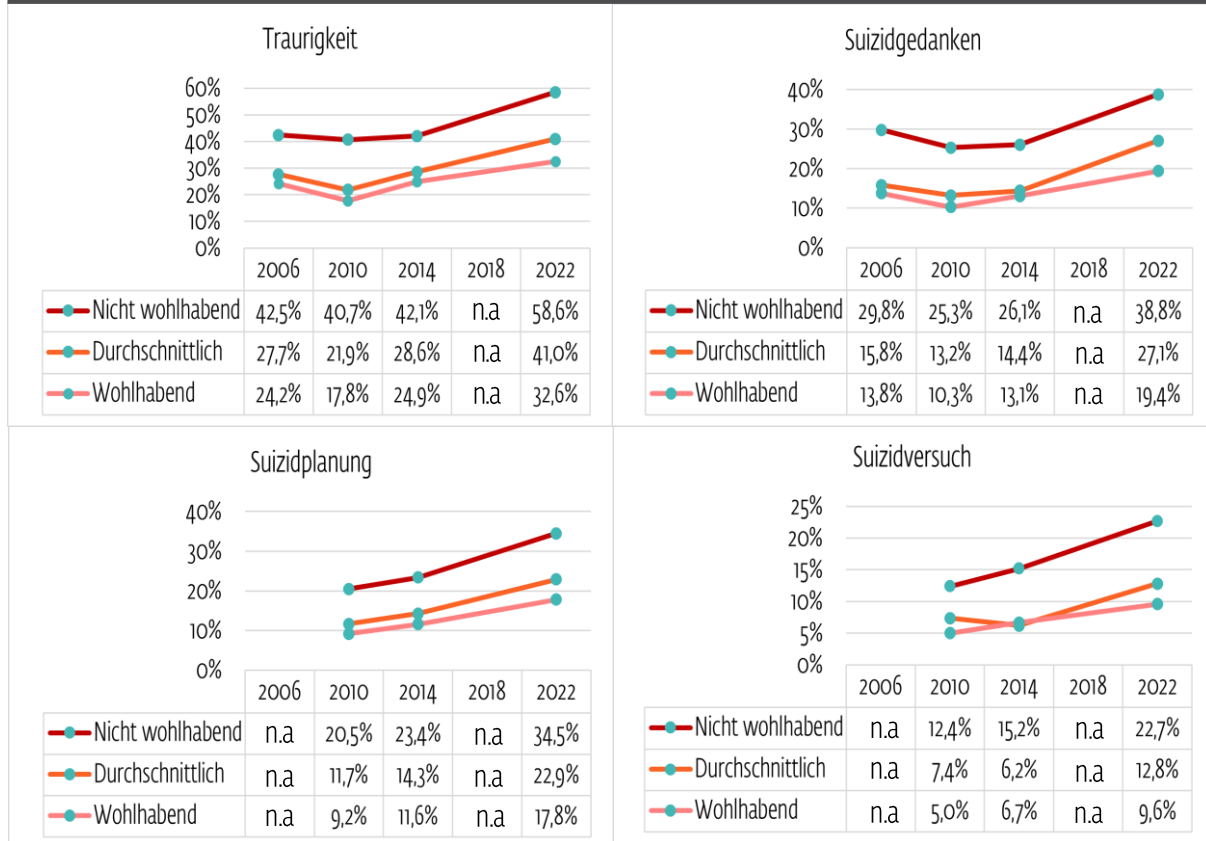
Abbildung 7: Prävalenz von suizidalem Verhalten im Zeitverlauf (2006–2022) nach Staatsangehörigkeit



Sozioökonomische Unterschiede

Bei allen Ergebnissen zeigt sich eine deutliche sozioökonomische Kluft. Jugendliche, die ihre Familie als wenig wohlhabend einschätzten, weisen durchgehend die höchsten Werte an Traurigkeit und Suizidalität auf, während jene aus wohlhabenden Familien die niedrigsten Werte aufweisen. Auffällig ist jedoch der starke Anstieg bei Jugendlichen, die ihre familiäre Situation als „durchschnittlich“ einschätzten. Im Jahr 2022 waren 58,6 % aus der nicht wohlhabenden Gruppe von Traurigkeit betroffen, verglichen mit 41,0 % in der durchschnittlichen Gruppe (ein Anstieg gegenüber 22 % im Jahr 2010) und 32,6 % in der wohlhabenden Gruppe. Ähnliche Unterschiede wurden bei Suizidgedanken (38,8 % vs. 27,1 % vs. 19,4 %), Suizidplänen (34,5 % vs. 22,9 % vs. 17,8 %) und Suizidversuchen (22,7 % vs. 12,8 % vs. 9,6 %) beobachtet. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass das sozioökonomische Gefälle zwar weiterhin deutlich ist, die Vulnerabilität jedoch nicht auf die am stärksten benachteiligten Personen beschränkt bleibt: Auch Jugendliche aus „durchschnittlichen“ Haushalten haben einen starken Anstieg von Traurigkeit und Suizidalität angegeben, wodurch sich die Lücke zu ihren weniger wohlhabenden Altersgenossen verkleinert hat.

Abbildung 8: Prävalenz von suizidalem Verhalten im Zeitverlauf (2006–2022) nach familiärem Wohlstand



Diese nationalen Befunde stehen im Einklang mit internationalen Forschungsergebnissen. Länderübergreifende HBSC-Berichte weisen durchweg auf sozioökonomische Ungleichheiten in der Gesundheit von Jugendlichen hin, wobei junge Menschen aus weniger wohlhabenden Familien eine geringere Lebenszufriedenheit, häufigere psychosomatische Beschwerden und ausgeprägtere depressive Symptome als ihre besser gestellten Altersgenossen berichten (HBSC study, 2022). Solche Unterschiede erstrecken sich auch auf Suizidalität: Eine groß angelegte multinationale Studie in 59 Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen ergab, dass Suizidgedanken, Suizidpläne und Suizidversuche bei Jugendlichen aus benachteiligten Verhältnissen häufiger vorkommen (Uddin et al., 2019). Ebenso ergab eine national repräsentative US-Studie, dass ein geringes Familieneinkommen ein starker Prädiktor für Suizidversuche war, neben anderen Risikofaktoren wie Minderheitenstatus und komorbiden psychischen Erkrankungen (Lawrence et al., 2021).

Erklärungsansätze für diese Ungleichheiten weisen auf die Auswirkungen wahrgenommener materieller Benachteiligung hin. Das Gefühl, weniger wohlhabend zu sein als Gleichaltrige, kann Stress verstärken, Bewältigungsressourcen einschränken und Hoffnungslosigkeit verstärken, insbesondere während der Adoleszenz, wenn soziale Vergleiche hinsichtlich des materiellen Wohlstands besonders ausgeprägt sind (Piera Pi-Sunyer et al., 2023; Smith et al., 2020). Die Daten aus Luxemburg spiegeln dieses allgemeine Muster wider: Die sozioökonomische Lage bleibt ein grundlegender Faktor für die Gesundheit von Jugendlichen, wobei junge Menschen aus weniger wohlhabenden Familien durchweg schlechtere Angaben machen (Catunda et al., 2023a; Kirkbride et al., 2024). Die

Persistenz und in einigen Fällen sogar Vergrößerung dieser Lücken zwischen 2014 und 2022 steht im Einklang mit den Erkenntnissen, dass aktuelle kontextuelle Stressfaktoren wie die COVID-19-Pandemie und steigende Lebenshaltungskosten benachteiligte Familien unverhältnismäßig stark getroffen und möglicherweise die Ungleichheiten im Bereich der psychischen Gesundheit bei Jugendlichen verstärkt haben (McGorry et al., 2025; Mmari & Moreau, 2025). Präventive Strategien sollten daher eine starke Gleichstellungsperspektive umfassen. Es muss also sichergestellt werden, dass Jugendliche aus benachteiligten Familien Unterstützung erhalten, während allgemeine Maßnahmen weiterhin die Stigmatisierung reduzieren und die Resilienz in allen sozialen Gruppen fördern.

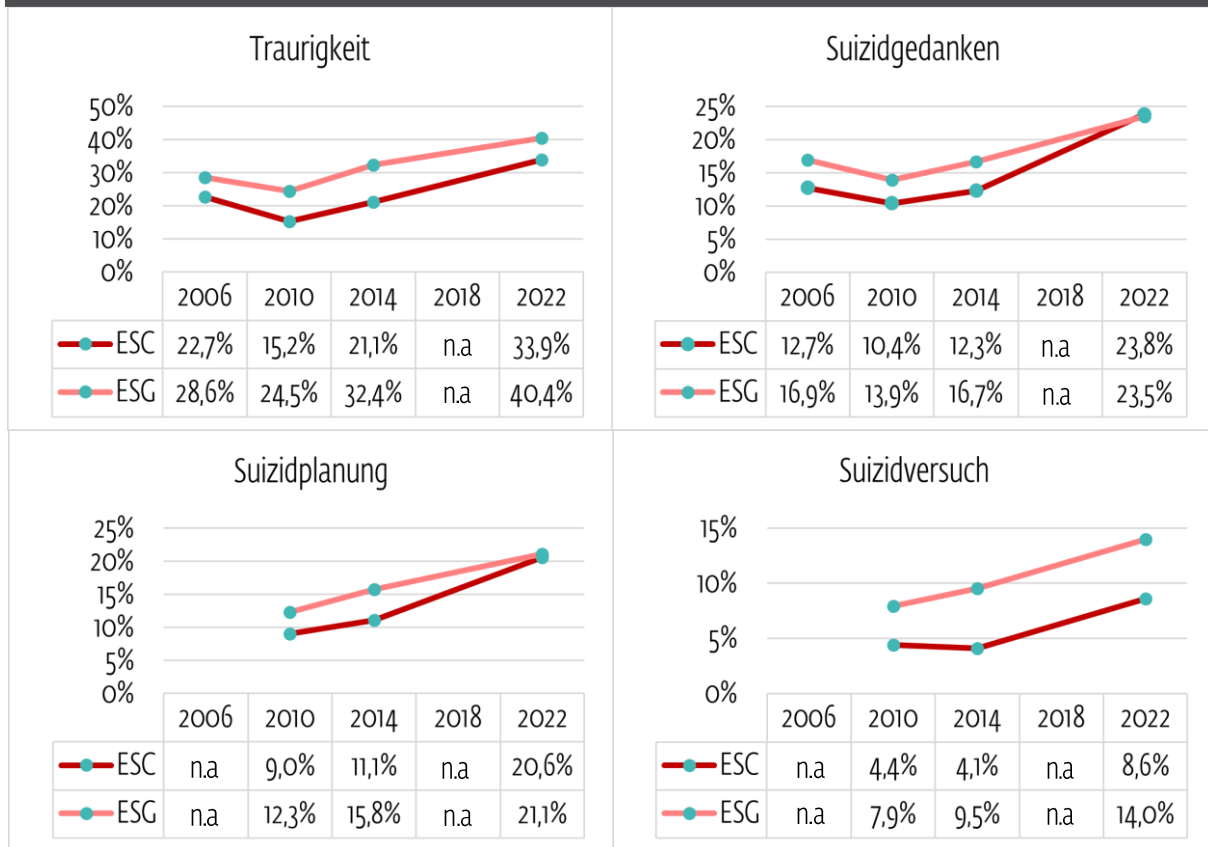
Unterschiede nach Schulform

In der HBSC-Studie in Luxemburg wird nach Schulform zwischen der klassischen Sekundarstufe (ESC) und allgemeiner Sekundarstufe (ESG) unterschieden. Die Schulform ESG umfasst heterogene Bildungswege, darunter Klassen der unteren allgemeinen Sekundarstufe in den Vorbereitungs- und Orientierungszweigen sowie Klassen der oberen allgemeinen Sekundarstufe. Die berufliche Bildung stellt zwar einen eigenständigen formalen Bildungsweg innerhalb des Bildungssystems dar, wird jedoch für die Zwecke dieses Berichts ebenfalls der Schulform ESG zugeordnet.

Die Unterschiede zwischen den Schulformen (ESC und ESG) sind in den Ergebnissen mit unterschiedlichem Ausmaß erkennbar. In Bezug auf Traurigkeit war die Prävalenz bei Schülerinnen und Schülern in der ESG höher als bei Schülerinnen und Schülern in der ESC. Im Jahr 2022 gaben 40,4 % der ESG-Schülerinnen und -Schüler an, unter anhaltender Traurigkeit zu leiden, in der ESC-Gruppe waren es 33,9 %. Damit setzt sich ein bereits in früheren Umfragewellen festgestelltes Muster fort. Bei den Suizidgedanken haben sich die in früheren Jahren offensichtlichen Unterschiede im Laufe der Zeit verringert. 2006 und 2010 gaben Schülerinnen und Schüler der ESG eine höhere Prävalenz an, 2014 verringerte sich der Abstand, und 2022 waren die Zahlen nahezu identisch (23,8 % vs. 23,5 %). Bei Suizidplänen war die Entwicklung ähnlich. Schülerinnen und Schüler der ESG gaben 2010 und 2014 eine höhere Prävalenz an, diese Diskrepanz war aber bis 2022 weitgehend verschwunden (21,1 % vs. 20,6 %). Im Gegensatz dazu zeigen sich bei Suizidversuchen die deutlichsten und dauerhaftesten Unterschiede zwischen den Schulformen. Schülerinnen und Schüler der ESG berichteten durchgehend höhere Prävalenzen: 7,9 % vs. 4,4 % im Jahr 2010, 9,5 % vs. 4,1 % im Jahr 2014 und 14,0 % vs. 8,6 % im Jahr 2022. Diese zunehmende Kluft deutet auf eine erhöhte Anfälligkeit von Schülerinnen und Schülern der Schulform ESG hin, insbesondere hinsichtlich des Übergangs von Suizidgedanken zu Suizidplänen und -versuchen.

Ergebnisse aus mehreren europäischen Ländern zeigen konsistente Unterschiede im suizidalen Verhalten in Abhängigkeit von dem Bildungsgang, insbesondere bei Schülerinnen und Schülern in der beruflichen Ausbildung. In Belgien gaben Mädchen in der beruflichen Sekundarausbildung deutlich höheren Raten an Suizidgedanken (35 %) an als ihre Altersgenossinnen in der allgemeinen Bildung (16 %) (Dierckens et al., 2019). Auch in Norwegen berichteten Schülerinnen und Schüler berufsbildender Schulen über eine schlechtere psychische Gesundheit und häufigere Suizidgedanken als ihre Altersgenossen in allgemeinbildenden Klassen (Dalen, 2012; Goll et al., 2024). In einer aktuellen Studie in Deutschland gaben 23 % der Schülerinnen und Schüler in Berufsschulen Suizidgedanken an, was fast dem Dreifachen des nationalen Durchschnitts unter Jugendlichen entspricht (Lamé et al., 2023). Diese internationalen Erkenntnisse helfen, die Ergebnisse aus Luxemburg in einen breiteren europäischen Kontext der Ungleichheiten im Bildungsbereich einzuordnen, wobei die Unterschiede in der Struktur der Bildungswege der einzelnen Länder berücksichtigt werden.

Abbildung 9: Prävalenz von suizidalem Verhalten im Zeitverlauf (2006–2022) nach Schulform



Insgesamt deuten diese Erkenntnisse darauf hin, dass Schülerinnen und Schüler an berufsbildenden Schulen in ganz Europa möglicherweise anfälliger für suizidales Verhalten sind als ihre Altersgenossen in allgemeinbildenden Schulen. In Luxemburg hingegen weisen fehlende Unterschiede bei Suizidgedanken und -plänen in Abhängigkeit vom Bildungsweg im Jahr 2022 anders als Ergebnisse aus anderen Ländern darauf hin, dass emotionale Belastungen mittlerweile in beiden Bildungsbereichen weit verbreitet sind. Die anhaltenden Unterschiede bei den Suizidversuchen deuten jedoch darauf hin, dass Schülerinnen und Schüler aus dem allgemeinen Bildungszweig (ESG) möglicherweise mit zusätzlichen Herausforderungen konfrontiert sind. Zwar werden diese Mechanismen in den vorliegenden Analysen nicht direkt untersucht, frühere Forschungen zu Bildungsungleichheiten haben aber mehrere Faktoren aufgezeigt, die zu solchen Mustern beitragen können, darunter eine größere sozioökonomische Unsicherheit, die wahrgenommene Stigmatisierung nicht-akademischer Bildungswege und weniger verfügbare Unterstützungsressourcen innerhalb der Familien und des sozialen Umfelds (OECD, 2023; Spruyt et al., 2015). Diese Faktoren könnten angesichts der sozialen Zusammensetzung und Heterogenität des ESG-Zweigs in Luxemburg von besonderer Bedeutung sein. Der Bildungskontext bietet daher einen wichtigen Rahmen für präventive Maßnahmen, sowohl um alltägliche Herausforderungen zu mildern als auch um auf die allgemeine Zunahme von psychischen Belastungen bei Jugendlichen zu reagieren.

Dieses Kapitel hat gezeigt, dass die Prävalenz von Indikatoren für suizidales Verhalten bei Jugendlichen in Luxemburg, darunter Traurigkeit, Suizidgedanken, Suizidplanung und Suizidversuche, zwischen 2006 und 2022 zugenommen hat.

Diese besorgniserregenden Entwicklungen unterstreichen die Notwendigkeit, über die Beschreibung der Prävalenz hinauszugehen und die Faktoren zu untersuchen, die zum Suizidrisiko beitragen.

In den folgenden Kapiteln wird das Suizidrisiko in Abhängigkeit von Gesundheitsverhalten und Geschlechtsidentität von Jugendlichen untersucht. Um diese spezifischen Aspekte des suizidalen Verhaltens bei Jugendlichen in Luxemburg genauer zu untersuchen, stützen sich die folgenden Kapitel auf die Ergebnisse zweier von Fachkolleginnen und -kollegen begutachteter Artikel:

- Bitar, S., Mendes, F. G., Ferreira, J. L., Samuel, R., & Catunda, C. (2026). Adolescent health lifestyles and suicidality: Emerging risks in a latent class analysis. Cambridge Prisms: Global Mental Health.
- Bitar, S., Mendes, F. G., Lopes Ferreira, J., & Catunda, C. (under review). *Disparities in adolescent well-being and suicidal behaviours among cisgender and gender minority youth: Moderating effects of bullying and peer support*. Manuscript under review.

Gesundheitsverhalten bei Jugendlichen und Suizidalität

Das vorliegende Kapitel basiert auf einem veröffentlichten, begutachteten Artikel. Weitere Informationen finden Sie unter:

- Bitar, S., Mendes, F. G., Lopes Ferreira, J., Samuel, R. und Catunda, C. (2026). Adolescent health lifestyles and suicidality: Emerging risks in a latent class analysis. Cambridge Prisms: Global Mental Health.

Einleitung

Während soziale Ungleichheiten weiterhin wichtige Determinanten darstellen, spielen auch die alltäglichen Gesundheitsgewohnheiten von Jugendlichen eine zentrale Rolle bei der Entstehung von Vulnerabilität. Umfangreiche Forschungsergebnisse zeigen einen Zusammenhang zwischen dem Konsum von Substanzen wie Alkohol, Tabak und E-Zigaretten und einem erhöhten Risiko für Suizidgedanken und -versuche (Javed et al., 2022; Lee et al., 2021; Wu et al., 2004). Ebenso wurden körperliche Inaktivität (Michael et al., 2020), eine ungesunde Ernährung, wie beispielsweise wenig Obst und Gemüseverzehr oder ein hoher Konsum zuckerhaltiger Getränke (Heslin & McNulty, 2023; Shawon et al., 2023), sowie eine problematische Nutzung sozialer Medien (Sedgwick et al., 2019) mit einer schlechteren psychischen Gesundheit und erhöhter Suizidalität in Verbindung gebracht. Die Adoleszenz stellt hierfür eine besonders sensible Phase dar, da diese Verhaltensweisen typischerweise in diesem Entwicklungsabschnitt auftreten, und durch den Einfluss von Gleichaltrigen, Identitätsentwicklung und das soziale Umfeld geprägt werden (Patton et al., 2016b).

Entscheidend ist, dass diese Verhaltensweisen selten isoliert auftreten. Vielmehr neigen sie dazu, sich zu umfassenderen Lebensstilen zu bündeln, die sowohl individuelle Entscheidungen als auch strukturelle Bedingungen widerspiegeln (Cockerham, 2005; Mollborn et al., 2021). Im Einklang mit der kumulativen Risikothorie kann das gleichzeitige Auftreten mehrerer gesundheitsschädigender Verhaltensweisen die Anfälligkeit für Depressionen und Suizidalität verstärken, und zwar über die Wirkung eines einzelnen Riskoverhaltens hinaus (Xiao et al., 2019). Die Untersuchung des Gesundheitsverhaltens anstelle einzelner Verhaltensweisen ermöglicht ein differenzierteres Verständnis darüber, welche Gruppen junger Menschen besonders gefährdet sind.

Um dieser Komplexität gerecht zu werden, wendet dieses Kapitel einen personenzentrierten Ansatz unter Verwendung der Latente Klassenanalyse (*Latent Class Analysis*, LCA) an, um unterschiedliche Klassen von Gesundheitsverhalten bei Jugendlichen in Luxemburg zu identifizieren. Durch die Untersuchung, wie diese Klassen mit Suizidgedanken und Suizidversuchen zusammenhängen, liefert die Analyse ein umfassenderes Bild der Verhaltenspfade zur Suizidalität und ergänzt damit die im vorigen Kapitel beschriebenen Trends und sozialen Ungleichheiten.

Methoden

Variablen des Gesundheitsverhaltens

Es wurden sieben Indikatoren verwendet, um das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen zu beschreiben:

- Obstkonsum: Jugendliche, die angaben, mindestens einmal täglich Obst zu essen, wurden als tägliche Konsumenten eingestuft, was den Empfehlungen der Gesundheitsbehörden entspricht (Vereecken et al., 2015)
- Gemüsekonsum: Jugendliche, die angaben, mindestens einmal täglich Gemüse zu essen, wurden als tägliche Konsumenten eingestuft, was den Empfehlungen der Gesundheitsbehörden entspricht (Vereecken et al., 2015).
- Körperliche Aktivität (*Physical Activity*, PA): Gemäß den WHO-Richtlinien wurden Jugendliche, die angaben, in der vergangenen Woche täglich mindestens 60 Minuten körperlich aktiv gewesen zu sein, als den Empfehlungen entsprechend eingestuft (*WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour*, 2020).
- Zigarettenkonsum: Jugendliche, die angaben, in den letzten 30 Tagen mindestens an einem Tag Zigaretten geraucht zu haben, wurden als aktuelle Raucher eingestuft (Charrier et al., 2024).
- Konsum von E-Zigaretten: Jugendliche, die angaben, in den letzten 30 Tagen mindestens an einem Tag E-Zigaretten geraucht zu haben, wurden als aktuelle Konsumenten von E-Zigaretten eingestuft.
- Alkoholkonsum: Jugendliche, die angaben, in den letzten 30 Tagen mindestens an einem Tag Alkohol getrunken zu haben, wurden als aktuelle Alkoholkonsumenten eingestuft.
- Problematische Nutzung sozialer Medien: Anhand der *Social Media Disorder Scale* (van den Eijnden et al., 2016) wurde suchtähnliches Verhalten in sozialen Medien bewertet. Jugendliche, die sechs oder mehr Symptome angaben, wurden als problematische Konsumenten eingestuft (Boer et al., 2022).

Variablen für suizidales Verhalten

Zur Beurteilung des suizidalen Verhaltens wurden zwei Fragen verwendet:

- Suizidgedanken: „Hast du während der vergangenen 12 Monate jemals an einen Versuch zur Selbsttötung gedacht? (Ja/Nein).
- Suizidversuche: „Wie oft hast du in den vergangenen zwölf Monaten einen Versuch zur Selbsttötung gemacht?“ Die Antworten wurden in „Kein Versuch“ und „Mindestens ein Versuch“ unterteilt.

Statistische Analysen

Um Untergruppen von Jugendlichen mit ähnlichen gesundheitsbezogenen Lebensgewohnheiten zu identifizieren, wurde die LCA angewendet, eine statistische Methode, die Personen nach gemeinsamen Verhaltensprofilen gruppiert (Weller et al., 2020). Die Anzahl der Lebensstilmuster wurde anhand von Standardkriterien ausgewählt, darunter statistische Anpassung, Klassengröße und Interpretierbarkeit (Nagin, 2009). Anschließend wurde jede Klasse hinsichtlich ihrer Verhaltensweisen und soziodemografischen Merkmale beschrieben.

Anschließend untersuchten wir die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Klassen von Gesundheitsverhalten und suizidalem Verhalten (Suizidgedanken und -versuche) mithilfe hierarchisch-logistischer Regressionsmodelle, die

die Gruppierung der Schülerinnen und Schüler innerhalb der Schulklassen berücksichtigen. Es wurden sowohl rohe als auch bereinigte Modelle berechnet, wobei Anpassungen hinsichtlich Alter, Migrationsstatus, Familienstruktur, familiärem Wohlstand und Schulform vorgenommen wurden.

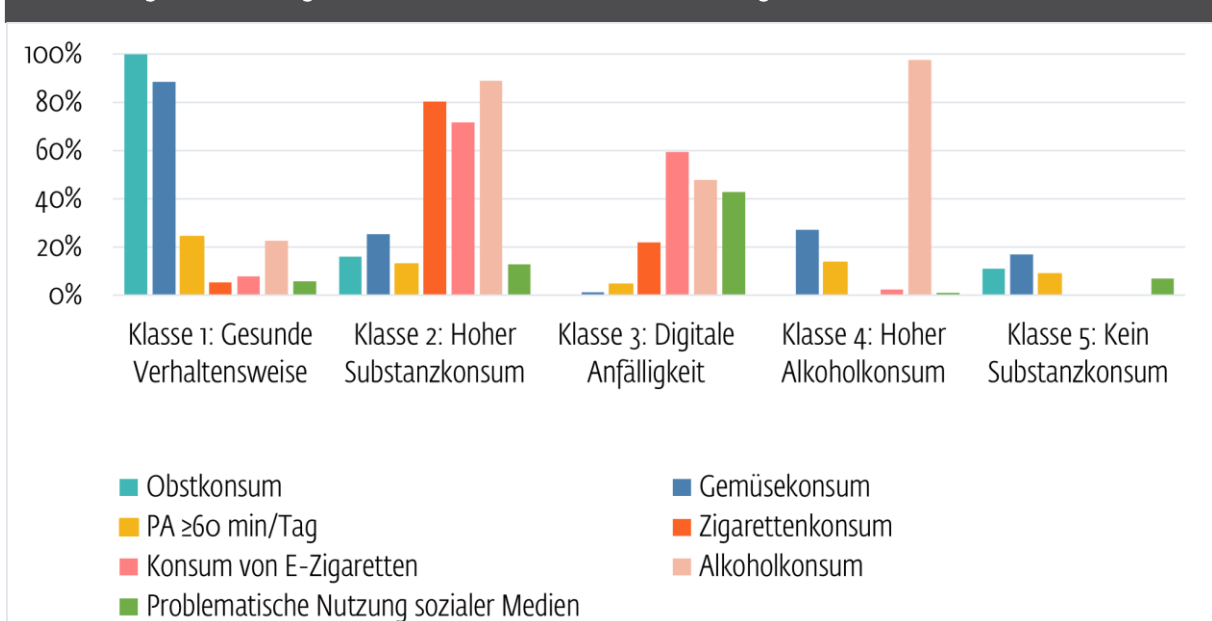
Ergebnisse und Diskussion

Die LCA identifizierte fünf unterschiedliche Lebensstilmuster bei Jugendlichen in Luxemburg. Wie in Abbildung 10 dargestellt, repräsentiert jede Klasse ein spezifisches Lebensstilmuster, das sich aus unterschiedlichen Kombinationen von Ernährungsgewohnheiten, körperlicher Aktivität, Substanzkonsum und Verhalten in sozialen Medien zusammensetzt.

Im Folgenden werden die fünf Klassen beschrieben und inwieweit jedes Gesundheitsverhalten innerhalb dieser Lebensstilmuster ausgeprägt ist:

- Klasse 1 – Gesunde Verhaltensweisen (23,4 %) wies einen deutlich überdurchschnittlichen täglichen Obst- (100 %) und Gemüsekonsum (88,6 %) sowie eine höhere körperliche Aktivität (24,3 %) auf. Rauchen (5,4 %), die Nutzung von E-Zigaretten (7,9 %), Alkoholkonsum (12,9 %) und die problematische Nutzung sozialer Medien (5,8 %) lagen alle deutlich unter den Durchschnittswerten der Stichprobe.
- Klasse 2 – Hoher Substanzkonsum (15,3 %) war gekennzeichnet durch einen geringen täglichen Obst- (16,1 %) und Gemüsekonsum (25,3 %) sowie einen sehr hohen Substanzkonsum: Zigarettenkonsum (80,3 %), E-Zigarettenkonsum (71,7 %) und Alkoholkonsum (89,1 %). Die problematische Nutzung sozialer Medien (12,8 %) lag leicht über dem Durchschnitt.
- Klasse 3 – Digitale Anfälligkeit (5,2 %) wies das geringste Maß an gesundheitsfördernden Verhaltensweisen auf, darunter kein täglicher Obstkonsum (0 %), minimaler Gemüsekonsum (1,3 %) und sehr geringe körperliche Aktivität (4,7 %). Der Konsum von E-Zigaretten war erhöht (59,4 %), und die problematische Nutzung sozialer Medien war die höchste aller Klassen (42,8 %).
- Klasse 4 – Hoher Alkoholkonsum (12,2 %) war gekennzeichnet durch nahezu universellen Alkoholkonsum (97,6 %) und sehr geringen Konsum anderer Substanzen: Zigarettenkonsum (0,0 %), Konsum von E-Zigaretten (2,4 %) und problematische Nutzung sozialer Medien (1,1 %). Auch gesunde Verhaltensweisen waren selten (0 % täglicher Obstkonsum, 27,1 % täglicher Gemüsekonsum, 13,7 % körperliche Aktivität).
- Klasse 5 – Kein Substanzkonsum (43,9 %) war gekennzeichnet durch einen unterdurchschnittlichen Obst- (11,1 %) und Gemüsekonsum (16,9 %), geringe körperliche Aktivität (8,8 %) und eine vollständige Abwesenheit von Tabak, E-Zigaretten und Alkohol (jeweils 0,0 %).

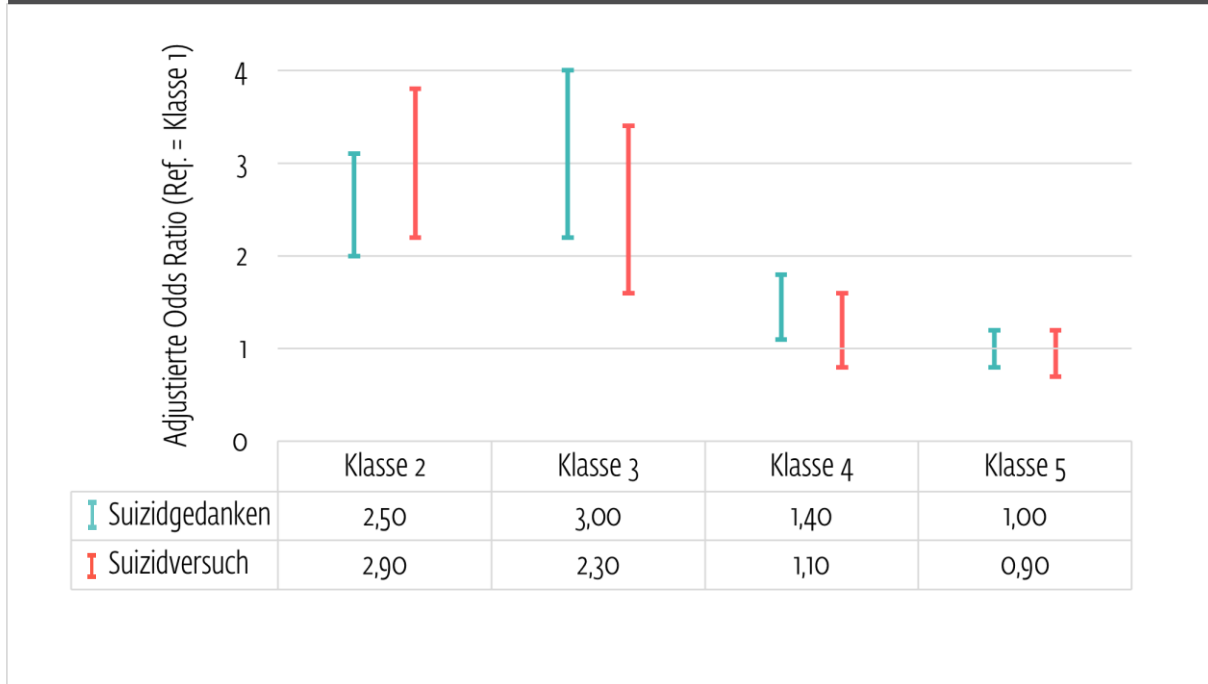
Abbildung 10: Verteilung von Gesundheitsverhalten in den herausgearbeiteten Klassen



Bei der Untersuchung der Zusammenhänge mit suizidalem Verhalten (Abbildung 11) zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Klassen. Im Vergleich zu Jugendlichen in der gesunden Gruppe (Klasse 1) wiesen diejenigen in Klasse 2 (Hoher Substanzkonsum) eine mehr als doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit für Suizidgedanken (Odds Ratio, OR = 2,5, 95 % Konfidenzintervall, KI: 2,0–3,1) und eine fast dreimal so hohe Wahrscheinlichkeit für Suizidversuche (OR = 2,9, 95 % KI: 2,2–3,8) auf. Ebenso wiesen Jugendliche in Klasse 3 (Digitale Anfälligkeit) ein signifikant erhöhtes Risiko für Suizidgedanken (OR = 3,0, 95 % KI: 2,2–4,0) und Suizidversuche (OR = 2,3, 95 % KI: 1,6–3,4) auf. Bei Klasse 4 (Hoher Alkoholkonsum) waren Suizidgedanken stärker vertreten (OR = 1,4, 95 % KI: 1,1–1,8), jedoch zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang mit Suizidversuchen. Schließlich unterschieden sich die Jugendlichen in Klasse 5 (Kein Substanzkonsum) in beiden Ergebnissen nicht von der gesunden Gruppe (weitere deskriptive Ergebnisse finden sich in Bitar et al., 2026).

Das in Klasse 2 (Hoher Substanzkonsum) beobachtete Muster stützt die Annahme, dass mehrere gesundheitsschädigende Verhaltensweisen die Anfälligkeit für psychische Gesundheitsfolgen verstärken (Xiao & Lu, 2019). Jugendliche in dieser Gruppe kombinierten Zigarettenkonsum, E-Zigarettenkonsum, und Alkoholkonsum mit einer ungesunden Ernährung. Jede dieser Verhaltensweisen wurde mit Schlafstörungen, Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation und verminderter psychischer Stabilität in Verbindung gebracht (Khanna et al., 2019; Phiri et al., 2023; Riehm et al., 2019). In Kombination scheinen diese Risiken die Anfälligkeit für Depressionen, Hoffnungslosigkeit und letztendlich Suizidalität zu erhöhen (Campbell et al., 2020).

Abbildung 11: Angepasste Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Klassen des Gesundheitsverhaltens und suizidalem Verhalten



Anmerkung. Die bereinigten Odds Ratio vergleichen jede Lebensstilmuster mit Klasse 1 („Gesunde Verhaltensweisen“), die als Referenz dient (OR = 1). ORs über 1 weisen auf ein erhöhtes Risiko für Suizidgedanken oder -versuche hin. Die Fehlerbalken zeigen Konfidenzintervalle von 95 % an.

Das Profil der Klasse 3 (Digitale Anfälligkeit) weist auf eine andere Richtung hin. Jugendliche in dieser Klasse berichteten von häufigem Vapen und problematischer Nutzung sozialer Medien, gepaart mit einer sehr ungesunden Ernährung und nahezu keiner körperlichen Aktivität. Frühere Studien zeigen, dass eine problematische Nutzung sozialer Medien mit Schlafstörungen, negativen sozialen Vergleichen und Cybermobbing (Paakkari et al., 2021) in Verbindung steht, während Vapen mit Impulsivität und Schwierigkeiten in der Emotionsregulierung assoziiert wird (Javed et al., 2022). In Kombination und ohne vorbeugende Maßnahmen wie gesunde Ernährung und körperliche Aktivität führen diese Verhaltensweisen zu einem spezifischen Muster digitaler Anfälligkeit. Neue Längsschnittstudien deuten darauf hin, dass übermäßiger digitale Nutzung internalisierende Symptome verstärken kann, was wiederum die Wahrscheinlichkeit des Vapings erhöht und so einen sich selbst verstärkenden Kreislauf schafft (Zhang et al., 2023). Diese Ergebnisse unterstreichen, wie wichtig es ist, nicht nur traditionelles Gesundheitsverhalten zu berücksichtigen, sondern auch den wachsenden Einfluss digitaler Umgebungen.

In Klasse 4 (Hoher Alkoholkonsum) gaben die Jugendlichen fast ausnahmslos an, Alkohol zu konsumieren, andere riskante Verhaltensweisen waren jedoch kaum vertreten. Diese Gruppe zeigte eine höhere Wahrscheinlichkeit für Suizidgedanken, jedoch nicht für Suizidversuche. Starker Alkoholkonsum wird seit langem mit einer Zunahme von Suizidgedanken bei Jugendlichen in Verbindung gebracht (Lee et al., 2021). Der Übergang von Suizidgedanken zu Suizidversuchen kann jedoch zusätzliche psychologische oder kontextuelle Faktoren erfordern, wie emotionale Dysregulation, verminderte Angst vor Selbstverletzung oder Entfremdung von schützenden Umgebungen (Klonsky et al., 2021), die sich in dem bei dieser Gruppe beobachteten Verhaltensmuster nicht eindeutig widerspiegeln. Die relative Beibehaltung körperlicher Aktivität in dieser Gruppe könnte ebenfalls einen zusätzlichen Schutz bieten.

Klasse 5 (Kein Substanzkonsum) unterschied sich hinsichtlich Suizidgedanken oder -versuchen nicht von der gesunden Gruppe. Dies unterstreicht die schützende Rolle des Verzichts auf Tabak, Alkohol und E-Zigaretten, selbst wenn Ernährungsqualität und körperliche Aktivität weniger günstig sind (Mars et al., 2019). In dieser Gruppe scheint die Abstinenz vom Substanzkonsum die Risiken anderer Verhaltensweisen zu überwiegen und einen wichtigen Puffer gegen Suizidalität zu bieten.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in bestimmte Lebensstilmuster einordnen lässt, die ihr Suizidverhalten erheblich beeinflussen. Personen mit mehreren Risikoverhalten, insbesondere Substanzkonsum und problematische Nutzung sozialer Medien, haben das höchste Risiko für Suizidgedanken und -versuche, während das Risiko bei Jugendlichen, die keine Substanzen konsumieren, selbst bei Vorliegen anderer weniger gesunder Gewohnheiten mit dem der gesunden Gruppe vergleichbar ist. Diese Ergebnisse unterstreichen den kumulativen und miteinander verknüpften Charakter von Gesundheitsverhalten bei der Prägung der psychischen Gesundheit von Jugendlichen. Die Förderung eines ausgewogenen, schützenden Lebensstils sowohl offline als auch online könnte entscheidend dazu beitragen, die Suizidalität unter Jugendlichen zu verringern.

Geschlechtliche Minderheiten und Suizidalität

Das vorliegende Kapitel basiert auf einem veröffentlichten begutachteten Artikel. Weitere Informationen finden Sie unter:

- Bitar, S., Mendes, F. G., Lopes Ferreira, J., & Catunda, C. (under review). *Disparities in adolescent well-being and suicidal behaviours among cisgender and gender minority youth: Moderating effects of bullying and peer support*. Manuscript under review.

Einleitung

Jugendliche, die nicht cisgender sind, d.h. deren Geschlechtsidentität von dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht abweicht, berichten im Vergleich zu ihren cisgender Altersgenossen durchweg über ein geringeres Wohlbefinden (Clark et al., 2014), und weisen höhere Raten von Suizidgedanken und Suizidversuchen auf (Mesznik et al., 2025).

Die *Minority Stress Theory* (Minderheitenstress-Theorie; Meyer, 2003) bietet einen wertvollen Rahmen für das Verständnis dieser Ungleichheiten und legt nahe, dass chronische Diskriminierung zu einer verinnerlichten Stigmatisierung beiträgt, die psychische Probleme begünstigt. Jugendliche aus geschlechtlichen Minderheiten sind häufiger mit besonderen Belastungen wie Ablehnung durch die Familie, Viktimisierung und soziale Ausgrenzung konfrontiert, die psychosoziale Belastungen verstärken (Russell & Fish, 2016; Tebbe & Budge, 2022).

Aus ökologischer Perspektive bilden Gleichaltrige einen zentralen Bestandteil des Mikrosystems von Jugendlichen und haben einen starken Einfluss auf das Gefühl von Zugehörigkeit, Anerkennung oder Ablehnung (Blum et al., 2022; Pfeifer & Berkman, 2018). Ein unterstützendes Umfeld durch Gleichaltrige kann durch Bestätigung, Empathie und gemeinsame Erfahrungen (Lynn Mulvey et al., 2017) Schutz bieten, während negative Kontexte, insbesondere Mobbing, stark mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden sind (Lynn Mulvey et al., 2017). Für Jugendliche, die einer geschlechtlichen Minderheit angehören, kann die Unterstützung durch Gleichaltrige besonders wichtig sein, um Risiken auszugleichen, indem sie ihre Identität bestätigt und ihre Resilienz fördert (McDonald, 2018). Umgekehrt kann Mobbing den Stress von Minderheiten verstärken und damit zu emotionalen Belastungen und einer erhöhten Anfälligkeit für Suizidalität führen (Henderson et al., 2022).

Trotz der zunehmenden Anerkennung dieser Dynamik bestehen weiterhin erhebliche Wissenslücken hinsichtlich der Frage, wie das Umfeld von Gleichaltrigen das Suizidrisiko bei Jugendlichen aus geschlechtlichen Minderheiten beeinflusst. Insbesondere ist wenig darüber bekannt, ob die schützende Wirkung von Unterstützung durch Gleichaltrige und die schädlichen Auswirkungen von Mobbing bei nicht-cisgeschlechtlichen und cisgeschlechtlichen Jugendlichen in ähnlicher Weise zum Tragen kommen.

Dieses Kapitel untersucht daher die Unterschiede im Suizidverhalten zwischen cisgeschlechtlichen und nicht-cisgeschlechtlichen Jugendlichen in Luxemburg und bewertet die moderierende Rolle von Mobbing und Unterstützung durch Gleichaltrige.

Methoden

Geschlechtsstatus

Der Geschlechtsstatus wurde anhand von zwei Fragen ermittelt. Die erste Frage bezog sich auf das bei der Geburt zugewiesene Geschlecht, wobei die Antwortmöglichkeiten „Männlich“ oder „Weiblich“ waren. Die zweite Frage bezog sich auf die Geschlechtsidentität, wobei folgende Antwortmöglichkeiten zur Auswahl standen: „Ich fühle mich als Junge“, „Ich fühle mich als Mädchen“, „Ich fühle mich weder als Junge noch als Mädchen“ und „Anders“. Die Antworten auf diese beiden Fragen wurden zu einer binären Variablen kombiniert, die den Geschlechtsstatus angibt: Die Teilnehmer wurden entweder als cisgender (Geschlechtsidentität entspricht dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht) oder als nicht-cisgender (Geschlechtsidentität entspricht nicht dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht) klassifiziert, wobei Letztere als geschlechtliche Minderheit betrachtet wurden.

Suizidales Verhalten

Zur Beurteilung des suizidalen Verhaltens wurden zwei Fragen verwendet:

- Suizidgedanken: „Hast du während der vergangenen 12 Monate jemals an einen Versuch zur Selbsttötung gedacht? (Ja/Nein).“
- Suizidversuche: „Wie oft hast du in den vergangenen zwölf Monaten einen Versuch zur Selbsttötung gemacht?“ Die Antworten wurden in „Kein Versuch“ und „Mindestens ein Versuch“ unterteilt.

Einfluss von Gleichaltrigen:

- *Unterstützung durch Gleichaltrige:* Bewertet mit der Multidimensionalen Skala zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung (Dahlem et al., 1991). Jugendliche wurden gebeten anzugeben, inwieweit sie Aussagen zur wahrgenommenen Unterstützung durch Freundinnen und Freunde zustimmen. Die Antworten wurden auf einer siebenstufigen Likert-Skala erfasst, die von „Stimme überhaupt nicht zu“ bis „Stimme voll und ganz zu“ reichte. Jugendliche mit einem Mittelwert von $\geq 5,5$ wurden als Personen mit hoher Unterstützung durch Gleichaltrige eingestuft.
- *Mobbing in der Schule:* Basierend auf dem HBSC-Element, adaptiert aus dem Olweus-Fragebogen zu Mobbing und Mobbing-Opfern (Cikili-Uytun et al., 2022). Jugendliche wurden gefragt, ob sie in der Schule schon einmal gemobbt wurden, wobei fünf Antwortmöglichkeiten zur Auswahl standen: (1) „Ich wurde in den letzten Monaten in der Schule nicht gemobbt“; (2) „Das ist mir nur einmal oder zweimal passiert“; (3) „Zwei- bis dreimal pro Monat“; (4) „Ungefähr einmal pro Woche“; und (5) „Mehr als einmal pro Woche“. Mobbing wurde als vorhanden betrachtet, wenn es mindestens 2–3-mal pro Monat auftrat.

Statistische Analysen

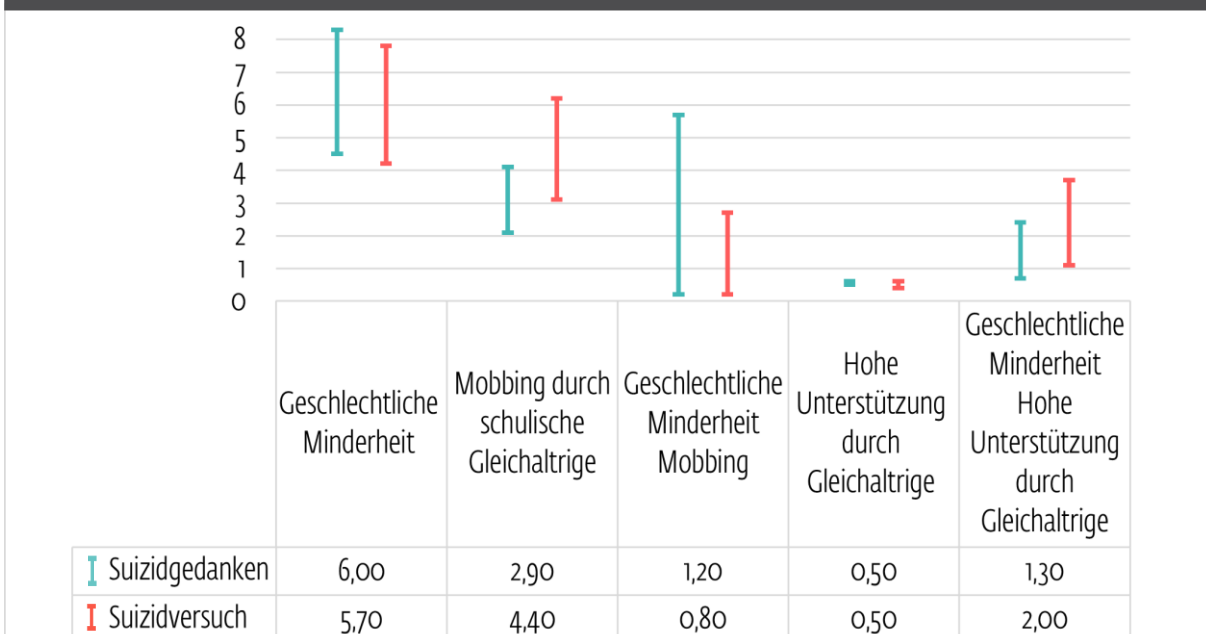
Für Suizidgedanken und Suizidversuche wurden gewichtete logistische Regressionsmodelle verwendet. Es wurden sowohl rohe als auch bereinigte Modelle berechnet, wobei Anpassungen für soziodemografische Kovariaten (Alter, Migrationsstatus, Familienstruktur, familiärer Wohlstand und Schultyp) vorgenommen wurden. Anhand von Interaktionstermen wurde untersucht, ob Mobbing und Unterstützung durch Gleichaltrige die Zusammenhänge

zwischen Geschlechtsidentität und Ergebnissen moderierten. In Fällen, in denen statistisch signifikante Wechselwirkungen festgestellt wurden, wurde der Zusammenhang innerhalb der Untergruppen anhand von stratifizierten Analysen weiter untersucht. In Übereinstimmung mit den Richtlinien von VanderWeele und Knol (Knol & VanderWeele, 2012) haben wir einen gemeinsamen Referenzgruppenansatz angewendet, bei dem alle Vergleiche relativ zu einer einzigen Referenzkategorie durchgeführt wurden.

Ergebnisse und Diskussion

Von den 5 966 Jugendlichen, die Angaben zu ihrer Geschlechtsidentität machten, identifizierten sich 50,4 % als Jungen, 46,1 % als Mädchen und 3,5 % als Jugendliche einer geschlechtlichen Minderheit. Es zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen cisgeschlechtlichen und nicht-cisgeschlechtlichen Jugendlichen. Suizidgedanken wurden von 64,2 % der Jugendlichen einer geschlechtlichen Minderheit angegeben, verglichen mit 29,6 % bei cisgeschlechtlichen Mädchen und 14,8 % bei cisgeschlechtlichen Jungen. Am stärksten war der Kontrast bei Suizidversuchen: 42,2 % der Jugendlichen, die einer geschlechtlichen Minderheit angehören, hatten im vergangenen Jahr einen Suizidversuch unternommen, bei den cisgeschlechtlichen Mädchen waren es im Vergleich dazu 14,1 %, bei den cisgeschlechtlichen Jungen 7 %. Regressionsanalysen bestätigten diese Unterschiede: Jugendliche aus geschlechtlichen Minderheiten wiesen ein sechsmal höheres Risiko für Suizidgedanken (OR = 6,0, 95 % KI: 4,5–8,3) und eine fast sechsmal so hohe Wahrscheinlichkeit für Suizidversuche (OR = 5,7, 95 % KI: 4,2–7,8) auf. Abbildung 12 bietet einen Überblick über die angepassten Zusammenhänge, einschließlich der Haupteffekte des Status als geschlechtliche Minderheit, Mobbing und Unterstützung durch Gleichaltrige sowie deren Wechselwirkungen (siehe Bitar et al., 2025 für vollständige angepasste und unangepasste Modelle).

Abbildung 12: Angepasste Zusammenhänge zwischen Geschlechtsidentität, Mobbing, Unterstützung durch Gleichaltrige und suizidalem Verhalten



Anmerkung. Die Werte stellen bereinigte Odds Ratios (ORs) dar. ORs über 1 weisen auf ein erhöhtes Risiko für Suizidgedanken oder -versuche hin. Die Fehlerbalken zeigen Konfidenzintervalle von 95 % an.

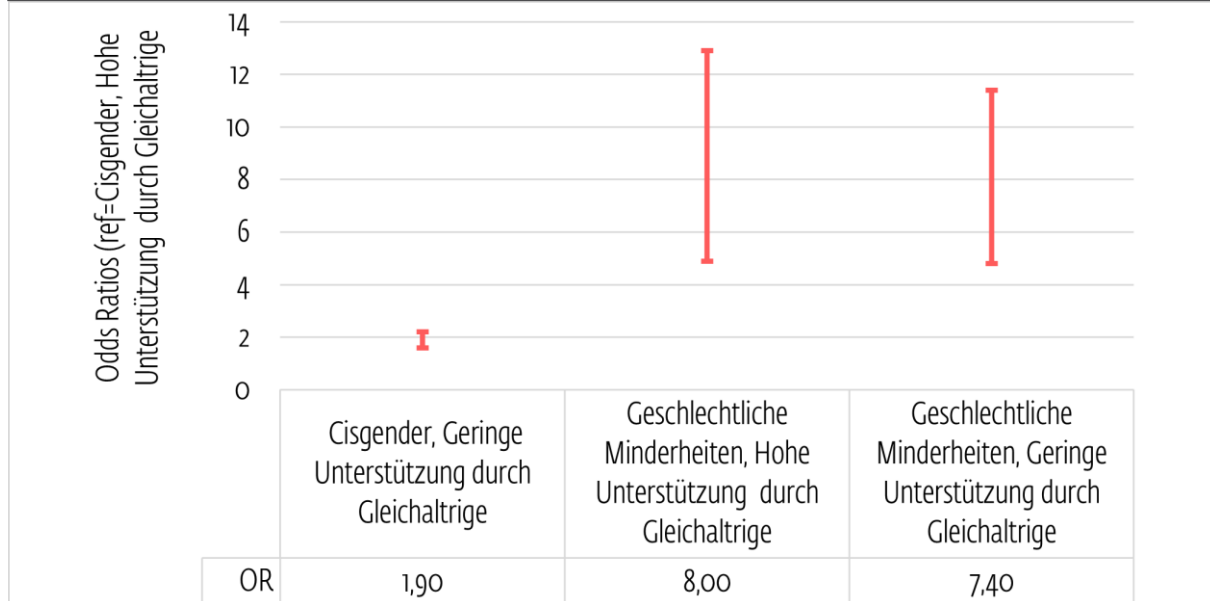
Eine Meta-Analyse von bis 2018 veröffentlichten Studien ergab eine gepoolte Prävalenzschätzung von 28 % für Suizidgedanken und 14,8 % für Suizidversuche bei Jugendlichen aus geschlechtlichen Minderheiten (Surace et al., 2021), was die Schwere und Konsistenz dieser Risiken in allen Studien unterstreicht. Diese Schätzungen liegen deutlich unter den in der vorliegenden Studie ermittelten Werten (64,2 % bzw. 42,2 %), was wahrscheinlich sowohl auf die Einbeziehung aktuellerer Daten als auch auf methodische Unterschiede zurückzuführen ist. Insbesondere die schulbasierte Stichprobe, die in der luxemburgischen HBSC-Studie verwendet wurde, könnte eine repräsentativere Einschätzung der Herausforderungen liefern, mit denen Jugendliche aus geschlechtlichen Minderheiten in der Allgemeinbevölkerung konfrontiert sind. Sie erfasst auch junge Menschen, die sich nicht öffentlich zu ihrer Sexualität bekennen oder mit LGBTQ+-Gemeinschaften oder Unterstützungsdiensten in Verbindung stehen und daher in klinischen oder gemeindebasierten Stichproben unterrepräsentiert wären.

Auch eine umfangreiche französische Schulstudie ergab, dass 30,7 % der Jugendlichen aus sexuellen Minderheiten angaben, einen Suizidversuch unternommen zu haben, verglichen mit 10,6 % ihrer heterosexuellen Altersgenossen (Wang et al., 2023). In Luxemburg kann die geringe Größe und Enge der Gesellschaft die Sichtbarkeit und wahrgenommene Verletzlichkeit von Jugendlichen aus geschlechtlichen Minderheiten verstärken, was wiederum das Gefühl der Beobachtung oder wahrgenommenen Verletzlichkeit verstärken könnte. Ähnliche Mechanismen wurden in kleineren oder weniger anonymen sozialen Umfeldern beschrieben, in denen eine eingeschränkte Anonymität mit erhöhtem Stress und psychischen Belastungen bei sexuellen und geschlechtlichen Minderheiten in Verbindung gebracht wurde (Liu et al., 2023).

Mobbing in der Schule wurde bei allen Jugendlichen stark mit suizidalem Verhalten in Verbindung gebracht. Diejenigen, die angaben, gemobbt worden zu sein, wiesen ein höheres Risiko für Suizidgedanken (OR = 2,9, 95 % KI: 2,1–4,1) und Suizidversuche (OR = 4,4, 95 % CI: 3,1–6,2) auf. Es wurde jedoch keine statistisch signifikante Wechselwirkung festgestellt, was darauf hindeutet, dass sich die Auswirkungen von Mobbing auf Suizidalität zwischen cisgeschlechtlichen und nicht-cisgeschlechtlichen Jugendlichen nicht signifikant unterschieden. Dennoch deuten frühere Untersuchungen darauf hin, dass Jugendliche, die einer geschlechtlichen Minderheit angehören, möglicherweise anhaltendere und identitätsbasierte Formen der Viktimisierung erleben (Earnshaw et al., 2016; Henderson et al., 2022).

Unterstützung durch Gleichaltrige wurde mit einem geringeren Risiko für Suizidgedanken (OR = 0,5, 95 % KI: 0,5–0,6) und Suizidversuchen (OR = 0,5, 95 % CI: 0,4–0,6) in Verbindung gebracht. Interaktionsanalysen zeigten jedoch, dass die schützende Wirkung der Unterstützung durch Gleichaltrige in Bezug auf Suizidversuche bei Jugendlichen aus geschlechtlichen Minderheiten schwächer war (Interaktions-OR = 2,0, 95 % KI: 1,1–3,7). Stratifizierte Analysen bestätigten, dass eine starke Unterstützung durch Gleichaltrige Suizidversuche unter cisgeschlechtlichen Jugendlichen reduzierte (OR = 1,9, 95 % KI: 1,6–2,2). Jugendliche aus geschlechtlichen Minderheiten blieben aber unabhängig vom Ausmaß der Unterstützung durch Gleichaltrige einem hohen Risiko ausgesetzt (OR = 8,0, 95 % KI: 4,9–12,9 für hohe Unterstützung durch Gleichaltrige; OR = 7,4, 95 % CI: 4,8–11,4 für geringe Unterstützung durch Gleichaltrige; Abbildung 13). Dies deutet darauf hin, dass allgemeine Verbundenheit mit Gleichaltrigen zwar vorteilhaft ist, jedoch möglicherweise nicht ausreicht, um die spezifischen Risiken auszugleichen, denen Jugendliche aus geschlechtlichen Minderheiten ausgesetzt sind, wenn sie ihre Geschlechtsidentität nicht ausdrücklich bestätigt (Johns et al., 2018; Price-Feeney et al., 2020).

Abbildung 13: Stratifizierte Analyse zum Zusammenhang zwischen Geschlechtsidentität und Suizidversuchen nach Unterstützung durch Gleichaltrige



Anmerkung. ORs stellen die relativen Wahrscheinlichkeiten von Suizidversuchen im Vergleich zu cisgeschlechtlichen Jugendlichen mit hoher Unterstützung durch Gleichaltrige (Referenzgruppe) dar. Werte über 1 weisen auf erhöhte Wahrscheinlichkeiten hin. Die Fehlerbalken zeigen Konfidenzintervalle von 95 % an.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse deutliche Unterschiede in der Suizidalität von cisgeschlechtlichen und nicht-cisgeschlechtlichen Jugendlichen, wobei Jugendliche aus geschlechtlichen Minderheiten einem wesentlich höheren Risiko für Suizidgedanken und -versuche ausgesetzt sind. Mobbing erhöhte das Suizidrisiko in allen Gruppen erheblich, während die Unterstützung durch Gleichaltrige Schutz bot, jedoch bei Jugendlichen aus geschlechtlichen Minderheiten weniger wirksam war. Dies deutet darauf hin, dass die allgemeine Verbundenheit unter Gleichaltrigen unzureichend ist. Ein akzeptierendes und integratives soziales Umfeld könnte das Suizidrisiko bei Jugendlichen aus geschlechtlichen Minderheiten verringern.

Schlussfolgerungen und Perspektiven

Von Erkenntnissen zu Maßnahmen

Die in den vorangegangenen Kapiteln vorgestellten Ergebnisse zeigen ein komplexes Bild der Suizidalität bei Jugendlichen. Der Anstieg von Traurigkeit, Suizidgedanken, Suizidplänen und Suizidversuchen in den letzten zehn Jahren unterstreicht, dass diese Verhaltensweisen keine seltenen Randerscheinungen sind, sondern Teil der alltäglichen Realität vieler junger Menschen in Luxemburg – ein Muster, das den allgemeinen Entwicklungen in mehreren europäischen Ländern entspricht. Jenseits der Zahlen haben die Analysen zwei wichtige Aspekte hervorgehoben: Erstens die Art und Weise, wie sich bestimmte Kombinationen von Gesundheitsverhalten zu verschiedenen Lebensstilmustern herausbilden, die Risiken für die psychische Gesundheit entweder abfedern oder verstärken können; und zweitens die erhöhte Vulnerabilität von Jugendlichen aus geschlechtlichen Minderheiten, insbesondere im Zusammenhang mit Mobbing und Ausgrenzung.

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass Suizidprävention nicht mit einem einzigen Instrument oder durch die isolierte Fokussierung eines einzelnen Risikos angegangen werden kann. Stattdessen müssen strategische Maßnahmen vielschichtig und facettenreich sein und auf mehreren Ebenen sowie in unterschiedlichen Bereichen ansetzen. Dabei gilt es, sowohl die alltäglichen Gewohnheiten junger Menschen als auch die sozialen und umweltbezogenen Kontexte zu berücksichtigen, in denen sie aufwachsen.

Verringerung sozialer Ungleichheiten als zentrale Dimension der Prävention

Soziale Ungleichheiten bleiben einer der beständigsten Determinanten für die Gesundheit. In Luxemburg haben unsere Trendanalysen anhaltende Unterschiede in der Suizidalität nach Geschlecht, Alter, Nationalität, sozioökonomischem Status und Bildungsweg aufgezeigt. Diese Unterschiede sind nicht allein auf individuelle Entscheidungen zurückzuführen, sondern spiegeln umfassendere strukturelle Hindernisse wider, wie beispielsweise ungleichen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, begrenzte familiäre Ressourcen und Herausforderungen im Zusammenhang mit den Bildungsbedingungen und der Anpassung an ein mehrsprachiges, multikulturelles Umfeld.

Um diese Ungleichheiten zu bewältigen, ist ein struktureller und sektorübergreifender Ansatz erforderlich. Luxemburg hat mit der Verabschiedung des [Plan d'action national sur les droits de l'enfant 2022-2026](#) (Zesumme fir d'Rechter vum Kand) und des [Plan National Santé Mentale Luxembourg 2024-2028](#) bereits wichtige Schritte unternommen. Beide Strategien betonen ausdrücklich, dass die Reduzierung von Ungleichheiten für die Verbesserung des Wohlergehens von Kindern und Jugendlichen von entscheidender Bedeutung ist. Sie fordern besser zugängliche und bedarfsgerechte psychologische Dienste für Jugendliche, eine stärkere interkulturelle Kompetenz in Schulen und Gesundheitseinrichtungen sowie eine verstärkte Unterstützung für gefährdete Familien und benachteiligte Gruppen, einschließlich derjenigen, die von Armut, Migration oder sozialer Isolation betroffen sind.

In der Praxis könnte dies Folgendes umfassen:

- Ausweitung der psychologischen Betreuung für Jugendliche auf unterversorgte Gebiete und Sicherstellung, dass diese erschwinglich, zugänglich und an die Bedürfnisse junger Menschen angepasst ist

- Förderung der interkulturellen Kompetenz von Lehrkräften, Schulpädagoge und Gesundheitsfachkräften, um Jugendliche mit unterschiedlichem nationalen und Migrationshintergrund besser unterstützen zu können.
- Gezielte Unterstützung für Familien und Schulen, ergänzt durch umfassende schulweite Maßnahmen, die das gesamte schulische Umfeld verbessern und strukturelle Hindernisse für die Betreuung abbauen.

Durch die Einbettung der Suizidprävention in umfassendere Gleichstellungsinitiativen kann Luxemburg sicherstellen, dass besonders gefährdete Jugendliche nicht zurückbleiben.

Integration von Lebensgewohnheiten in die Suizidprävention

Eine weitere wichtige Erkenntnis betrifft die Gruppierung von Gesundheitsverhalten in unterschiedliche Lebensstilmuster. Jugendliche rauchen, trinken oder nutzen digitale Medien meist nicht unabhängig voneinander. Vielmehr treten diese Verhaltensweisen in der Regel strukturiert zusammen auf, was ihr Wohlbefinden entweder schützen oder beeinträchtigen kann. Traditionelle Präventionsmaßnahmen zielen häufig isoliert auf individuelles Verhalten ab. Unsere Ergebnisse deuten jedoch – genau wie internationale Erkenntnisse – darauf hin, dass Präventionsstrategien stattdessen auf Gruppen von Begleitrissen ausgerichtet sein sollten, die wahrscheinlich durch gemeinsame zugrunde liegende Determinanten geprägt sind (Simonton et al., 2018; Webb et al., 2016).

In Luxemburg fördern bereits mehrere nationale Strategien einen gesunden Lebensstil, darunter der [Plan National Santé](#) und langjährige Initiativen in den Bereichen Ernährung, körperliche Aktivität ([Gesond iessen Méi beweegen](#)), Tabakkonsum ([Plan National de Lutte contre le tabagisme](#)) und Alkohol ([Plan d'Action Luxembourgeois de réduction du Mésusage de l'Alcool](#)). Diese Maßnahmen werden jedoch in der Regel parallel umgesetzt, jeweils mit dem Fokus auf eine Verhaltensweise. Unsere Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, einen stärker integrierten Ansatz zu verfolgen, bei dem alltägliche Gesundheitspraktiken gemeinsam betrachtet und ausdrücklich mit der psychischen Gesundheit von Jugendlichen und der Suizidprävention in Verbindung gebracht werden.

Aus dieser Perspektive gibt der ganzheitliche Ansatz, der vom Rahmenkonzept „Gesundheitsfördernde Schulen“ der WHO gefördert wird, eine vielversprechende Richtung vor (Programs et al., 1995). Dank der Kombination von Gesundheitserziehung mit Verbesserungen des physischen und sozialen Umfelds in Schulen und der Vernetzung von Schulen mit kommunalen Ressourcen und Gesundheitsdiensten hat sich dieses integrierte Modell als wirksam bei der Verbesserung von körperlicher Aktivität, Ernährung und Rauchgewohnheiten erwiesen (Langford et al., 2014). Solche integrierten Maßnahmen mit einer Kombination aus Veränderungen im Umfeld und Gesundheitserziehung können daher eine größere Wirkung haben als isolierte, verhaltensspezifische Maßnahmen.

Die frühzeitige Erkennung dieser Muster ist von entscheidender Bedeutung. Ein breit angelegtes Screening, wie es von Webb et al. (2016) befürwortet wird, unter Verwendung kurzer Fragebögen, die in Schulen verteilt werden, würde die schnelle Erkennung von Risikoprofilen und die Überweisung von Jugendlichen an spezialisierte Einrichtungen ermöglichen. Beispielsweise könnten Jugendliche, die sowohl Substanzen konsumieren als auch andere ungesunde Verhaltensweisen zeigen, von mehrkomponentigen Programmen profitieren, die Substanzkonsumprävention, körperliche Aktivität und praktische Ernährungserziehung integrieren (Georgie J. et al., 2016).

Schließlich deuten unsere Analysen darauf hin, dass Muster des Substanzkonsums eine zentrale Rolle bei der Entstehung einer Anfälligkeit für suizidales Verhalten spielen. Jugendliche, die auf Tabak, Alkohol und E-Zigaretten verzichten, weisen ein geringeres Suizidrisiko auf, selbst wenn andere Risikoverhaltensweisen vorliegen. Dies unterstreicht die Bedeutung einer Priorisierung der Prävention von Substanzkonsum im Rahmen einer umfassenderen, integrierten Strategie zur Verringerung der Suizidalität bei Jugendlichen.

Unterstützung von Jugendlichen aus geschlechtlichen Minderheiten durch ein inklusives Umfeld in Schulen, Familien und Gemeinden

Unsere Ergebnisse unterstreichen die erhöhte Vulnerabilität von Jugendlichen aus geschlechtlichen Minderheiten, die im Vergleich zu ihren cisgeschlechtlichen Altersgenossen ein deutlich höheres Maß an Suizidgedanken und -versuchen angaben. Internationale Erkenntnisse, die zeigen, dass identitätsbasierte Viktimisierung und Minderheitenstress zu schweren psychischen Belastungen beitragen, könnten zum Verständnis dieser Ergebnisse beitragen (Earnshaw et al., 2016; Henderson et al., 2022; Schlieff et al., 2023).

Auch Mobbing durch Gleichaltrige in der Schule erwies sich als ein wichtiger Faktor im Zusammenhang mit suizidalem Verhalten bei Jugendlichen. Die Auswirkungen waren bei beiden Geschlechtern ähnlich, was darauf hindeutet, dass Mobbing durch Gleichaltrige ein universeller Risikofaktor ist. Frühere Untersuchungen deuten jedoch darauf hin, dass Standardmaßnahmen die besonderen Auswirkungen identitätsbasierter Belästigung auf Jugendliche aus geschlechtlichen Minderheiten möglicherweise unterschätzen (Gower et al., 2018).

Die Unterstützung durch Gleichaltrige erwies sich ebenfalls als schützender Faktor, der mit einem insgesamt geringeren Risiko für Suizidgedanken und -versuche verbunden war. Allerdings war die Schutzwirkung gegen Suizidversuche bei Jugendlichen aus geschlechtlichen Minderheiten geringer: Selbst diejenigen mit starker Unterstützung durch Gleichaltrige blieben einem hohen Risiko ausgesetzt. Dies unterstreicht, dass unterstützende Freundschaften zwar wichtig sind, allgemeine Verbundenheit mit Gleichaltrigen allein jedoch möglicherweise nicht ausreicht, um die spezifischen Anfälligkeiten im Zusammenhang mit Minderheitenstress abzufedern. Diese Ergebnisse verdeutlichen die Bedeutung von Initiativen zur Förderung eines Umfelds, in dem Identität bestätigt und Akzeptanz und Zugehörigkeit gestärkt werden.

Luxemburg verfügt über eine solide politische Grundlage, um diese Herausforderungen anzugehen. Der aktualisierte Nationale Aktionsplan zur Förderung der Rechte von LGBTIQ+ ([PAN LGBTIQ+](#)), der 2025 verabschiedet wurde, umfasst 81 Maßnahmen und 147 Aktionen in den Bereichen Bildung, Gesundheit, Familie, Beschäftigung und mehr. Ein zentraler Schwerpunkt des Plans besteht darin, ein inklusives Schulumfeld zu fördern und den Schutz vor Diskriminierung zu stärken. Der [Plan d'action national sur les droits de l'enfant 2022–2026](#) betont ebenfalls den Schutz und die Teilhabe aller Kinder, unabhängig von ihrer Geschlechtsidentität.

Um diese Verpflichtungen in die Praxis umzusetzen, könnten Maßnahmen in Schulen, Familien und Gemeinden Folgendes umfassen:

- Einführung umfassender Anti-Mobbing-Programme, die sich ausdrücklich mit identitätsbasierter Belästigung befassen, und Ausstattung Erwachsener mit praktischen Interventionsinstrumenten (Domínguez-Martínez & Robles, 2019).

- Stärkung von Peer-Support-Systemen durch Programme, die über allgemeine Verbundenheit hinausgehen und ausdrücklich verschiedene Geschlechtsidentitäten bekräftigen, wie beispielsweise von Gleichaltrigen geleitete Verbündeten-Netzwerke, Mentoring-Möglichkeiten oder sichere Räume, in denen Jugendliche aus geschlechtlichen Minderheiten Erfahrungen austauschen können (Price-Feeney et al., 2020; Vance et al., 2024).
- Sicherstellung einer positiven Sichtbarkeit und Darstellung der Geschlechtervielfalt in Bildungs-, Kultur- und Gemeinschaftsaktivitäten durch Präsentation von Vorbildern und Reduzierung der Stigmatisierung (Schlieff et al., 2023).
- Förderung von Schutzfaktoren für Erwachsene durch Schulung von Lehrkräften, Beratern, Gesundheitsfachkräften, Jugendbeauftragten und Familienhelferinnen und -helfern in identitätsbestärkenden, nicht stigmatisierenden Praktiken sowie Stärkung der Überweisungswege zu unterstützenden Angeboten (Mustanski et al., 2014; Taliaferro et al., 2019).

Fachleute für psychische Gesundheit können einen weiteren Beitrag leisten, indem sie eine kultursensible, identitätsbestärkende Betreuung anbieten und in Zusammenarbeit mit Schulen und Familien sicherstellen, dass Jugendliche zeitnah inklusive Unterstützung in einer sicheren Umgebung erhalten.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse dieses Berichts, dass die Prävention von Suiziden bei Jugendlichen von einem umfassenden, integrierten Ansatz profitiert. Die Auseinandersetzung mit sozialen Ungleichheiten, die Anerkennung identitätsbezogener Vulnerabilitäten und die Berücksichtigung des Zusammenspiels gesundheitsbezogener Verhaltensweisen liefern ergänzende Erkenntnisse darüber, wie Risiken und Schutzfaktoren im Jugendalter entstehen. Zusammen unterstreichen diese Ergebnisse, wie wichtig es ist, Chancengleichheit, Inklusion und Gesundheitsförderung innerhalb bestehender Rahmenbedingungen zu verbinden, um das Wohlbefinden und die Resilienz aller jungen Menschen in Luxemburg zu stärken.

Anhang

Tabelle 1: Soziodemografische Merkmale nach Umfragejahr

	2006	2010	2014	2022	p-Wert ¹
Alter	N = 6,172	N = 6,858	N = 5,426	N = 6,078	
13–14 Jahre	1,870 (30,3 %)	2,082 (30,4 %)	1,699 (31,3 %)	2,195 (36,1 %)	p < 0,001
15–16 Jahre	2,164 (35,1 %)	2,322 (33,9 %)	2,014 (37,1 %)	2,286 (37,6 %)	
17–18 Jahre	2,138 (34,6 %)	2,454 (35,8 %)	1,713 (31,6 %)	1,597 (26,3 %)	
Geschlecht	N = 6,167	N = 6,850	N = 5,409	N = 6,015	
Mädchen	3,012 (48,8 %)	3,416 (49,9 %)	2,843 (52,6 %)	2,903 (48,3 %)	p < 0,001
Jungen	3,155 (51,2 %)	3,434 (50,1 %)	2,566 (47,4 %)	3,112 (51,7 %)	
Staatsangehörigkeit	N = 6,172	N = 6,854	N = 5,416	N = 6,078	
Luxemburgisch	4,236 (68,6 %)	4,496 (65,6 %)	3,486 (64,4 %)	3,857 (63,5 %)	p < 0,001
Nicht luxemburgisch	1,937 (31,4 %)	2,358 (34,4 %)	1,930 (35,6 %)	2,221 (36,5 %)	
Wahrgenommener familiärer Wohlstand	N = 5,983	N = 6,432	N = 5,161	N = 5,930	
Finanziell nicht gut aufgestellt	458 (7,7 %)	523 (8,1 %)	563 (10,9 %)	427 (7,2 %)	p < 0,001
Durchschnittlich	2,020 (33,8 %)	2,464 (38,3 %)	2,162 (41,9 %)	2,394 (40,4 %)	
Finanziell gut aufgestellt	3,505 (58,6 %)	3,445 (53,6 %)	2,436 (47,2 %)	3,109 (52,4 %)	
Bildungsweg	N = 6,172	N = 6,858	N = 5,426	N = 6,078	
ESC	1,816 (29,4 %)	2,313 (33,7 %)	1,933 (35,6 %)	2,492 (41,0 %)	p < 0,001
ESG	4,356 (70,6 %)	4,545 (66,3 %)	3,493 (64,4 %)	3,586 (59,0 %)	

¹Pearson-Chi-Quadrat-Test

Tabelle 2: Prävalenz von Traurigkeit nach soziodemografischen Gruppen im Zeitverlauf

Alter	N = 6,172	N = 6,858	N = 5,426	N = 6,078	
13–14 Jahre	22,5 (20,7–24,3)	20,1 (18,5–21,7)	26,3 (24,1–28,5)	34,3 (32,1–36,4)	
15–16 Jahre	29,0 (27,1–30,9)	22,5 (20,8–24,1)	30,1 (28,0–32,2)	39,5 (37,4–41,6)	$p < 0,001$
17–18 Jahre	28,5 (25,5–31,6)	21,3 (19,3–23,3)	28,5 (26,1–30,8)	39,6 (37,0–42,1)	
Geschlecht	N = 6,167	N = 6,850	N = 5,409	N = 6,015	
Mädchen	33,5 (31,4–35,6)	28,2 (26,5–29,8)	35,9 (34,1–37,8)	48,7 (46,8–50,5)	$p < 0,001$
Jungen	20,4 (18,7–22,1)	14,4 (13,2–15,7)	20,1 (18,5–21,7)	26,5 (24,8–28,1)	
Staatsangehörigkeit	N = 6,172	N = 6,854	N = 5,416	N = 6,078	
Luxemburgisch	26,5 (24,9–28,1)	19,2 (17,9–20,4)	27,2 (25,6–28,7)	36,4 (34,8–37,9)	$p < 0,001$
Nicht luxemburgisch	27,7 (25,1–30,2)	25,5 (23,6–27,4)	30,7 (28,5–32,9)	40,2 (37,9–42,4)	
Wahrgenommener familiärer Wohlstand	N = 5,983	N = 6,432	N = 5,161	N = 5,930	
Finanziell nicht gut aufgestellt	42,5 (37,1–47,9)	40,7 (36,1–45,2)	42,1 (37,8–46,3)	58,6 (53,4–63,7)	$p < 0,001$
Durchschnittlich	27,7 (25,2–30,1)	21,9 (20,1–23,6)	28,6 (26,6–30,5)	40,1 (38,9–43,1)	
Finanziell gut aufgestellt	24,2 (22,4–25,9)	17,8 (16,5–19,1)	24,9 (23,1–26,7)	32,6 (30,9–34,3)	
Bildungsweg	N = 6,172	N = 6,858	N = 5,426	N = 6,078	
ESC	22,7 (21,0–24,4)	15,2 (13,7–16,6)	21,1 (19,2–23,0)	33,9 (32,0–35,8)	$p < 0,001$
ESG	28,6 (26,8–30,4)	24,5 (23,1–25,9)	32,4 (30,8–34,1)	40,4 (38,7–42,1)	

¹Pearson-Chi-Quadrat-Test

Tabelle 3: Prävalenz von Suizidgedanken nach soziodemografischen Gruppen im Zeitverlauf

	2006	2010	2014	2022	p-Wert ¹
Alter	N = 6,172	N = 6,854	N = 5,416	N = 6,078	
13-14 Jahre	17,1 (15,5-18,7)	14,4 (12,9-15,8)	16,5 (14,6-18,3)	23,3 (21,4-25,2)	
15-16 Jahre	17,7 (27,1-30,9)	14,2 (20,8-24,1)	16,0 (28,0-32,2)	25,0 (37,4-41,6)	$p < 0,001$
17-18 Jahre	12,3 (10,1-14,5)	9,8 (8,4-11,2)	12,8 (11,1-14,5)	22,3 (20,1-24,4)	
Geschlecht	N = 6,167	N = 6,850	N = 5,409	N = 6,015	
Mädchen	18,8 (17,1-20,5)	15,3 (14,0-16,5)	19,2 (17,7-20,7)	31,2 (29,4-33,0)	$p < 0,001$
Jungen	12,6 (11,2-13,8)	10,0 (9,0-11,1)	10,6 (9,3-11,8)	15,7 (14,3-17,0)	
Staatsangehörigkeit	N = 6,172	N = 6,854	N = 5,416	N = 6,078	
Luxemburgisch	15,4 (14,2-16,7)	12,2 (11,2-13,2)	14,9 (13,6-16,1)	22,9 (21,5-24,3)	$p < 0,001$
Nicht luxemburgisch	16,0 (14,0-18,0)	13,5 (12,1-14,9)	15,7 (14,0-17,5)	25,1 (23,1-27,1)	
Wahrgenommener familiärer Wohlstand	N = 5,983	N = 6,432	N = 5,161	N = 5,930	
Finanziell nicht gut aufgestellt	29,8 (24,8-34,7)	25,3 (21,4-29,3)	26,1 (22,2-29,9)	38,8 (33,6-43,9)	$p < 0,001$
Durchschnittlich	15,8 (13,9-17,6)	13,2 (11,8-14,6)	14,4 (12,8-15,9)	27,1 (25,2-28,9)	
Finanziell gut aufgestellt	13,8 (12,5-15,2)	10,3 (9,3-11,3)	13,1 (11,7-14,5)	19,4 (17,9-20,8)	
Bildungsweg	N = 6,172	N = 6,858	N = 5,426	N = 6,078	
ESC	12,7 (11,4-14,0)	10,4 (9,2-11,6)	12,3 (10,7-13,8)	23,8 (22,1-25,5)	$p < 0,001$
ESG	16,9 (15,4-18,3)	13,9 (12,8-14,9)	16,7 (15,4-18,1)	23,5 (22,0-25,0)	

¹Pearson-Chi-Quadrat-Test

Tabelle 4: Prävalenz von Suizidplänen nach soziodemografischen Gruppen im Zeitverlauf

	2010	2014	2022	p-Wert¹
Alter	N = 6,854	N = 5,416	N = 6,078	
13–14 Jahre	12,2 (10,8–13,5)	13,8 (12,1–15,5)	22,1 (20,3–23,4)	$p < 0,001$
15–16 Jahre	12,3 (10,9–13,6)	15,0 (13,3–16,6)	21,3 (19,5–23,1)	
17–18 Jahre	9,3 (7,9–10,7)	13,5 (11,7–15,2)	18,6 (16,6–20,7)	
Geschlecht	N = 6,850	N = 5,409	N = 6,015	
Mädchen	13,1 (11,8–14,1)	16,5 (15,0–17,8)	27,1 (25,4–28,8)	$p < 0,001$
Jungen	9,2 (8,2–10,2)	11,3 (10,0–12,6)	14,4 (13,0–15,7)	
Staatsangehörigkeit	N = 6,854	N = 5,416	N = 6,078	
Luxemburgisch	10,5 (9,6–11,5)	13,6 (12,4–14,7)	19,3 (18,0–25,6)	$p < 0,001$
Nicht luxemburgisch	12,4 (11,0–13,8)	15,2 (13,5–16,9)	23,9 (21,9–25,9)	
Wahrgenommener familiärer Wohlstand	N = 6,432	N = 5,161	N = 5,930	
Finanziell nicht gut aufgestellt	20,5 (16,8–24,2)	23,4 (19,7–27,0)	34,5 (29,6–39,3)	$p < 0,001$
Durchschnittlich	11,7 (10,3–13,1)	14,3 (12,7–15,8)	22,9 (21,1–24,7)	
Finanziell gut aufgestellt	9,2 (8,2–10,2)	11,6 (10,3–12,9)	17,8 (16,4–19,2)	
Bildungsweg	N = 6,858	N = 5,426	N = 6,078	
ESC	9,0 (7,8–10,2)	11,1 (9,6–12,5)	20,6 (18,9–22,2)	$p < 0,001$
ESG	12,3 (11,3–13,3)	15,8 (14,5–17,1)	21,1 (19,6–22,5)	

¹Pearson-Chi-Quadrat-Test

Tabelle 5: Prävalenz von Suizidversuchen nach soziodemografischen Gruppen im Zeitverlauf

	2010	2014	2022	p-Wert ¹
Alter	N = 6,854	N = 5,416	N = 6,078	
13-14 Jahre	8,3 (7,1-9,4)	8,7 (7,3-10,1)	12,8 (11,3-14,3)	$p < 0,001$
15-16 Jahre	7,5 (6,4-8,5)	7,8 (6,6-9,0)	12,0 (10,6-13,5)	
17-18 Jahre	4,7 (3,7-5,7)	6,3 (5,0-7,5)	9,9 (8,3-11,4)	
Geschlecht	N = 6,850	N = 5,409	N = 6,015	
Mädchen	8,1 (7,1-9,1)	9,3 (8,1-10,4)	15,5 (14,1-16,8)	$p < 0,001$
Jungen	5,3 (4,5-6,1)	5,7 (4,7-6,6)	7,7 (6,7-8,7)	
Staatsangehörigkeit	N = 6,854	N = 5,416	N = 6,078	
Luxemburgisch	5,8 (5,1-6,5)	6,9 (6,0-7,8)	10,2 (9,2-11,2)	$p < 0,001$
Nicht luxemburgisch	8,4 (7,3-9,5)	8,8 (7,4-10,0)	14,7 (13,0-16,3)	
Wahrgenommener familiärer Wohlstand	N = 6,432	N = 5,161	N = 5,930	
Finanziell nicht gut aufgestellt	12,4 (9,5-15,2)	15,2 (12,1-46,3)	22,7 (18,3-27,0)	$p < 0,001$
Durchschnittlich	7,4 (6,3-8,4)	6,2 (5,1-7,3)	12,8 (11,3-14,2)	
Finanziell gut aufgestellt	5,0 (4,2-5,7)	6,7 (5,6-7,7)	9,6 (8,4-10,6)	
Bildungsweg	N = 6,858	N = 5,426	N = 6,078	
ESC	4,4 (3,6-5,3)	4,1 (3,2-5,0)	8,6 (7,5-9,7)	$p < 0,001$
ESG	7,9 (7,1-8,7)	9,5 (8,5-10,6)	14,0 (12,7-15,2)	

¹Pearson-Chi-Quadrat-Test

Literaturverzeichnis

- Basu, A., Boland, A., Witt, K., & Robinson, J. (2022a). Suicidal Behaviour, including Ideation and Self-Harm, in Young Migrants: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8329. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148329>
- Basu, A., Boland, A., Witt, K., & Robinson, J. (2022b). Suicidal Behaviour, including Ideation and Self-Harm, in Young Migrants: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8329. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148329>
- Bertuccio, P., Amerio, A., Grande, E., Vecchia, C. L., Costanza, A., Aguglia, A., Berardelli, I., Serafini, G., Amore, M., Pompili, M., & Odone, A. (2024). Global trends in youth suicide from 1990 to 2020: An analysis of data from the WHO mortality database. *eClinicalMedicine*, 70. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102506>
- Biernesser, C., Sewall, C. J. R., Brent, D., Bear, T., Mair, C., & Trauth, J. (2020). Social Media Use and Deliberate Self-Harm Among Youth: A Systematized Narrative Review. *Children and Youth Services Review*, 116, 105054. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105054>
- Biswas, T., Scott, J. G., Munir, K., Renzaho, A. M. N., Rawal, L. B., Baxter, J., & Mamun, A. A. (2020). Global variation in the prevalence of suicidal ideation, anxiety and their correlates among adolescents: A population based study of 82 countries. *EclinicalMedicine*, 24, 100395. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100395>
- Bitar, S., Mendes, F. G., Ferreira, J. L., Samuel, R., & Catunda, C. (2026). Adolescent health lifestyles and suicidality: Emerging risks in a latent class analysis. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 13, e27. <https://doi.org/10.1017/gmh.2026.10147>
- Blum, R. W., Lai, J., Martinez, M., & Jessee, C. (2022). Adolescent connectedness: Cornerstone for health and wellbeing. *BMJ*, e069213. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-069213>
- Boer, M., van den Eijnden, R. J. J. M., Finkenauer, C., Boniel-Nissim, M., Marino, C., Inchley, J., Cosma, A., Paakkari, L., & Stevens, G. W. J. M. (2022). Cross-national validation of the social media disorder scale: Findings from adolescents from 44 countries. *Addiction (Abingdon, England)*, 117(3), 784–795. <https://doi.org/10.1111/add.15709>
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 47(3–4), 372–394. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x>
- Bruns, N., Willemsen, L., Stang, A., Kowall, B., Holtkamp, K., Kamp, O., Dudda, M., Hey, F., Hoffmann, F., Blankenburg, J., Eifinger, F., Fuchs, H., Haase, R., Baier, J., Andrée, C., Heldmann, M., Maldera, V., Potratz, J., Kurz, D., ... Dohna-Schwake, C. (2022). Pediatric ICU Admissions After Adolescent Suicide Attempts During the Pandemic. *Pediatrics*, 150(2), e2021055973. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-055973>
- Calear, A. L., Batterham, P. J., & Christensen, H. (2014). Predictors of help-seeking for suicidal ideation in the community: Risks and opportunities for public suicide prevention campaigns. *Psychiatry Research*, 219(3), 525–530. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.06.027>
- Campbell, R., Wright, C., Hickman, M., Kipping, R. R., Smith, M., Poulou, T., & Heron, J. (2020). Multiple risk behaviour in adolescence is associated with substantial adverse health and social outcomes in early adulthood: Findings from a prospective birth cohort study. *Preventive Medicine*, 138, 106157. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106157>
- Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 28(1), 1–23.
- Casey, B. J., Jones, R. M., & Hare, T. A. (2008). The adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124, 111–126. <https://doi.org/10.1196/annals.1440.010>
- Charrier, L., van Dorsselaer, S., Canale, N., Baska, T., Kilibarda, B., Comoretto, R. I., Galeotti, T., Brown, J., & Vieno, A. (2024). A focus on adolescent substance use in Europe, central Asia and Canada. *Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 3*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/376573>
- Cikili-Uytun, M., Efendi, G. Y., & Mentese-Babayigit, T. (2022). The Olweus Bully/Victim Questionnaire. In *Handbook of Anger, Aggression, and Violence* (pp. 1–13). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-98711-4_123-1
- Clark, T. C., Lucassen, M. F. G., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., & Rossen, F. V. (2014). The Health and Well-Being of Transgender High School Students: Results from the New Zealand Adolescent Health Survey (Youth'12). *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008>
- Cleary, A. (2012). Suicidal action, emotional expression, and the performance of masculinities. *Social Science & Medicine*, 74(4), 498–505. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.002>
- Cockerham, W. C. (2005). Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure*. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 51–67. <https://doi.org/10.1177/002214650504600105>
- Cousien, A., Acquaviva, E., Kernéis, S., Yazdanpanah, Y., & Delorme, R. (2021). Temporal Trends in Suicide Attempts Among Children in the Decade Before and During the COVID-19 Pandemic in Paris, France. *JAMA Network Open*, 4(10), e2128611. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.28611>

- Dahlem, N. W., Zimet, G. D., & Walker, R. R. (1991). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: A confirmation study. *Journal of Clinical Psychology*, 47(6), 756–761. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199111\)47:6%253C756::aid-jclp2270470605%253E3.o.co;2-l](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199111)47:6%253C756::aid-jclp2270470605%253E3.o.co;2-l)
- Dalen, J. D. (2012). The association between school class composition and suicidal ideation in late adolescence: Findings from the Young-HUNT 3 study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 37. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-37>
- Delaruelle, K., Walsh, S. D., Dierckens, M., Deforche, B., Kern, M. R., Currie, C., Maldonado, C. M., Cosma, A., & Stevens, G. W. J. M. (2021). Mental Health in Adolescents with a Migration Background in 29 European Countries: The Buffering Role of Social Capital. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(5), 855–871. <https://doi.org/10.1007/s10964-021-01423-1>
- Domínguez-Martínez, T., & Robles, R. (2019). Preventing Transphobic Bullying and Promoting Inclusive Educational Environments: Literature Review and Implementing Recommendations. *Archives of Medical Research*, 50(8), 543–555. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2019.10.009>
- Donath, C., Bergmann, M. C., Kliem, S., Hillemacher, T., & Baier, D. (2019). Epidemiology of suicidal ideation, suicide attempts, and direct self-injurious behavior in adolescents with a migration background: A representative study. *BMC Pediatrics*, 19(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1404-z>
- Earnshaw, V. A., Bogart, L. M., Poteat, V. P., Reisner, S. L., & Schuster, M. A. (2016). Bullying Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *Pediatric Clinics of North America*, 63(6), 999–1010. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.004>
- EnCLASS. (2022). EnCLASS 2022. <https://www.ehesp.fr/2022/04/05/enclass-2022-lenquete-nationale-sur-la-sante-et-les-comportements-des-adolescents-est-lancee/>
- EnCLASS 2022: Santé mentale et bien-être des adolescents. (2022). <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2024/sante-mentale-et-bien-etre-des-adolescents-publication-d-une-enquete-menee-aupres-de-collegiens-et-lyceens-en-france-hexagonale>
- Georgie J., M., Sean, H., Deborah M., C., Matthew, H., & Rona, C. (2016). Peer-led interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11–21 years: A systematic review and meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, 111(3), 391–407. <https://doi.org/10.1111/add.13224>
- Glenn, C. R., Kleiman, E. M., Kellerman, J., Pollak, O., Cha, C. B., Esposito, E. C., Porter, A. C., Wyman, P. A., & Boatman, A. E. (2020). Annual Research Review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3), 294–308. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13106>
- Goll, C. B., Sørli, T., Friberg, O., Ottosen, K. O., & Sæle, R. G. (2024). Poorer self-reported mental health and general health among first year upper secondary school students do not predict school dropout: A five-year prospective study. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1304314>
- Gower, A. L., Rider, G. N., McMorris, B. J., & Eisenberg, M. E. (2018). Bullying Victimization among LGBTQ Youth: Current and Future Directions. *Current Sexual Health Reports*, 10(4), 246. <https://doi.org/10.1007/s11930-018-0169-y>
- Griffin, L., Hosking, W., Gill, P. R., Shearson, K., Ivey, G., & Sharples, J. (2022). The Gender Paradox: Understanding the Role of Masculinity in Suicidal Ideation. *American Journal of Men's Health*, 16(5), 15579883221123853. <https://doi.org/10.1177/15579883221123853>
- Grosselli, L., Knappe, S., Baumgärtel, J., Lewitzka, U., & Hoyer, J. (2024). Addressing help-seeking, stigma and risk factors for suicidality in secondary schools: Short-term and mid-term effects of the HEYLIFE suicide prevention program in a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 24(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17557-9>
- HBSC study. (2022). HBSC study. <https://hbcs.org/publications/reports/a-focus-on-adolescent-mental-health-and-well-being-in-europe-central-asia-and-canada/>
- HBSC_2022_Covid&Trends Report. (2022).
- HBSC_2022_Mental Health Report. (2022). https://orbiu.uni.lu/bitstream/10993/59000/1/HBSC_2022_Mental%20Health%20Report.pdf
- HBSC_2022_Social Context Report.pdf. (n.d.). Retrieved November 25, 2025, from https://orbiu.uni.lu/bitstream/10993/61624/1/HBSC_2022_Social%20Context%20Report.pdf
- HBSC201718_Factsheet. (2018). https://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/wordpress/wp-content/uploads/2019/09/HBSC201718_Factsheet_welzijn.pdf
- Henderson, E. R., Sang, J. M., Louth-Marquez, W., Egan, J. E., Espelage, D., Friedman, M., & Coulter, R. W. S. (2022). “Words Aren’t Supposed to Hurt, But They Do”: Sexual and Gender Minority Youth’s Bullying Experiences. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(11–12), NP8747–NP8766. <https://doi.org/10.1177/0886260520978199>
- Heslin, A. M., & McNulty, B. (2023). Adolescent nutrition and health: Characteristics, risk factors and opportunities of an overlooked life stage. *Proceedings of the Nutrition Society*, 82(2), 142–156. <https://doi.org/10.1017/S0029665123002689>
- Ho, T. C., Gifuni, A. J., & Gotlib, I. H. (2022). Psychobiological risk factors for suicidal thoughts and behaviors in adolescence: A consideration of the role of puberty. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 606–623. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01171-5>
- Inagaki, M., Kawashima, Y., Yonemoto, N., & Yamada, M. (2019). Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 19(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2017-7>

- Javed, S., Usmani, S., Sarfraz, Z., Sarfraz, A., Hanif, A., Firoz, A., Baig, R., Sharath, M., Walia, N., Chérrez-Ojeda, I., & Ahmed, S. (2022). A Scoping Review of Vaping, E-Cigarettes and Mental Health Impact: Depression and Suicidality. *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*, 12(3), 33–39. <https://doi.org/10.55729/2000-9666.1053>
- Johns, M. M., Beltran, O., Armstrong, H. L., Jayne, P. E., & Barrios, L. C. (2018). Protective Factors Among Transgender and Gender Variant Youth: A Systematic Review by Socioecological Level. *The Journal of Primary Prevention*, 39(3), 263–301. <https://doi.org/10.1007/s10935-018-0508-9>
- Jopling, E., LeMoult, J., Kerns, C. M., Nugent, S., & Eslami, A. (2022). Potential lethality of suicide attempts in youth. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 919–927. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01724-7>
- Kasen, S., Cohen, P., & Chen, H. (2011). Developmental Course of Impulsivity and Capability from Age 10 to Age 25 as Related to Trajectory of Suicide Attempt in a Community Cohort. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 41(2), 180–192. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00017.x>
- Khanna, P., Chattu, V. K., & Aeri, B. T. (2019). Nutritional Aspects of Depression in Adolescents—A Systematic Review. *International Journal of Preventive Medicine*, 10, 42. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_400_18
- King, T. L., Shields, M., Sojo, V., Daraganova, G., Currier, D., O'Neil, A., King, K., & Milner, A. (2020). Expressions of masculinity and associations with suicidal ideation among young males. *BMC Psychiatry*, 20(1), 228. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2475-y>
- Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., Pitman, A., Sonesson, E., Steare, T., Wright, T., & Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: Evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23(1), 58–90. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 307–330. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
- Klonsky, E. D., Pachkowski, M. C., Shahnaz, A., & May, A. M. (2021). The three-step theory of suicide: Description, evidence, and some useful points of clarification. *Preventive Medicine*, 152(Pt 1), 106549. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106549>
- Knol, M. J., & VanderWeele, T. J. (2012). Recommendations for presenting analyses of effect modification and interaction. *International Journal of Epidemiology*, 41(2), 514–520. <https://doi.org/10.1093/ije/dyr218>
- Lamlé, P., Keuch, L., Pukas, L., Reinsch, J., Röder, H., Clausner, H., & Watzke, S. (2023). Suicidal ideations among students attending vocational school in Germany: A cross-sectional study to identify prevalence and associated risk factors. *Journal of Public Health*, 31(11), 1945–1952. <https://doi.org/10.1007/s10389-022-01745-9>
- Langford, R., Bonell, C. P., Jones, H. E., Pouliou, T., Murphy, S. M., Waters, E., Komro, K. A., Gibbs, L. F., Magnus, D., & Campbell, R. (2014). The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(4), CD008958. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008958.pub2>
- Lawrence, H. R., Burke, T. A., Sheehan, A. E., Pastro, B., Levin, R. Y., Walsh, R. F. L., Bettis, A. H., & Liu, R. T. (2021). Prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts in preadolescent children: A US population-based study. *Translational Psychiatry*, 11(1), 489. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01593-3>
- Lee, J. W., Kim, B.-J., Lee, C.-S., Cha, B., Lee, S.-J., Lee, D., Seo, J., Lee, Y.-J., Lee, Y.-J., Lim, E., & Choi, J.-W. (2021). Association Between Suicide and Drinking Habits in Adolescents. *Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(4), 161–169. <https://doi.org/10.5765/jkacap.210024>
- Ligier, F., Kurzenne, M., Kabuth, B., & Guillemin, F. (2021). Ten years psychosocial outcomes among adolescents following suicide attempts – early recurrence and psychosocial outcomes. *L'Encéphale*, 47(4), 299–305. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.09.005>
- Liu, L., Batomen, B., Pollock, N. J., Contreras, G., Jackson, B., Pan, S., & Thompson, W. (2023). Suicidality and protective factors among sexual and gender minority youth and adults in Canada: A cross-sectional, population-based study. *BMC Public Health*, 23(1), 1469. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16285-4>
- Lynn Mulvey, K., Boswell, C., & Zheng, J. (2017). Causes and Consequences of Social Exclusion and Peer Rejection Among Children and Adolescents. *Report on Emotional & Behavioral Disorders in Youth*, 17(3), 71–75.
- Mars, B., Heron, J., Klonsky, E. D., Moran, P., O'Connor, R. C., Tilling, K., Wilkinson, P., & Gunnell, D. (2019). Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: A population-based birth cohort study. *The Lancet. Psychiatry*, 6(4), 327–337. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30030-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30030-6)
- Mastorci, F., Lazzeri, M. F. L., Vassalle, C., & Pingitore, A. (2024). The Transition from Childhood to Adolescence: Between Health and Vulnerability. *Children*, 11(8), 989. <https://doi.org/10.3390/children11080989>
- McDonald, K. (2018). Social Support and Mental Health in LGBTQ Adolescents: A review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(1), 16–29. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1398283>

- McEwen, B. S., & Morrison, J. H. (2013). The brain on stress: Vulnerability and plasticity of the prefrontal cortex over the life course. *Neuron*, 79(1), 16–29. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2013.06.028>
- McGorry, P., Gunasiri, H., Mei, C., Rice, S., & Gao, C. X. (2025). The youth mental health crisis: Analysis and solutions. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1517533. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1517533>
- Mesznic, K., King, C. A., Horwitz, A., Webb, M., Barney, B. J., Hoffmann, J. A., Brent, D., Grupp-Phelan, J., & Chernick, L. S. (2025). Suicidal thoughts and behaviors among gender-minority adolescents in the emergency department. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. <https://doi.org/10.1111/acem.15090>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Michael, S. L., Lowry, R., Merlo, C., Cooper, A. C., Hyde, E. T., & McKeon, R. (2020). Physical activity, sedentary, and dietary behaviors associated with indicators of mental health and suicide risk. *Preventive Medicine Reports*, 19, 101153. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101153>
- Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Roca, M., Soto-Sanz, V., Vilagut, G., & Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health*, 64(2), 265–283. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>
- Mmari, K., & Moreau, C. (2025). The Rise in Adolescent Social and Health Inequalities Amidst the COVID-19 Pandemic. *Journal of Adolescent Health*, 76(1), 4–5. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2024.10.001>
- Mollborn, S., Lawrence, E. M., & Saint Onge, J. M. (2021). Contributions and Challenges in Health Lifestyles Research. *Journal of Health and Social Behavior*, 62(3), 388–403. <https://doi.org/10.1177/0022146521997813>
- Mustanski, B., Birkett, M., Greene, G. J., Hatzenbuehler, M. L., & Newcomb, M. E. (2014). Envisioning an America without sexual orientation inequities in adolescent health. *American Journal of Public Health*, 104(2), 218–225. Medline. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301625>
- Nagin, D. S. (2009). Group-Based Modeling of Development. In *Group-Based Modeling of Development*. Harvard University Press. <https://doi.org/10.4159/9780674041318>
- National Academies of Sciences, E., Division, H. and M., Education, D. of B. and S. S. and, Board on Children, Y., Applications, C. on the N. and S. S. of A. D. and I., Backes, E. P., & Bonnie, R. J. (2019). Introduction. In *The Promise of Adolescence: Realizing Opportunity for All Youth*. National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545484/>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 3(5), 400–424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- OECD. (2023). *Spotlight on Vocational Education and Training: Findings from Education at a Glance 2023*. OECD. <https://doi.org/10.1787/acff263d-en>
- Owens, S. A., Eisenlohr-Moul, T. A., & Prinstein, M. J. (2020). Understanding When and Why Some Adolescent Girls Attempt Suicide: An Emerging Framework Integrating Menstrual Cycle Fluctuations in Risk. *Child Development Perspectives*, 14(2), 116–123. <https://doi.org/10.1111/cdep.12367>
- Paakkari, L., Tynjälä, J., Lahti, H., Ojala, K., & Lyyra, N. (2021). Problematic Social Media Use and Health among Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), Article 4. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041885>
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bonell, C., Kakuma, R., Kennedy, E., Mahon, J., McGovern, T., Mokdad, A. H., Patel, V., Petroni, S., Reavley, N., Taiwo, K., ... Viner, R. M. (2016a). Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, 387(10036), 2423–2478. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1)
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bonell, C., Kakuma, R., Kennedy, E., Mahon, J., McGovern, T., Mokdad, A. H., Patel, V., Petroni, S., Reavley, N., Taiwo, K., ... Viner, R. M. (2016b). Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, 387(10036), 2423–2478. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1)
- Pfeifer, J. H., & Berkman, E. T. (2018). The Development of Self and Identity in Adolescence: Neural Evidence and Implications for a Value-Based Choice Perspective on Motivated Behavior. *Child Development Perspectives*, 12(3), 158–164. <https://doi.org/10.1111/cdep.12279>
- Phiri, D., Amelia, V. L., Muslih, M., Dlamini, L. P., Chung, M.-H., & Chang, P.-C. (2023). Prevalence of sleep disturbance among adolescents with substance use: A systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17(1), 100. <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00644-5>
- Piera Pi-Sunyer, B., Andrews, J. L., Orben, A., Speyer, L. G., & Blakemore, S.-J. (2023). The relationship between perceived income inequality, adverse mental health and interpersonal difficulties in UK adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 64(3), 417–425. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13719>

- Pirkis, J., Spittal, M. J., Keogh, L., Mousaferiadis, T., & Currier, D. (2017). Masculinity and suicidal thinking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(3), 319–327. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1324-2>
- Price-Feeney, M., Green, A. E., & Dorison, S. (2020). Understanding the Mental Health of Transgender and Nonbinary Youth. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), 684–690. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.11.314>
- Prinstein, M. J., Boergers, J., & Spirito, A. (2001). Adolescents' and their friends' health-risk behavior: Factors that alter or add to peer influence. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(5), 287–298. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/26.5.287>
- Programs, I. of M. (US) C. on C. S. H., Allensworth, D., Wyche, J., Lawson, E., & Nicholson, L. (1995). Preface. In *Defining a Comprehensive School Health Program: An Interim Statement*. National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK231144/>
- Registre de causes de décès: Mortalité générale. (2024, July 18). <http://santeseu.public.lu/fr/espace-professionnel/informations-donnees/statistiques-causes-deces/stats-mortalite-generale.html>
- Reynders, A., Kerkhof, A. J. F. M., Molenberghs, G., & Van Audenhove, C. (2014). Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(2), 231–239. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0745-4>
- Riehm, K. E., Rojo-Wissar, D. M., Feder, K. A., Mojtabai, R., Spira, A. P., Thrul, J., & Crum, R. M. (2019). E-cigarette use and sleep-related complaints among youth. *Journal of Adolescence*, 76, 48–54. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.08.009>
- Roach, A. (2018). Supportive Peer Relationships and Mental Health in Adolescence: An Integrative Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(9), 723–737. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1496498>
- Russell, S. T., & Fish, J. N. (2016). Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(Volume 12, 2016), 465–487. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093153>
- Schlieff, M., Stefanidou, T., Wright, T., Levy, G., Pitman, A., & Lewis, G. (2023). A rapid realist review of universal interventions to promote inclusivity and acceptance of diverse sexual and gender identities in schools. *Nature Human Behaviour*, 7(4), 556–567. <https://doi.org/10.1038/s41562-023-01521-z>
- Schomaker, L., & Samuel, R. (2022). *Delayed suicidality? How the COVID-19 pandemic affected young people's suicidal thoughts and behaviour in Luxembourg*. University of Luxembourg. Esch-sur-Alzette. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/B79ZT>
- Sedgwick, R., Epstein, S., Dutta, R., & Ougrin, D. (2019). Social media, internet use and suicide attempts in adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(6), 534–541. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000547>
- Shawon, M. S. R., Rouf, R. R., Jahan, E., Hossain, F. B., Mahmood, S., Gupta, R. D., Islam, M. I., Al Kibria, G. M., & Islam, S. (2023). The burden of psychological distress and unhealthy dietary behaviours among 222,401 school-going adolescents from 61 countries. *Scientific Reports*, 13(1), 21894. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-49500-8>
- Simonton, A. J., Young, C. C., & Johnson, K. E. (2018). Physical Activity Interventions to Decrease Substance Use in Youth: A Review of the Literature. *Substance Use & Misuse*, 53(12), 2052–2068. <https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1452338>
- Smith, H. J., Pettigrew, T. F., & Huo, Y. J. (2020). Relative Deprivation Theory: Advances and Applications. In J. Suls, R. L. Collins, & L. Wheeler (Eds.), *Social Comparison, Judgment, and Behavior* (p. o). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190629113.003.0018>
- Spruyt, B., Van Droogenbroeck, F., & Kavadias, D. (2015). Educational tracking and sense of futility: A matter of stigma consciousness? *Oxford Review of Education*, 41(6), 747–765. <https://doi.org/10.1080/03054985.2015.1117971>
- Surace, T., Fusar-Poli, L., Voza, L., Cavone, V., Arcidiacono, C., Mammano, R., Basile, L., Rodolico, A., Bisicchia, P., Caponnetto, P., Signorelli, M. S., & Aguglia, E. (2021). Lifetime prevalence of suicidal ideation and suicidal behaviors in gender non-conforming youths: A meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(8), 1147–1161. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01508-5>
- Taliaferro, L. A., McMorris, B. J., Rider, G. N., & Eisenberg, M. E. (2019). Risk and Protective Factors for Self-Harm in a Population-Based Sample of Transgender Youth. *Archives of Suicide Research*, 23(2), 203–221. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1430639>
- Tebbe, E. A., & Budge, S. L. (2022). Factors that drive mental health disparities and promote well-being in transgender and nonbinary people. *Nature Reviews Psychology*, 1(12), 694–707. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00109-0>
- Uddin, R., Burton, N. W., Maple, M., Khan, S. R., & Khan, A. (2019). Suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts among adolescents in 59 low-income and middle-income countries: A population-based study. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 3(4), 223–233. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30403-6](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30403-6)
- van den Eijnden, R. J. J. M., Lemmens, J. S., & Valkenburg, P. M. (2016). The Social Media Disorder Scale. *Computers in Human Behavior*, 61, 478–487. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.03.038>
- Vance, S. R., Jr., Venegas, L., Johnson, J., Sinha, A., Chaphekar, A. V., & Sevelius, J. (2024). Community-Derived Recommendations for Improving Gender Affirmation of Black and Latine Transgender/Nonbinary Youth. *Annals of Behavioral Medicine*, 58(8), 517–526. <https://doi.org/10.1093/abm/kaeo36>

- Vereecken, C., Pedersen, T. P., Ojala, K., Krølner, R., Dzielska, A., Ahluwalia, N., Giacchi, M., & Kelly, C. (2015). Fruit and vegetable consumption trends among adolescents from 2002 to 2010 in 33 countries. *European Journal of Public Health*, 25(suppl_2), 16–19. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv012>
- Wang, X. X., Cosquer, M., Zhuang, M., Ali, A., Falissard, B., Corruble, E., Gressier, F., & Jousselme, C. (2023). The role of parents' and friends' support in preventing suicide attempts among French sexual minority adolescents. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 71(3), 101594. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2023.101594>
- Webb, M. J., Kauer, S. D., Ozer, E. M., Haller, D. M., & Sanci, L. A. (2016). Does screening for and intervening with multiple health compromising behaviours and mental health disorders amongst young people attending primary care improve health outcomes? A systematic review. *BMC Family Practice*, 17(1), 104. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0504-1>
- Weller, B. E., Bowen, N. K., & Faubert, S. J. (2020). Latent Class Analysis: A Guide to Best Practice. *Journal of Black Psychology*, 46(4), 287–311. <https://doi.org/10.1177/0095798420930932>
- WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. (2020). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
- WHO/Europe report. (2024). Rising school pressure and declining family support especially among girls, finds new WHO/Europe report. <https://www.who.int/europe/news/item/13-11-2024-rising-school-pressure-and-declining-family-support-especially-among-girls--finds-new-who-europe-report>
- World Health Organization. (2021). Suicide worldwide in 2021: Global health estimates. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110069>
- Wu, P., Hoven, C. W., Liu, X., Cohen, P., Fuller, C. J., & Shaffer, D. (2004). Substance Use, Suicidal Ideation and Attempts in Children and Adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 34(4), 408–420. <https://doi.org/10.1521/suli.34.4.408.53733>
- Xiao, Y., & Lu, W. (2019). Cumulative Health Risk Behaviors and Adolescent Suicide: The Moderating Role of Future Orientation. *American Journal of Health Behavior*, 43(6), 1086–1102. <https://doi.org/10.5993/AJHB.43.6.7>
- Xiao, Y., Romanelli, M., & Lindsey, M. A. (2019). A latent class analysis of health lifestyles and suicidal behaviors among US adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 255, 116–126. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.031>
- Yöyen, E., & Keleş, M. (2024). Psychological Risk Factors in the Transition from Suicidal Ideation to Suicidal Behavior in Young Adults. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(18), 1850. <https://doi.org/10.3390/healthcare12181850>
- Zhang, L., Ao, S. H., & Zhao, X. (2023). Longitudinal relationship between social media and e-cigarette use among adolescents: The roles of internalizing problems and academic performance. *BMC Public Health*, 23(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17059->

Liste der Abbildungen

Abbildung 1: Prävalenz von Traurigkeit im Zeitverlauf (2006–2022).....	4
Abbildung 2: Prävalenz von Suizidgedanken im Zeitverlauf (2006–2022).....	5
Abbildung 3: Prävalenz von Suizidplänen im Zeitverlauf (2006–2022).....	6
Abbildung 4: Prävalenz von Suizidversuchen im Zeitverlauf (2006–2022).....	7
Abbildung 5: Prävalenz von suizidalem Verhalten im Zeitverlauf (2006–2022) nach Geschlecht.....	9
Abbildung 6: Prävalenz von suizidalem Verhalten im Zeitverlauf (2006–2022) nach Alter.....	11
Abbildung 7: Prävalenz von suizidalem Verhalten im Zeitverlauf (2006–2022) nach Staatsangehörigkeit.....	14
Abbildung 8: Prävalenz von suizidalem Verhalten im Zeitverlauf (2006–2022) nach familiärem Wohlstand.....	15
Abbildung 9: Prävalenz von suizidalem Verhalten im Zeitverlauf (2006–2022) nach Schulform.....	17
Abbildung 10: Verteilung von Gesundheitsverhalten in den herausgearbeiteten Klassen.....	22
Abbildung 11: Angepasste Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Klassen des Gesundheitsverhaltens und suizidalem Verhalten.....	23
Abbildung 12: Angepasste Zusammenhänge zwischen Geschlechtsidentität, Mobbing, Unterstützung durch Gleichaltrige und suizidalem Verhalten.....	27
Abbildung 13: Stratifizierte Analyse zum Zusammenhang zwischen Geschlechtsidentität und Suizidversuchen nach Unterstützung durch Gleichaltrige.....	29

Liste der Tabellen

Tabelle 1: Soziodemografische Merkmale nach Umfragejahr.....	35
Tabelle 2: Prävalenz von Traurigkeit nach soziodemografischen Gruppen im Zeitverlauf.....	36
Tabelle 3: Prävalenz von Suizidgedanken nach soziodemografischen Gruppen im Zeitverlauf.....	37
Tabelle 4: Prävalenz von Suizidplänen nach soziodemografischen Gruppen im Zeitverlauf.....	38
Tabelle 5: Prävalenz von Suizidversuchen nach soziodemografischen Gruppen im Zeitverlauf.....	39

Abkürzungen

COVID-19	Corona-Pandemie 2019
ESC	<i>Enseignement Secondaire Classique</i>
ESG	<i>Enseignement Secondaire Général</i>
FAS	<i>Family Affluence Scale</i>
HBSC	<i>Health Behaviour in School-aged Children (Studie/Umfrage)</i>
KI	Konfidenzintervall
LCA	<i>Latent Class Analysis</i>
LGBTIQ+	Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transgender, Intersexuelle, Queer/Questioning und andere sexuelle und geschlechtliche Identitäten
OR	<i>Odds Ratio</i>
SCRIPT	<i>Service de Coordination de la Recherche et de l'Innovation pédagogiques et technologiques</i>

Berichte über die HBSC-Umfrage 2022 in Luxemburg

Dieser Bericht folgt auf eine Reihe von fünf thematischen Berichten, die auf der HBSC-Umfrage 2022 basieren:

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

Die Berichte sind in englischer, französischer und deutscher Sprache verfügbar und können von der Website www.hbsc.lu heruntergeladen werden. Ein methodischer Bericht und eine interaktive Datenvisualisierung für den Zeitraum von 2006 bis 2022 sind ebenfalls auf der Website verfügbar.



Bericht über die HBSC-Umfrage 2022 in Luxemburg

HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC)

Dieser Bericht präsentiert Ergebnisse zu suizidalem Verhalten bei Jugendlichen im Alter von 13 bis 18 Jahren, die zwischen 2006 und 2022 eine weiterführende Schule in Luxemburg besucht haben. Er untersucht Trends und Ungleichheiten in Bezug auf Traurigkeit, Suizidgedanken, Suizidpläne und Suizidversuche auf Grundlage national repräsentativer Daten aus den Umfragewellen der Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC).

Geschlechtsspezifische Unterschiede sind bei allen Indikatoren erkennbar: Im Vergleich zu Jungen berichteten Mädchen häufiger über Traurigkeit, Suizidgedanken, Suizidpläne und Suizidversuche. Die Altersmuster unterschieden sich je nach Indikator, wobei Suizidgedanken und -pläne häufiger in der mittleren Adoleszenz auftraten und Suizidversuche häufiger von jüngeren Schülern angegeben wurden. Auch andere soziodemografische Merkmale wie familiärer Wohlstand, Nationalität und Art der Schule standen im Zusammenhang mit Unterschieden in der Suizidalität. Die Ungleichheiten aufgrund des familiären Wohlstands waren am ausgeprägtesten, diejenigen aufgrund der Nationalität und der Schulart moderat.

Dieser Bericht untersucht darüber hinaus, wie sich das Gesundheitsverhalten zu unterschiedlichen Lebensstilmustern zusammenfassen lässt, die Ernährung, körperliche Aktivität, Substanzkonsum und die Nutzung sozialer Medien kombinieren. Die Analysen zeigen, dass Jugendliche, die mehrere Risikoverhaltensweisen aufweisen (z. B. Rauchen, Alkoholkonsum, E-Zigarettenkonsum, geringe körperliche Aktivität, ungesunde Ernährung und problematische Nutzung sozialer Medien), häufiger Suizidgedanken oder Suizidversuche angeben, während diejenigen, die keine Substanzen konsumieren, ein geringeres Risiko aufweisen.

Schließlich unterstreicht der Bericht die erhöhte Vulnerabilität von Jugendlichen aus geschlechtlichen Minderheiten, die im Vergleich zu ihren cisgeschlechtlichen Altersgenossen ein deutlich höheres Maß an Suizidgedanken und -versuchen angaben. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit von inklusiven und identitätsbestärkenden Umgebungen sowie integrierten Präventionsmaßnahmen, die sowohl soziale Ungleichheiten als auch das alltägliche Gesundheitsverhalten berücksichtigen.

Universität Luxemburg

Campus Belval

Maison de Sciences Humaines

11. Porte des Sciences

L-4366 Esch-sur-Alzette

www.hbsc.lu