

**Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie
der Freien Universität Berlin**

**Die Epidemiologie psychischer Auffälligkeiten
bei Jugendlichen im Ländervergleich:
Implikationen für eine europäische Präventionsstrategie**

(Ergebnisse aus der KIDSCREEN-Studie)

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktorin der Philosophie (Dr. phil.)

vorgelegt von

Diplom-Psychologin
Nora Wille
Master of Public Health

Berlin, 2012

Gutachter:

Prof. Dr. phil. Dieter Kleiber

(Freie Universität Berlin)

Gutachterin:

Prof. Dr. phil. Ulrike Ravens-Sieberer MPH

(Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)

Tag der Disputation:

24.11.2011

Erklärung

Hiermit versichere ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation

„Die Epidemiologie psychischer Auffälligkeiten bei Jugendlichen im Ländervergleich: Implikationen für eine europäische Präventionsstrategie“

(Ergebnisse aus der KIDSCREEN-Studie)

selbstständig verfasst und dabei keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe. Diese Arbeit wurde nicht an anderer Stelle als Abschlussarbeit eingereicht.

Berlin, im September 2011

Danksagung

Die Entstehung dieser Dissertation wurde erst durch das Zutun vieler Unterstützer und Unterstützerinnen in meinem beruflichen und privaten Umfeld möglich, deren Anteil ich an dieser Stelle mit einem herzlichen „Dankeschön“ würdigen möchte.

In erster Linie gilt mein Dank Prof. Ravens-Sieberer, die meine wissenschaftliche Entwicklung von Beginn an als unersetzliche Mentorin begleitet und gefördert hat. So vertraute sie mir 2005 nach meinem Einstieg in ihre Arbeitsgruppe „Kinder- und Jugendgesundheit“ am Robert Koch-Institut die Projektleitung der BELLA-Studie an, in deren Rahmen ich mein Interesse an der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen verfolgen und mir vielfältige methodische wie theoretische Kenntnisse erarbeiten konnte. Die durch ihre Berufungen auf neue Professuren bedingten zwei Umzüge in den Folgejahren ermöglichten es mir neben der stärker auf Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung ausgerichteten Arbeit im Robert Koch-Institut zunächst an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld ein mehr sozialwissenschaftlich geprägtes Arbeitsumfeld zu erleben um dann letztlich am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf eine stärker klinisch orientierte Perspektive auf wissenschaftliche Fragestellungen kennenzulernen. Prof. Ravens-Sieberer unterstützte zudem mein berufsbegleitendes Absolvieren zweier postgradualer Studiengänge (Public Health an der FU-Berlin, Epidemiologie an der Universität Mainz), die für mich auch in Hinblick auf das Anfertigen dieser Dissertation sehr wertvoll waren.

Unter all denen, von denen ich auf diesen Stationen lernen konnte und die ich leider nicht alle namentlich aufführen kann, möchte ich ganz besonders Dr. Michael Erhart meinen Dank aussprechen, der diese Dissertation durch inhaltliche wie methodische Anregungen beförderte und mich durch seine letzte Durchsicht beim „Feinschliff“ unterstützte.

Weiterhin gilt mein Dank Prof. Kleiber, der mein Interesse an Public Health bereits im Psychologiestudium weckte und sich später zu meiner großen Freude zur Betreuung und Begutachtung dieser Arbeit bereit erklärte.

Nicht unerwähnt bleiben sollen an dieser Stelle auch die über 20000 Heranwachsenden, und die vielen MitarbeiterInnen des KIDSCREEN-Projekts, ohne deren Beiträge dieser einmalige internationale Datensatz nicht in dieser Form verfügbar wäre.

Und „last but not least“ gilt mein Dank meiner Familie und meinen FreundInnen, die mich über Jahre hinweg emotional bestärkt und praktisch unterstützt haben, die mein Klagen und meine Launen ertragen haben. Ganz besonders danke ich auch meinem Lebenspartner, der mich ständig bestärkt und wenn nötig aufgefangen hat und – unter anderem – regelmäßig bei Wind und Wetter lange Ausflüge mit unserer kleinen Tochter unternommen hat um mir einige ungestörte Arbeitsstunden zu ermöglichen.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| 1 Einleitung | 1 |
| 2 Theorie..... | 4 |
| 2.1 Psychiatrische Epidemiologie des Jugendalters: Gegenstand und Zielpopulation | 4 |
| 2.2 Methodische Probleme hinsichtlich der Vergleichbarkeit von Prävalenzraten | 8 |
| 2.2.1 Falldefinitionen, Fallerfassung und Sampling im aktuellen Forschungsstand. | 8 |
| 2.2.2 Besondere Anforderungen an eine interkulturell vergleichbare Messung..... | 11 |
| 2.2.3 Interkulturelle Anwendungen dimensionaler Erhebungsinstrumente | 18 |
| 2.3 Prävalenzstudien zu psychischen Störungen bei Jugendlichen | 27 |
| 2.3.1 International und innerhalb Europas berichtete Prävalenzen..... | 27 |
| 2.3.2 Prävalenzen in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht | 32 |
| 2.3.3 Prävalenzen in Abhängigkeit vom individuellen sozioökonomischen Status | 33 |
| 2.3.4 Prävalenzen in Abhängigkeit von sozioökonomischen Makroindikatoren.... | 37 |
| 2.3.5 Kulturbedingte Variationen von Prävalenzen und Prädiktoren | 40 |
| 2.3.6 Nehmen psychische Auffälligkeiten zu? Zeitliche Trends | 43 |
| 2.4 Sozialepidemiologische Erkenntnisse als Grundlage zielgerichteter Prävention | 45 |
| 2.5 Das Jugendalter und relevante Lebenswelten bzgl. psychischer Auffälligkeiten. | 48 |
| 2.5.1 Das schulische Umfeld und psychische Auffälligkeiten..... | 52 |
| 2.5.2 Das familiäre Umfeld und psychische Auffälligkeiten..... | 55 |
| 2.5.3 Die Integration in die Gleichaltrigengruppe und psychische Auffälligkeiten | 58 |
| 2.5.3.1 Die Bedeutung von Freundschaften | 58 |
| 2.5.3.2 Probleme mit Gleichaltrigen: Bullying..... | 60 |
| 2.5.4 Verwobenheit und relative Bedeutung der verschiedenen Lebensbereiche... | 61 |
| 3 Ziele und Fragestellungen..... | 64 |
| 4 Methoden..... | 68 |
| 4.1 Stichprobe & Sampling:..... | 68 |
| 4.2 Instrumente | 70 |
| 4.2.1 Psychische Auffälligkeiten: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). 70 | |
| 4.2.1.1 Symptomfragebogen, Impact-Supplement und Algorithmus..... | 70 |
| 4.2.1.2 Aussagekraft hinsichtlich des Vorliegens psychischer Störungen | 73 |
| 4.2.2 Der sozioökonomische Status auf individueller Ebene: Family Affluence Scale | 75 |
| 4.2.3 Der sozioökonomische Status auf Länderebene: Makroindikatoren | 76 |
| 4.2.4 Das Befinden in den Lebenswelten: die KIDSCREEN-Skalen | 78 |
| 4.3 Statistische Analyse | 80 |

| | |
|---|-----------|
| 5 Ergebnisse | 90 |
| 5.1 Stichprobenbeschreibung | 90 |
| 5.2 Länderspezifische Unterschiede in der Datenqualität | 91 |
| 5.2.1 Häufigkeiten fehlender Werte in SDQ, KIDSCREEN-Skalen und FAS | 91 |
| 5.2.2 Interne Konsistenz der verwendeten Instrumente | 94 |
| 5.2.3 Faktorenstruktur des SDQs nach Land und Geschlecht..... | 100 |
| 5.2.4 Beziehung zwischen Symptombelastung und berichteter Beeinträchtigung | 108 |
| 5.3 Datengrundlage zur psychischen Auffälligkeit und Prädiktoren | 111 |
| 5.4 Raten psychischer Auffälligkeiten in zwölf europäischen Ländern | 112 |
| 5.4.1 Unterschiede nach Ländern | 112 |
| 5.4.2 Prävalenzschätzung klinisch relevanter Störungen | 115 |
| 5.4.3 Unterschiede nach Geschlecht | 116 |
| 5.4.4 Unterschiede nach Alter | 119 |
| 5.5 Familiärer Wohlstand | 122 |
| 5.5.1 Verteilung des familiären Wohlstands in den Ländern..... | 122 |
| 5.5.2 Assoziation des familiären Wohlstands mit psychischen Auffälligkeiten... | 125 |
| 5.5.3 Assoziation aggregierter Wohlstandsdaten mit psychischen Auffälligkeiten | 127 |
| 5.6 Geschlecht, Alter und SES als Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten | 130 |
| 5.7 Verteilung der Lebenswelt-Prädiktoren..... | 133 |
| 5.7.1 Lebenswelt Schule | 133 |
| 5.7.1.1 Lebenswelt Schule: Unterschiede nach Land, Geschlecht und Alter | 133 |
| 5.7.1.2 Lebenswelt Schule: Unterschiede nach familiärem Wohlstand | 135 |
| 5.7.1.3 Die Lebenswelt Schule als Prädiktor psychischer Auffälligkeiten | 135 |
| 5.7.2 Lebenswelt Familie | 138 |
| 5.7.2.1 Lebenswelt Familie: Unterschiede nach Land, Geschlecht und Alter... | 138 |
| 5.7.2.2 Lebenswelt Familie: Unterschiede nach familiärem Wohlstand..... | 139 |
| 5.7.2.3 Die Lebenswelt Familie als Prädiktor psychischer Auffälligkeiten | 140 |
| 5.7.3 Lebenswelt Gleichaltrigengruppe: Freundschaften..... | 143 |
| 5.7.3.1 Freundschaften: Unterschiede nach Land, Geschlecht und Alter..... | 143 |
| 5.7.3.2 Freundschaften: Unterschiede nach familiärem Wohlstand..... | 144 |
| 5.7.3.3 Freundschaften als Prädiktor psychischer Auffälligkeiten..... | 145 |
| 5.7.4 Lebenswelt Gleichaltrigengruppe: Bullying | 148 |
| 5.7.4.1 Bullying: Unterschiede nach Land, Geschlecht und Alter | 148 |
| 5.7.3.2 Bullying: Unterschiede nach familiärem Wohlstand..... | 149 |
| 5.7.3.3 Bullying als Prädiktor psychischer Auffälligkeiten..... | 150 |
| 5.8 Relative Bedeutung der Lebenswelten als Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten | 153 |
| 5.9 Zusammenschau der Fragestellungen und der darauf bezogenen Ergebnisse..... | 160 |

| | |
|---|------------|
| 6 Diskussion..... | 163 |
| 6.1 Kulturunterschiede in der Psychometrie des Messinstruments | 163 |
| 6.1.1 Feasibility: Akzeptanz des Verfahrens..... | 163 |
| 6.1.1 Reliabilität: Kulturunterschiede hinsichtlich der internen Konsistenz..... | 165 |
| 6.1.2 Validität: Kulturunterschiede hinsichtlich der Faktorenstruktur..... | 168 |
| 6.1.3 Validität: Kulturunterschiede hinsichtlich der Beziehung zwischen Symptomen und Belastung | 173 |
| 6.2 Raten psychischer Auffälligkeiten in verschiedenen Populationen: Schlussfolgerungen hinsichtlich Zielgruppen für Präventionsmaßnahmen..... | 179 |
| 6.2.1 Kulturunterschiede und Konsequenzen für europäische Public Health- Strategien..... | 179 |
| 6.2.2 Die Rolle von Alter und Geschlecht in Hinblick auf das Auftreten und die Prävention psychischer Auffälligkeiten | 186 |
| 6.2.3 Die Rolle der sozialen Lage in Hinblick auf das Auftreten und die Prävention psychischer Auffälligkeiten | 191 |
| 6.3 Jugendliche Lebenswelten als Ansatzpunkte für Public Health-Strategien..... | 204 |
| 6.3.1 Potential von Prävention und Gesundheitsförderung mit Sozillagenbezug | 208 |
| 6.3.1.1 Die Berücksichtigung von Lebenswelten als Mediatoren des SES | 208 |
| 6.3.1.2 Sozillagenspezifische Ressourcenförderung in den Lebenswelten | 214 |
| 6.3.2 Weitere Zielgruppen gesundheitsförderlicher Maßnahmen | 217 |
| 6.3.2.1 Länderspezifische Schwerpunkte gesundheitsförderlicher Maßnahmen | 217 |
| 6.3.2.2 Geschlechtsspezifische Ausrichtung gesundheitsförderlicher Maßnahmen | 219 |
| 6.3.2.3 Altersspezifische Ausrichtung gesundheitsförderlicher Maßnahmen ... | 220 |
| 6.4 Die Praxisimplikationen und ihre Herausforderungen im Überblick | 224 |
| 6.5 Stärken und Limitationen der präsentierten Analysen..... | 228 |
| 7 Fazit und Ausblick..... | 237 |
| 8 Zusammenfassung / Summary | 243 |
| 9 Literatur | 249 |

Anschließend ist der Arbeit zudem ein ANHANG mit eigenem Inhaltsverzeichnis beigefügt.

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|-----|
| Abbildung 1. Analysemodell gesundheitlicher Ungleichheiten nach Lampert & Schenk (2004). | 51 |
| Abbildung 2. Schematische Darstellung der Analyse | 64 |
| Abbildung 3. Schematische Darstellung des SDQ-Algorithmus | 72 |
| Abbildung 4. 6-Monats-Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten (SDQ-Algorithmus) der Länder | 112 |
| Abbildung 5. Raten psychischer Auffälligkeiten (%) nach Altersgruppen (Jahre)..... | 119 |
| Abbildung 6. Family Affluence Scale -Summenscores: Verteilung in verschiedenen Ländern.. | 123 |
| Abbildung 7. Anteil Heranwachsender mit niedriger FAS nach KIDSCREEN- und UNICEF-Daten | 124 |
| Abbildung 8. Raten psychischer Auffälligkeiten in Abhängigkeit vom FAS-Score | 125 |
| Abbildung 9. Assoziation der Auffälligkeitsraten mit dem pro Kopf BIP (2003) in US \$ | 127 |
| Abbildung 10. Zusammenhang der Auffälligkeitsraten mit dem Gini-Index (2003) | 128 |
| Abbildung 11. Länderspezifische Assoziationen zwischen familiärem Wohlstand und psychischen Auffälligkeiten in Abhängigkeit von der Organisation des Wohlfahrtsstaats nach Zambon et al. (2006)..... | 129 |
| Abbildung 12. Befinden in der Schule: Mittelwerte und Standardabweichungen der Länder .. | 133 |
| Abbildung 13. Der familiäre Wohlstand als Prädiktor schulischen Wohlbefindens | 135 |
| Abbildung 14. Das Wohlbefinden in der Schule als Mediator des SES | 137 |
| Abbildung 15. Befinden in der Familie: Mittelwerte und Standardabweichungen der Länder. | 138 |
| Abbildung 16. Der familiäre Wohlstand als Prädiktor familiären Wohlbefindens..... | 140 |
| Abbildung 17. Das Wohlbefinden in der Familie als Mediator des SES..... | 142 |
| Abbildung 18. Befinden mit FreundInnen: Mittelwerte und Standardabweichungen der Länder | 143 |
| Abbildung 19. Der familiäre Wohlstand als Prädiktor des Wohlbefindens mit Gleichaltrigen (FreundInnen)..... | 145 |
| Abbildung 20. Das Wohlbefinden mit FreundInnen als Mediator des SES | 147 |
| Abbildung 21. Auftreten von Bullying: Mittelwerte und Standardabweichungen der Länder.. | 148 |
| Abbildung 22. Der familiäre Wohlstand als Prädiktor des Wohlbefindens mit Gleichaltrigen (Bullying) | 150 |
| Abbildung 23. Die Bullying-Problematik als Mediator des SES | 152 |
| Abbildung 24. Schematische Zusammenfassung der Ergebnisse..... | 157 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|-----|
| Tabelle 1. Interne Konsistenzen des SDQs in internationalen Bevölkerungssamples..... | 24 |
| Tabelle 2. Zwischen 1990 und 2011 publizierte Prävalenzstudien in jungen Bevölkerungssamples .. | 31 |
| Tabelle 3. Samplecharakteristika in den verschiedenen Ländern | 90 |
| Tabelle 4. Häufigkeiten fehlender Werte im SDQ-Symptomfragebogen | 91 |
| Tabelle 5. Häufigkeiten fehlender Werte im SDQ- Impact-Supplement | 92 |
| Tabelle 6. Häufigkeiten fehlender Werte in KIDSCREEN-Skalen und Family Affluence Scale | 92 |
| Tabelle 7. Cronbach's α des SDQ-Gesamtproblemwerts (GPW) sowie der Subskalen (Selbstbericht). | 95 |
| Tabelle 8. Cronbach's α des SDQ-Gesamtproblemwerts (GPW) sowie der Subskalen (Elternbericht). | 96 |
| Tabelle 9. Cronbach's α der KIDSCREEN-Skalen (Selbstbericht)..... | 98 |
| Tabelle 10. Übersicht der in Faktorenanalysen reproduzierten Faktoren der SDQ-Elternversion.. | 101 |
| Tabelle 11. Übersicht der Hauptkomponenten-Faktorenanalysen (Varimax, Eltern-SDQ)..... | 103 |
| Tabelle 12. Übersicht der in Faktorenanalysen reproduzierten Faktoren der SDQ-Jugendversion | 104 |
| Tabelle 13. Übersicht der Hauptkomponenten-Faktorenanalysen (Varimax, Jugendlichen-SDQ) | 106 |
| Tabelle 14. Chancen einer mindestens grenzwertigen Beeinträchtigung bei Symptombelastung | 109 |
| Tabelle 15. Vorliegende Daten zu psychischen Auffälligkeiten & Basis des SDQ-Algorithmus..... | 111 |
| Tabelle 16. Anteil liberal und konservativ definierter psychischer Auffälligkeiten (KI _{95%}) der Länder | 114 |
| Tabelle 17. 6-Monats-Prävalenzen klinisch relevanter Störungen der Länder | 115 |
| Tabelle 18. Anteil psychischer Auffälligkeiten im strengen Sinne an den Gesamtraten der Länder. | 117 |
| Tabelle 19. Nach Land und Geschlecht stratifizierte altersspezifische Odds Ratios für die Chance des Vorliegens psychischer Auffälligkeiten gemäß liberaler Dichotomisierung.. | 120 |
| Tabelle 20. Länderspezifische Anteile niedrigen, mittleren und hohen familiärem Wohlstands | 122 |
| Tabelle 21. Raten psychischer Auffälligkeiten in den Strata nach familiärem Wohlstand..... | 126 |
| Tabelle 22. Alter, Geschlecht und SES als Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten | 130 |
| Tabelle 23. Befinden in der Schule: Geschlechtsunterschiede in den verschiedenen Ländern. | 134 |
| Tabelle 24. Geschlecht, Alter, SES und schulisches Wohlbefinden als Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten..... | 136 |
| Tabelle 25. Befinden in der Familie: Länder- und Geschlechtsunterschiede..... | 139 |
| Tabelle 26. Geschlecht, Alter, SES und familiäres Wohlbefinden als Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten..... | 141 |
| Tabelle 27. Befinden mit FreundInnen: Länder- und Geschlechtsunterschiede | 144 |
| Tabelle 28. Geschlecht, Alter, SES und Wohlbefinden mit FreundInnen als Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten | 146 |
| Tabelle 29. Auftreten von Bullying: Länder- und Geschlechtsunterschiede | 149 |
| Tabelle 30. Geschlecht, Alter, SES und Bullying als Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten . | 151 |
| Tabelle 31. Relative Bedeutung der Lebenswelten bzgl. psychischer Auffälligkeiten | 154 |
| Tabelle 32. Übersicht der Implikationen für Prävention und Gesundheitsförderung..... | 222 |

Abkürzungen

| | |
|-------------------|---|
| ADHS | Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung |
| ASEBA | Achenbach System of Emprically Based Assessment |
| BIP | Bruttoinlandsprodukt |
| CBCL | Child Behavior Checklist |
| DAWBA | The Development and Well-Being Assessment |
| DISC | Diagnostic Interview Schedule for Children (P = parent version) |
| DSM-IV | Diagnostic and statistical manual of mental disorders (V, aber auch I, II, III-R stehen für die jeweiligen Auflagen) |
| ESEMeD | European Study of the Epidemiology of Mental Disorders |
| EU | Europäischen Union |
| EUROSTAT | Statistisches Amt der Europäischen Union |
| FB | Fragebogen |
| FAS | Family Affluence Scale |
| GBW | Gesamtbeeinträchtigungswert |
| GPW | Gesamtproblemwert |
| HL | Hosmer-Lemeshow |
| ICD-10 | International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10 steht für die aktuelle Version) |
| INT | Interview |
| KI _{95%} | 95% Konfidenzintervall |
| KKP | Kaufkraftparitäten |
| KMO | Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium |
| K-SADS-PL | Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children - Present and Lifetime Version |
| m | Mittelwert |
| MeSH-term | Medical Subjects Headings, Schlagworte in der Sprache der amerikanischen Nationalbibliothek für Medizin |
| NPW | negativer prädiktiver Wert |
| OR | Odds Ratio bzw. der zur Basis e exponenzierten b-Koeffizient = Exp(b) |
| PAR | populationsattributables Risiko |
| PPW | positiver prädiktiver Wert |
| r | Korrelationskoeffizient nach Pearson |
| ROC | Receiver Operating Characteristic |
| RR | Relatives Risiko |
| SCAN | Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry |
| SD | Standard deviation bzw. Standardabweichung |
| SDQ | Strengths and Difficulties Questionnaire |
| SE | Standard error bzw. Standardfehler |
| SES | Socioeconomic status bzw. Sozioökonomischer Status |
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences |
| tel. INT | telefonisches Interview |
| TRF | Teacher's Report Form |
| UN | Vereinten Nationen |
| UNDP | United Nations Development Programme |
| UNICEF | United Nations Children's Fund |
| WHO | Weltgesundheitsorganisation |
| YSR | Youth Self Report |

Abkürzungen - Länderkürzel

Gemäß der Empfehlung des Europäischen Amtes für Veröffentlichungen wurden für die Länderkürzel die ISO 3166 alpha-2-Codes (siehe http://www.iso.org/iso/english_country_names_and_code_elements, 4.7.2011) mit Ausnahme des Kürzels für Griechenland (EL statt GR) und Großbritannien (UK statt GB) verwendet. Da diese Auflistung kein Kürzel für Palästina vorsieht, wird für eine Studie aus dem Gaza-Streifen das Kürzel „PA“ verwendet, das hier folglich nicht wie nach diesem Code ursprünglich vorgesehen für Panama steht.

| | | | |
|----|--------------|----|---------------------------------|
| AL | Albanien | JP | Japan |
| AT | Österreich | LT | Litauen |
| AU | Australien | LV | Lettland |
| BE | Belgien | MD | Moldawien |
| BG | Bulgarien | MT | Malta |
| CA | Kanada | NL | die Niederlande |
| CH | Schweiz | NO | Norwegen |
| CZ | Tschechien | NZ | Neuseeland |
| DE | Deutschland | PA | Palästina |
| DK | Dänemark | PL | Polen |
| FI | Finnland | PT | Portugal |
| FR | Frankreich | RO | Rumänien |
| EE | Estland | RS | Serbien |
| EL | Griechenland | RU | Russland |
| ES | Spanien | SE | Schweden |
| HR | Kroatien | SI | Slowenien |
| HU | Ungarn | SK | Slowakei |
| IE | Irland | UA | Ukraine |
| IS | Island | UK | Großbritannien (und Nordirland) |
| IT | Italien | US | Vereinigte Staaten von Amerika |

Für die Gesamtheit der in die Analysen dieser Arbeit einbezogenen Länder wird in den Tabellen folgende Abkürzung verwendet:

Ges Gesamt

Abkürzungen – SDQ-Subskalenkürzel

| | |
|-----|-----------------------|
| EMO | Emotionale Probleme |
| VER | Verhaltensprobleme |
| HYP | Hyperaktivität |
| PEE | Peer-Probleme |
| PRO | Prosoziales Verhalten |

1 Einleitung

Die Bedeutung psychischer Auffälligkeiten bei Jugendlichen im allgemeinen Morbiditätsgeschehen

Psychische Störungen haben einen zunehmenden Anteil an der Krankheitslast der Weltbevölkerung. Im Rahmen der Global Burden of Disease Study entwickelte Szenarien prognostizieren, dass alleine das Auftreten von Depressionen im Jahr 2020 den zweitgrößten Beitrag zu den „disability-adjusted life years“ leisten wird (1,2). Diese hohe Krankheitslast durch psychische Störungen betrifft insbesondere sozial benachteiligte Bevölkerungsschichten (3) und zeigt sich auch bereits im Erkrankungsspektrum von Jugendlichen (4). Die Europäische Kommission geht davon aus, dass die Punktprävalenz psychischer Auffälligkeiten im Jugendalter auf das Niveau in der Erwachsenenbevölkerung von etwa 20% ansteigt (5). Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt die Prävalenz behindernder psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen sowohl weltweit als auch im europäischen Raum auf zwischen 10% und 20% (3,6).¹ Die vorliegenden Erkenntnisse haben die WHO veranlasst, die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen als eine „key area of concern“ zu betrachten (7, S.1). In der Wissenschaft werden diese Entwicklungen unter dem Begriff der „neuen Morbidität“ (8) zusammengefasst, der auch auf die zunehmende Bedeutung von Störungen wie Depressionen, Ängsten oder Störungen des Sozialverhaltens verweist.

Die bei Kindern und Jugendlichen auftretenden Störungen erweisen sich als äußerst persistent, so dass die hohen Prävalenzraten besonders bedenklich erscheinen (9). Längsschnittliche Untersuchungen über 2- bis 5-Jahreszeiträume konnten Persistenzraten psychischer Auffälligkeiten von meist über 50% zeigen (10). Da 10% der Auffälligen über einen Zeitraum von mindestens zehn Jahren psychische Störungen aufwiesen, kann bei etwa jedem zehnten betroffenen Kind ein chronischer Verlauf angenommen werden (11). Auch international wurde berichtet, dass Kinder und Jugendliche, die einmal eine psychiatrische Störung entwickelt haben, ein dreifaches Risiko aufweisen, kontinuierlich oder wiederholt unter dieser Störung zu leiden (12). Umgekehrt zeigt sich auch, dass ein großer Anteil der psychischen Störungen im Erwachsenenalter bereits in Kindheit und Jugend begann (13,14). So waren in einer Verlaufsuntersuchung (15) die meisten psychisch auffälligen jungen Erwachsenen (74%) bereits früher auffällig.

¹ Die WHO nennt für diese recht unscharfen Prävalenzangaben keine Bezugszeiträume und verweist zudem darauf, dass sich diese Prävalenzen nicht nur auf diagnostizierbare psychische Störungen sondern auch auf mildere Auffälligkeiten beziehen, die jedoch besondere Aufmerksamkeit erfordern (3).

Die hohen Auftretenshäufigkeiten und die Persistenz psychischer Störungen erzeugen nicht nur einen starken individuellen Leidensdruck bei den Erkrankten und deren sozialem Umfeld, sie sind zudem mit hohen gesellschaftlichen Folgekosten verbunden. Die Europäische Kommission schätzt die assoziierten ökonomischen Einbußen auf 3 bis 4% des Bruttosozialprodukts, wobei nur ein Teil dieser Kosten auf die Behandlung (~2%) entfällt (5,16). Weitere indirekte Kosten treten außerhalb des Gesundheitssektors auf. So sind insbesondere bei jungen Menschen die Bildungs- und Entwicklungschancen und damit ihre Zukunftsperspektiven durch psychische Störungen stark eingeschränkt (17,18). Aber auch die bei betroffenen Erwachsenen einhergehende Arbeitsunfähigkeit, eingeschränkte Rollenfunktion oder verringerte Produktivität bedeuten nicht nur Einbußen für das Individuum sondern resultieren darüber hinaus in volkswirtschaftlichen Nachteilen und höheren Sozialausgaben (19). Die Belastungen durch psychische Störungen sind folglich vielfältig und schlagen sich in verschiedensten Sektoren – bis hin zum Justizsystem – nieder (19).

Die große Auftretenshäufigkeit psychischer Störungen sowie die teilweise starken Beeinträchtigungen der betroffenen Personen verleihen diesem Morbiditätsgeschehen eine hohe Public Health-Relevanz. Epidemiologische Untersuchungen können angesichts dieser Situation einen wichtigen Beitrag zur genaueren Beschreibung des Auftretens psychischer Störungen in der Bevölkerung leisten und damit beispielsweise die Ausrichtung von Public Health-Maßnahmen auf bestimmte Zielgruppen sinnvoll unterstützen. Darüber hinaus können psychiatrisch epidemiologische bzw. sozial-epidemiologische Studien auf relevante Einflussfaktoren für das Auftreten psychischer Auffälligkeiten hinweisen und damit Informationen über mögliche Ansatzpunkte zur Planung präventiver Maßnahmen bereitstellen.

In diesem Sinne hat diese Arbeit zum Ziel, das oben skizzierte Morbiditätsgeschehen bei Jugendlichen in Europa zu beschreiben und Zusammenhänge mit der persönlichen Situation von Heranwachsenden in verschiedenen Lebensbereichen, die potentielle Ansatzpunkte präventiver Maßnahmen bilden, darzustellen.² Dafür wird anfangs in einem theoretischen Teil nach einer Einführung der wichtigsten Begrifflichkeiten (2.1) der Kenntnisstand zur Epidemiologie psychischer Auffälligkeiten im Jugendalter zusammengefasst. Diese Darstellung erfordert zunächst eine ausführlichere Erläuterung der methodischen Herausforderungen, die insbesondere Ländervergleiche in diesem Bereich mit sich bringen (2.2),

² Eine solche Analyse wurde möglich, da die Autorin Gelegenheit hatte, den Datensatz des KIDSCREEN-Projektes (siehe 4.1.) heranzuziehen. Dieses erhob umfassende Daten sowohl zur psychischen Gesundheit als auch zum Befinden in verschiedenen Lebensbereichen bei Jugendlichen aus 12 europäischen Ländern.

bevor eine Zusammenschau der für europäische Länder verfügbaren Prävalenzstudien erfolgt und die vorliegenden Erkenntnisse über Einflussfaktoren wie Geschlecht, Alter und sozioökonomischen Status aber auch Kulturunterschiede skizziert werden (2.3). Nachdem auf diese Weise die Public Health-Relevanz von psychischen Auffälligkeiten bei Jugendlichen und somit auch der bestehende Handlungsbedarf verdeutlicht wurde, zeigt der folgende Teil der theoretischen Einführung die Möglichkeiten von Prävention und Gesundheitsförderung auf und umreißt, inwiefern sozialepidemiologische Erkenntnisse für das Etablieren entsprechender zielgerichteter Maßnahmen bedeutsam sind (2.4). Vor dem Hintergrund der im weiteren Verlauf eingeführten wichtigen Entwicklungsaufgaben und Sozialisationsinstanzen des Jugendalters (2.5) wird der Kenntnisstand über die für Jugendliche besonders relevanten Lebenswelten Schule (2.5.1), Familie (2.5.2) und Gleichaltrigen-Gruppe (2.5.3) beschrieben. Auch für diese Bereiche werden insbesondere geschlechts-, alters-, sozillagen- sowie kulturspezifische Unterschiede des mit ihnen verbundenen sozialen Kapitals dargestellt. Zudem wird erörtert, welche Bedeutsamkeit der jeweilige Bereich in Hinblick auf das Auftreten psychischer Auffälligkeiten aufweist.

Nach der Ableitung der Fragestellungen und Darlegung der zu untersuchenden Hypothesen (3) sowie der Beschreibung der verwendeten Daten (4.1), eingesetzten Instrumente (4.2) und Analysemethoden (4.3) folgt die Darstellung der Ergebnisse (5) wie auch ihre Diskussion (6) der gleichen inhaltlichen Logik, die der Beschreibung des theoretischen Hintergrunds zugrunde liegt. So werden nach einer Stichprobenbeschreibung (5.1) zunächst methodische Aspekte insbesondere kulturübergreifender Datenerhebungen zu psychischen Auffälligkeiten behandelt (5.2 bzw. 6.1) bevor die ermittelten Prävalenzraten in Abhängigkeit vom Land, Alter, Geschlecht (5.4 bzw. 6.2) und sozioökonomischen Status (5.5 bzw. 6.2) fokussiert werden. Darauf folgend wird die Bedeutung der Lebenswelten Schule, Familie und Gleichaltrigen-Gruppe als Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten betrachtet und insbesondere die Frage verfolgt, inwiefern Präventionsmaßnahmen aber auch gesundheitsförderliche Interventionen in diesen Settings geeignet sein könnten, soziale Ungleichheiten im (psychischen) Gesundheitsstatus zu reduzieren (5.7 bzw. 6.3.1). Darüber hinaus wird aber auch die Bedeutung der hier präsentierten Ergebnisse für eine insgesamt zielgruppenspezifischere Ausrichtung gesundheitsförderlicher Maßnahmen betrachtet (6.3.2). Insbesondere in Hinblick auf die Möglichkeiten sozillagenbezogener Maßnahmen werden in der Diskussion der Ergebnisse auch die damit verbundenen Herausforderungen der Praxis angesprochen (6.4), bevor nach der Erörterung der Stärken und Schwächen der Analysen (6.5) ein allgemeines Fazit (7) gezogen wird.

*„At this stage of our knowledge,
it is not realistic to expect universal agreement
on a single definition of child psychopathology“
(Achenbach et al. 2008, 20, S.252)*

2 Theorie

2.1 Psychiatrische Epidemiologie des Jugendalters: Gegenstand und Zielpopulation

„*Epidemiology counts*“ fasste bereits 1984 eine seither viel zitierte Überschrift das Anliegen der (deskriptiven) psychiatrischen Epidemiologie pointiert zusammen (21; S.931). Und tatsächlich bildet das „Zählen“ von Erkrankungsfällen einen zentralen Bestandteil epidemiologischer Studien, um die Verteilung aber auch die Determinanten gesundheitsbezogener Zustände in Populationen zu untersuchen und letztlich Gesundheitsproblemen besser entgegenwirken zu können (22). Das vermeintlich einfache „Zählen“ erweist sich in psychiatrisch epidemiologischen Studien jedoch als schwierig, wenn unklar ist, was genau gezählt werden soll – ein Problem, das insbesondere einer unscharfen Definition „psychischer Störungen“ geschuldet ist.

So impliziert bereits der Begriff „psychische Störung“ im Gegensatz zur „psychischen Krankheit“ nicht nur die Bemühung Stigmatisierungen zu reduzieren. Er weist auch auf eine Abgrenzung vom medizinischen Krankheitsmodell und damit auf eine größere konzeptuelle Offenheit hin (23). Dies erschwert jedoch auch eine befriedigende Gesamtdefinition des Phänomens. Bei Kindern und Jugendlichen spricht man allgemein vom Vorliegen einer psychischen Störung, *„wenn das Verhalten und/oder Erleben bei Berücksichtigung des Entwicklungsalters abnorm ist und/oder zu einer Beeinträchtigung führt“* (24; S.23). Auf eine ähnliche – wenn auch deutlich ältere – Definition beziehen sich auch viele epidemiologische Studien, die unter psychischen Störungen *„abnormalities of emotions, behaviour or relationships which are developmentally inappropriate and of sufficient duration and severity to cause persistent suffering or handicap to the child and/or distress or disturbance to the family or community“* (25, S.563) verstehen (26). Ist eine solche abnorme Verhaltens- und Erlebensstörung gegeben, folgt im klinischen Alltag die Festlegung einer Diagnose, wobei die Zuordnung beobachteter Symptomkomplexe zu diagnostischen Kategorien auf Grundlage der in den Diagnosemanualen ICD-10 (27) und DSM-IV (28) formulierten spezifischen Kriterien erfolgt. Im Sinne des medizinischen Denkmodells liegt diesen Klassifikationssystemen ein Verständnis psychischer Störungen als *„klar voneinander abgegrenzte, diskrete Einheiten“* (24, S.26) zugrunde. Eine vorliegende Beeinträchtigung wird festgestellt,

sofern ein subjektiver Leidensdruck besteht, eine soziale Einengung bzw. andere Interferenzen mit der Entwicklung auftreten oder auch negative Auswirkungen auf andere vorliegen (24,28).

In der Praxis sind die Grenzen zwischen Normalität und Abnormalität jedoch fließend. Und auch die verwendeten Diagnosen beschreiben keine nosologischen Entitäten, sondern stellen lediglich zeitlich begrenzte Konstrukte dar, die den aktuellen Konsens ausgewählter ExpertInnen reflektieren (23,29). Bei der Einstufung eines Phänomens als „psychische Störung“ spielen insofern auch verschiedene Normen eine Rolle: So definieren soziale Normen abweichendes Verhalten erst als solches – und beziehen dabei auch Annahmen über die Angemessenheit eines Verhaltens in Anbetracht der begleitenden Lebensumstände oder des Alters ein. Aber auch statistische Normen gehen in ein solches Urteil ein, da sich auf ihrer Grundlage die Ausprägung eines Verhaltens bzw. des Schweregrads oder die Persistenz einer Symptomatik erst als ungewöhnlich (stark) beurteilen lässt (23,24). Aufgrund dieser Abhängigkeit von allgemeinen Bewertungsmaßstäben eines spezifischen soziokulturellen Kontexts (24,29) lässt die gleiche beobachtete Symptomatik durchaus verschiedene Schlussfolgerungen hinsichtlich ihrer Störungswertigkeit zu. Desgleichen können auch bei der Beurteilung, ob eine Beeinträchtigung vorliegt, diverse Normen – wie soziale oder subjektive Normen – zu verschiedenen Urteilen führen (23). In populationsbezogenen epidemiologischen Untersuchungen stellt das korrekte Identifizieren von Personen mit Leidensdruck – im Gegensatz zum klinischen Setting – eine gesonderte Herausforderung dar, da bei Personen aus der Allgemeinbevölkerung nicht wie bei Behandlungssuchenden vorausgesetzt werden kann, dass zumindest ein leichter Leidensdruck vorhanden ist (30).

Mit den in der Feststellung einer „psychischen Störung“ implizierten normativen und statistischen Bewertungen ergibt sich demnach eine gewisse Unschärfe des Begriffs, der damit auch verschiedene Operationalisierungen in empirischen Untersuchungen zulässt. Die hieraus für epidemiologische Untersuchungen und insbesondere für Prävalenzschätzungen resultierenden Schwierigkeiten machen eine sorgfältige Betrachtung methodischer Aspekte bei der Bewertung bislang vorliegender Forschungsergebnisse erforderlich, die insbesondere die jeweils zugrunde gelegte Definition „psychischer Störungen“ berücksichtigt (siehe 2.2).

Aber nicht nur der Begriff der „psychischen Störung“ sondern auch der alltäglich verwendete Begriff „Jugendlicher“ und speziell seine Abgrenzung gegenüber dem Begriff „Kind“ verdient vorab gesonderte Aufmerksamkeit. Das Jugendalter unterscheidet sich

zwar durch spezifische Entwicklungsaufgaben von der Kindheit (siehe 2.5), es lassen sich jedoch schwerlich fixe Altersgrenzen festlegen, so dass die Bezeichnungen „Jugendlicher“ und „Kind“ sehr uneinheitlich gebraucht werden. So bezieht sich bspw. der Pubmed MeSH-term „*children*“ auf Personen im Alter von sechs bis zwölf und „*adolescent*“ auf Personen zwischen 13 und 18 Jahren. In Dokumenten der WHO (31) gelten hingegen 5- bis 9-Jährige als ältere Kinder und 10- bis 19-Jährige als Jugendliche. Wiederum andere Unterteilungen finden sich in wissenschaftlichen Publikationen oder Dokumenten der Vereinten Nationen (UN) oder Europäischen Union (EU).

Die Unschärfe der altersbezogenen Eingrenzungen des Jugendalters erklärt sich durch den Umstand, dass sich die Jugend als quantitativ wie qualitativ bedeutsame Lebensphase erst ab etwa 1950 ausdifferenzierte (32). Die seit Mitte des letzten Jahrhunderts zunehmende zeitliche Ausdehnung der seither meist außerhäuslichen Ausbildung als „*biographische[r] Warteraum auf dem Wege zum Erwachsenenalter*“ (32, S.22) sowie die beobachtbare Vorverlagerung der Pubertät bilden wichtige Eckpunkte dieses Prozesses. Entsprechend konstatiert auch die Jugendforschung, dass ihr Forschungsgegenstand „*nichts ,naturhaft Vorgegebenes*“ (33, S.185) sei, sondern historisch und gesellschaftlich variere (4,34). Um nichtsdestotrotz eine letztlich unverzichtbare Begriffsdefinition vorzunehmen, wird hier – einem weithin anerkannten Standardwerk der Entwicklungspsychologie folgend – das Jugendalter als der Lebensabschnitt zwischen elf und 18 Jahren betrachtet, der mit der Pubertät beginnt und selber wiederum einen Teil der Adoleszenz (elf bis 21 Jahre) bildet (35,36).^{3,4}

Eine letzte Begriffsklärung, die in Hinblick auf die in dieser Arbeit zu untersuchende Zielpopulation im Vorfeld noch vorgenommen werden muss, betrifft die Verwendung der Begriffe „Land“ und „Kultur“. Obwohl in der Folge ein Vergleich der Angaben von Jugendlichen und Eltern aus verschiedenen europäischen *Ländern* stattfindet, wird doch vorwiegend – wie auch in der gesichteten wissenschaftlichen Literatur üblich – der Begriff „*Kultur*“ gebraucht. Diese Begriffe sind jedoch offensichtlich keine Synonyme: während der Begriff „*Land*“ mit seiner Bezugnahme auf Nationalstaaten vorwiegend politisch gefärbt ist, weist der Begriff der „*Kultur*“ eher ethnologische Bezüge auf (37). Somit kann einerseits ein Land mit verschiedenen Bevölkerungsgruppen eine starke

³ Diese Synopse verschiedener in der Literatur vorfindbaren Einteilungen findet sich ohne Angabe von Gründen in der neusten Auflage des Buches nicht mehr. Letzterer lassen sich lediglich verschiedene und nicht deckungsgleiche Einteilungen des Jugendalters entnehmen.

⁴ Da die in dieser Arbeit verwendeten Survey-Daten leider bei Elfjährigen das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten nicht in vergleichbarer Weise erfassen wie bei den älteren Jugendlichen, beziehen sich die im Ergebnisteil präsentierten Analysen jedoch auf Heranwachsende ab zwölf Jahren.

kulturelle Diversität aufweisen, andererseits können verschiedene Länder aufgrund gemeinsamer Wurzeln kulturell weitgehend eine Einheit bilden (37). Der Fokus auf den Kulturbegriff ergibt sich hier, da in Bezug auf psychische Auffälligkeiten bei Jugendlichen politisch definierte Landesgrenzen nur bedingt von Interesse sind. So berühren auf Ländergrenzen bezogene Ergebnisse wie das Berichten von Prävalenzraten zwar direkt politische Einheiten, die auch als solche handlungsfähig sind und bspw. über eine Verstärkung von Präventionsmaßnahmen entscheiden können. Wichtiger ist jedoch bei Ländervergleichen in diesem Forschungsbereich die Annahme, dass die Angehörigen eines Nationalstaats in vergleichbaren kulturellen Rahmenbedingungen leben, die die Auftretenshäufigkeit psychischer Auffälligkeiten beeinflussen (siehe 2.3.5). Die Definition von Kultur als das einer Menschengruppe eigene System an Werten, Normen und Vorstellungen, das Denken, Fühlen und Handeln maßgeblich prägt (38, 39), verdeutlicht bereits die Bedeutung der Kultur als Kontext der Entwicklung, des Erlebens und der Bewertung psychischer Auffälligkeiten. Zusätzlich spielt in Hinblick auf die Erfassung abweichender Verhaltensweisen die Sprache als zentrale Kulturtechnik eine bedeutsame Rolle. Somit erscheint die Verwendung des Kulturbegriffs hier inhaltlich gerechtfertigt, auch wenn der Wohnsitz als Indikator für den kulturellen Hintergrund eine Vereinfachung darstellt.

Zusammenfassung

In populationsbezogenen epidemiologischen Untersuchungen stellt das Quantifizieren des Auftretens „**psychischer Störungen**“ eine besondere Herausforderung dar, da der Forschungsgegenstand unscharf definiert ist. Allgemein geht man bei Heranwachsenden vom Vorliegen einer psychischen Störung aus „*wenn das Verhalten und/oder Erleben bei Berücksichtigung des Entwicklungsalters abnorm ist und/oder zu einer Beeinträchtigung führt*“ (24; S.23). Die in eine solche Beurteilung zwangsläufig einfließenden mit dem soziokulturellen Kontext und im Zeitverlauf variierenden Normen verweisen jedoch auf die Notwendigkeit, die in verschiedenen Studien verwendeten Operationalisierungen genau zu betrachten.

Auch die mit dem Begriff „**Jugendalter**“ bezeichnete Lebensphase variiert gesellschaftlich und historisch, so dass keine eindeutigen natürlichen Grenzen für eine Definition herangezogen werden können. Einem aktuellen Standardwerk der Entwicklungspsychologie folgend (35), werden in dieser Arbeit elf- bis und 18-Jährige als Jugendliche bezeichnet.

Obwohl in dieser Arbeit letztlich *Länderunterschiede* untersucht werden, wird der Begriff **Kultur** verwendet bzw. von **interkulturellen Unterschieden** gesprochen. Vor dem Hintergrund der Annahme weitgehend vergleichbarer kultureller Rahmenbedingungen im Sinne gesellschaftlicher Werte, Normen und Vorstellungen für Angehörige eines Nationalstaats erscheint dies jedoch gerechtfertigt.

2.2 Methodische Probleme hinsichtlich der Vergleichbarkeit von Prävalenzraten

2.2.1 Falldefinitionen, Fallerfassung und Sampling im aktuellen Forschungsstand

Erkenntnisse zur Epidemiologie psychischer Störungen oder Auffälligkeiten bei Jugendlichen liegen aus verschiedensten Studien vor. Die Interpretation und der Vergleich der auf Grundlage verschiedener Untersuchungen berichteten Prävalenzraten erweist sich jedoch als äußerst problematisch, da die Studien ihren Forschungsgegenstand uneinheitlich definieren und erfassen. Bevor hier also ein Überblick über die vorliegenden Untersuchungen gegeben wird, sollen darum zunächst kurz einige Hauptschwierigkeiten von Prävalenzstudien zur Psychopathologie bei Kindern und Jugendlichen eingeführt werden. Diese betreffen neben Problemen der Falldefinition auch die Fallerfassung, die verwendeten Samplingstrategien sowie die Datenanalyse und sind – obwohl sie bereits länger diskutiert werden (26,40,41,42) – nach wie vor aktuell und teilweise auch kaum vermeidbar.

Zunächst stellen uneinheitliche *Falldefinitionen* ein Problem (interkultureller) psychiatrisch epidemiologischer Studien (nicht nur) bei Jugendlichen dar. Korrespondierend mit den oben angesprochenen zwei Aspekten der Definition psychischer Störungen – dem statistischen und dem normativen Aspekt – folgen die vorliegenden Studien zwei verschiedenen Ansätzen: zum einen werden psychopathologische Phänomene quantitativ definiert und die Stärke ihrer Ausprägung mit Hilfe dimensional orientierter Fragebogeninstrumente erfasst, zum anderen erfolgt eine kategoriale Definition psychischer Störungen, die eine Erfassung der diagnostischen Kriterien – meist mit Hilfe standardisierter diagnostischer Interviewverfahren – nach sich zieht (20,30,43,44,45,46).

Der erste Ansatz, der psychopathologische Phänomene über auffällig hohe Werte im Vergleich zu einer statistischen Norm definiert, bietet forschungspraktisch viele Vorteile. So ermöglicht eine dimensionale Erfassung per Fragebogen nicht nur eine einfache Durchführung der Datenerhebung, sondern erbringt auch sehr differenziertes Datenmaterial, mit dessen Hilfe die Verteilung bestimmter Symptome und Symptomkomplexe sowie verschiedener Schweregrade betrachtet werden kann. Abgesehen von dem hohen Informationsgehalt stellen auch die hohe Zuverlässigkeit der Erfassung sowie die mit ihrer Deskriptivität einhergehende Unabhängigkeit von ätiologischen Annahmen Vorteile dieser Verfahren dar (24,46). Ein wesentlicher Nachteil dieses Ansatzes in epidemiologischen Studien ist jedoch, dass ein solches Fragebogen-

instrument kein klinisches Urteil ersetzen kann (20,41). So wurde an dimensional Ansätzen bereits kritisiert, dass sie kaum eine Aussage über die Hilfsbedürftigkeit eines Kindes oder Jugendlichen ermöglichen (30,41). Die Schätzung von Prävalenzen allein auf Grundlage von Verteilungen ist zudem tautologisch, da das Vorliegen psychischer Probleme zumeist statistisch definiert wird (z.B. Werte oberhalb der 90. Perzentile) und ein so festgelegter Cut-off dann schlecht wieder bei Angaben über die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten verwendet werden kann (30).⁵ Andererseits wird dieser Bezug auf eine empirische Verteilung auch als Vorteil dimensional orientierter Messung diskutiert – da sie so weniger willkürlich erscheint als die Festlegungen der alternativ verwendeten Diagnosemanuale mit ihren Vorgaben über die Anzahl der für eine Diagnosestellung zu erfüllenden Kriterien (41). Im Vorgriff auf die unten ausgeführten Probleme der Fallerfassung sei hier außerdem schon erwähnt, dass ein weiterer Nachteil dieses Ansatzes ist, dass sich auf Grundlage verschiedener Fragebogeninstrumente ermittelte Symptombelastungen schwer vergleichen lassen.

Der zweite Ansatz definiert psychische Störungen gemäß den Vorgaben der anerkannten Diagnosemanuale und erfasst entsprechend das Vorliegen diagnostischer Kriterien mit Hilfe klinischer Interviews. Dieses Vorgehen erlaubt zwar eine umfassende Beurteilung, inwiefern einE ProbandIn eine psychische Störung aufweist, geht jedoch mit einem deutlich größeren – und in epidemiologischen Studien zumeist nicht finanzierbaren – Untersuchungsaufwand einher. Obwohl dieses Vorgehen den Vorteil aufweist, auch seltenere Störungen gut zu erfassen, liefert es letztlich eher weniger Informationen, da zumeist nur eine Aussage über das (Nicht-)Vorliegen spezifischer Diagnose(kriterie)n ermöglicht wird, jedoch keine Erkenntnisse über die Verteilung einzelner Probleme in verschiedenen Ausprägungsgraden gewonnen werden. Die Vorteile einer theoretisch gehaltvolleren Diagnosestellung wie die Differenzierung von Subtypen und die Implikationen für eine Behandlung fallen in bevölkerungsbezogenen Untersuchungen kaum ins Gewicht.⁶ Die Bezugnahme der durchgeführten klinischen Interviews auf die Klassifikationssysteme ICD und DSM führt wegen der regelmäßigen Anpassungen der Diagnosemanuale und auch aufgrund der häufig unscharfen

⁵ Ein solches Vorgehen wird bspw. beim Ermitteln von Übergewichtsprävalenzen unter Minderjährigen angewendet und ermöglicht Vergleiche zwischen verschiedenen Teilpopulationen oder über die Zeit. Inhaltlich bedeutsam ist ein solcher statistischer Cut-off aber nicht, sofern er nicht – wie beim Body Mass Index Minderjähriger der Fall – durch weitere inhaltliche Argumente unterstützt werden kann.

⁶ Sie können sich teilweise sogar negativ auswirken, bspw. wenn eine Diagnose bereits Annahmen zur Ätiologie impliziert, so dass ursächliche Faktoren nicht mehr sinnvoll untersucht werden können.

Formulierungen der Kriterien nur sehr eingeschränkt zu einer besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse verschiedener Studien (13).

Studienergebnisse, die auf einem dimensionalen Ansatz basieren, lassen sich folglich nicht nur schwer mit Forschungsergebnissen auf Grundlage einer kategorialen Definition psychischer Störungen in Beziehung setzen.⁷ Auch innerhalb der beiden Ansätze sind Vergleiche der jeweils ermittelten Prävalenzraten nur eingeschränkt möglich. Zusätzlich erschwert die uneinheitliche Messung der Beeinträchtigung durch vorliegende Symptome innerhalb beider Ansätze die Vergleichbarkeit der ermittelten Raten. Obwohl das Vorliegen einer Beeinträchtigung als Definitionsmerkmal psychischer Störungen durchaus bedeutsam ist, finden sich unter den verfügbaren Prävalenzstudien auch solche, die auf eine Erfassung der Beeinträchtigung völlig verzichten und folglich kontraintuitiv hohe Prävalenzraten berichten. In den anderen Untersuchungen wird die Beeinträchtigung uneinheitlich erfasst oder es werden verschiedene Schweregrade vorliegender Beeinträchtigungen als klinisch relevant erachtet (40,47).

Die obigen Ausführungen zur Problematik unterschiedlicher Falldefinitionen deuten bereits an, dass auch Variationen in der *Fallerfassung* zu nicht vergleichbaren Resultaten führen, da bei beiden beschriebenen Ansätzen verschiedene Erhebungsverfahren verwendet werden. So kommen unterschiedliche Fragebogen-Verfahren zum Einsatz, aber auch im kategorialen Ansatz erfolgt die Operationalisierung der diagnostischen Kriterien in strukturierten wie auch halbstrukturierten Interviews auf unterschiedliche Art und Weise. Weiterhin werden sowohl ein- als auch zweistufige Studiendesigns verwendet. Dies stellt vor allem aufgrund der verschiedenen und teilweise mangelhaften Screening-Verfahren der ersten Phase ein Problem für die Vergleichbarkeit dar (40).

Ein besonders wichtiges Problem der Fallerfassung ist, dass die Studien hinsichtlich der einbezogenen Beurteilerperspektiven variieren. So kann man den jungen Menschen selber, seine Eltern oder beide Seiten befragen bzw. zusätzlich weitere Personen (z.B. LehrerInnen) einbeziehen (26). Abhängig von den zu Grunde liegenden Urteilsperspektiven ändern sich die Ergebnisse der Prävalenzschätzungen teilweise deutlich (30). Während Eltern zuverlässiger externalisierende Probleme berichten, werden bei der Selbstbefragung internalisierende Probleme besser erfasst – und ein Verzicht auf die Befragung von LehrerInnen geht mit einem Verlust an Aussagekraft hinsichtlich späterer Handlungs-

⁷ Ein Ansatz der Überführung dimensional erhobener Daten in ein kategoriales und in Hinblick auf das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose interpretierbares Schema wird unter 4.2.1.1 vorgestellt.

bedürftigkeit einher (48,49). Werden jedoch von mehreren Personen Daten erhoben, stellt sich die Frage nach der Integration der vielen – und oftmals auch widersprüchlichen – Informationen. Diese wird in den vorliegenden Studien nach unterschiedlichen Regeln vorgenommen und zudem häufig nicht genau beschrieben.

Neben den Unterschieden in Bezug auf Falldefinition und Fallerfassung verbietet sich ein direkter Vergleich der in der wissenschaftlichen Literatur berichteten Prävalenzraten auch aufgrund des häufig fragwürdigen *Samplings*. Viele Untersuchungen beruhen auf Studienpopulationen, die in Hinblick auf die Jugendlichen des jeweiligen Landes nicht als repräsentativ gelten können. Und auch die variierenden und oft engen Altersspektren der Stichproben erschweren die Vergleichbarkeit der gefundenen Raten untereinander (26). Zudem resultieren aus oft geringen Stichprobenumfängen kleine Zahlen gefundener Fälle und somit ungenaue Schätzungen – dies gilt besonders bei zweistufigen Studiendesigns. Auch Betrachtungen von Subgruppen (bspw. nach Geschlecht, Alter oder sozialer Lage) sind bei kleineren Stichproben nur beschränkt möglich (40).

Die hier beschriebenen starken Variationen der vorliegenden Studien in wesentlichen Punkten des methodischen Vorgehens bergen zwar große Probleme in Hinblick auf die Vergleichbarkeit der Untersuchungen miteinander, tragen in ihrer Vielfalt andererseits aber auch zu einer umfassenden Beschreibung desselben Forschungsgegenstandes unter Berücksichtigung verschiedenster Aspekte bei. Auch wenn eine stärkere Vereinheitlichung der Methoden wünschenswert wäre und von verschiedenen AutorInnen angemahnt und beobachtet wird (30, siehe auch 2.2.1), sind Aussagen über „richtige“ und „falsche“ Vorgehensweisen kaum möglich. Zweifelsohne ist es jedoch angesichts der großen Vielfalt von zentraler Bedeutung, in Bezug auf Prävalenzraten grundsätzlich zu verdeutlichen, welche spezifischen Charakteristika die von ihnen umschriebene Gruppe aufweist, damit Missverständnisse und Unklarheiten vermieden werden.

2.2.2 Besondere Anforderungen an eine interkulturell vergleichbare Messung

Neben den oben beschriebenen allgemeinen Problemen methodischer Vergleichbarkeit stellt die Gewährleistung einer interkulturell vergleichbaren Messung psychopathologischer Phänomene eine zusätzliche Herausforderung dar, da sie an vielfältige Voraussetzungen geknüpft ist. Die meisten Fragebögen oder Interviews zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten wurden im englischen Sprachraum entwickelt, so dass

Studien in anderen Ländern häufig auf Übersetzungen angewiesen sind. Für die Vergleichbarkeit der Ergebnisse solcher sequentiell entwickelter Instrumente (37) ist somit die kulturelle Äquivalenz der verschiedenen Sprachversionen entscheidend.⁸

Kriterien zur Bestimmung inwiefern diese kulturelle Äquivalenz gegeben ist, wurden in einer klassischen Publikation von Hui & Triandis (1985;50) formuliert, die vier aufeinander aufbauende und sich teilweise überlappende Äquivalenzarten unterscheiden. Andere Systematisierungsversuche benennen zum Teil andere Äquivalenzarten, die sich den hier genannten jedoch inhaltlich zuordnen lassen (45). Auch wenn die Begrifflichkeiten nicht ganz trennscharf sind, helfen sie doch, verschiedene potentielle Probleme übersetzter Instrumente ins Blickfeld zu rücken (37). Vorrangig ist zunächst die *konzeptuelle Äquivalenz*, d.h. der Umstand, dass das Zielkonstrukt in den untersuchten Kulturkreisen von Relevanz ist und ähnlich konzeptualisiert wird (50,51). Damit bezieht sich die konzeptuelle Äquivalenz letztlich auf eine vergleichbare Konstruktvalidität in den untersuchten Ländern, also auf die Gültigkeit der Testwerte als Indikatoren eines theoretischen Konstrukts (52). Die konzeptuelle Äquivalenz ist eng mit der *funktionalen Äquivalenz* verbunden, d.h. inwiefern ein Verhalten in verschiedenen Kulturen einen vergleichbaren funktionalen Kontext in Hinblick auf relevante Lernsituationen, Ziele sowie Auslöser und Konsequenzen aufweist (50)⁹. Das zweite Kriterium betrifft die *Äquivalenz der Konstruktoperationalisierung* in verschiedenen Ländern, die sicherstellt, dass die Operationalisierung in den verschiedenen Kulturen eine inhaltlich vergleichbare Bedeutung hat (50).¹⁰ Darüber hinaus schließt dieses Kriterium aber auch den teilweise als prozedurale oder technische Äquivalenz bezeichneten Sachverhalt ein, dass die Messtechniken in verschiedenen Kulturen vergleichbare Ergebnisse erzielen müssen. So kann die Reliabilität eines Fragebogeninstrumentes bspw. durch eine geringe Lesefähigkeit einer Population beeinträchtigt sein (44), Variationen des Layouts eines Fragebogens können unter-

⁸ Der sequentielle (Übersetzungs-)Ansatz ist bei der Erfassung psychischer Auffälligkeiten von besonderer Bedeutung, da das Zielkonstrukt hier kein weitgehend subjektiv definiertes ist, sondern inhaltlich maßgeblich durch internationale Diagnosemanuale vorgegeben ist. Somit lassen sich aufwendigere Verfahren einer parallelen bzw. simultanen Entwicklung von Messinstrumenten in verschiedenen Ländern wie sie in der Lebensqualitätsforschung verwendet werden (37) für die Erfassung psychischer Auffälligkeiten nur eingeschränkt übertragen.

⁹ Hui & Triandis (1985, 50) führen hier als Beispiel für konzeptuelle Äquivalenz an, dass das Konstrukt „Gewicht“ beim Vergleich von Orangen mit der Liebe für letztere irrelevant wäre. Hinsichtlich funktionaler Äquivalenz steht das Gewicht für Orangen mit Saftigkeit, Größe und Menge in Zusammenhang, weist solche Bezüge jedoch nicht für die Liebe auf.

¹⁰ Nach Hui & Triandis (1985, 50) wäre es bspw. sinnlos das Konzept „Aggression“ als „verbale Aggression“ zu operationalisieren, sofern eine Population stummer Menschen mit der Allgemeinbevölkerung verglichen würde.

schiedliche Ergebnisse provozieren (53) oder die Bereitschaft, abweichendes Verhalten schriftlich zu fixieren, kann in Populationen unterschiedlich ausgeprägt sein (45). Das dritte Kriterium – die *Itemäquivalenz* – baut auf den beiden erstgenannten auf und fordert, dass die zur Messung eingesetzten Instrumente bis hin zur Itemebene identisch sind: jedes einzelne Item soll kulturunabhängig die gleiche Bedeutung aufweisen, so dass Individuen verschiedener Kulturen in vergleichbarer Weise antworten (37,50). Dies setzt zum einen eine hinreichende interkulturelle Inhaltsvalidität der einzelnen Items¹¹ sowie die semantische Äquivalenz aller Übersetzungen voraus, gegenüber der die Bedeutung einer wortgetreuen Übersetzung in den Hintergrund tritt (37,45,53). Ohne diese Übereinstimmungen bis hin zur Itemebene, hätte man es mit zwei verschiedenen Tests zu tun, deren Ergebnisse nicht verglichen werden könnten (50). Sind diese drei Voraussetzungen jedoch erfüllt und kann zusätzlich gezeigt werden, dass das gemessene Konstrukt in psychometrisch vergleichbarer Weise gemessen wird, liegt zudem *skalare bzw. metrische Äquivalenz* vor (37,50). Diese impliziert, dass ein Skalenwert in den untersuchten Kulturen das gleiche Ausmaß oder die gleiche Intensität des gemessenen Konstrukts anzeigt, so dass die Ergebnisse unabhängig vom Land vergleichbar interpretiert werden können. Wie die vielen oben angesprochenen Voraussetzungen bereits zeigen, ist diese Eigenschaft jedoch schwer zu erreichen (50). Unter anderem spielt hier auch das Problem eine Rolle, dass die Schwelle von als normal betrachteten Zuständen zu den als abnormal bewerteten (und berichteten) Abweichungen interkulturell variieren kann (29,41).

Die Erfüllung der hier aufgeführten Voraussetzungen für eine interkulturell vergleichbare Messung erfordert kultursensible Übersetzungen durch aufwendige Vor- und Rückübersetzungsverfahren unter Einbezug von ExpertInnen und Fokusgruppen sowie die Durchführung von Qualitätsratings und Skalierungstests. Darüber hinaus stellt aber auch die abschließende psychometrische Testung der Validität und der Reliabilität der verschiedenen Sprachversionen in den untersuchten Kulturen eine zentrale Forderung für den Beleg der Aussagekraft interkultureller Vergleiche dar (29,37,41,43,53).

Derlei Tests sind unverzichtbar, da – in den Augen mancher WissenschaftlerInnen – auch gut und kultursensibel übersetzte Instrumente mit dem Nachteil behaftet bleiben, dass sie auf der Nosologie von Klassifikationsschemata beruhen, die keine kulturspezifischen Formen psychopathologischer Symptome vorsehen. Inwiefern die

¹¹ Ein Beispiel für diesbezügliche Probleme ist der Versuch der Erfassung saisonaler Depressionen in verschiedenen Klimazonen (45).

Definition psychischer Störungen auf Grundlage solcher Manuale mit universalem Anspruch wie dem ICD-10 oder dem DSM-IV überhaupt sinnvoll ist, ist durchaus umstritten (29,45). Zwar besteht ein allgemeiner Konsens darüber, dass psychopathologische Phänomene universal auftreten, ihre Symptome und die einhergehende Beeinträchtigung spiegeln jedoch nicht nur pathologische Prozesse, sondern werden auch stark durch soziokulturelle Kontextfaktoren beeinflusst (43,45). Dieser Umstand ermöglicht verschiedene Sichtweisen darüber, inwieweit die international gebräuchlichen Diagnosemanuale in ihren Störungsdefinitionen kulturelle Unterschiede berücksichtigen sollten, die eine interkulturelle Vergleichbarkeit des Auftretens dieser Störungen jedoch zumindest einschränken würden (45). Zwei diesbezüglich konträre Ansichten sollen hier kurz eingeführt werden.

Die sogenannten „*Relativisten*“ betrachten nicht nur die Manifestation und Ausgestaltung von Symptomen als stark kulturabhängig, sondern auch die Entwicklung der Symptomcluster und Syndrome per se (29). Diese Annahme eines sehr großen kulturellen Einflusses erfordert die Erforschung psychopathologischer Phänomene im Rahmen einer sogenannten *emischen Perspektive*, die psychische Störungen in ihrer kulturellen Bezogenheit und somit in ihrer internalen Logik und Einzigartigkeit zu verstehen sucht (20,45). Dieser häufig in der Sozialanthropologie vertretene Ansatz richtet sich demnach stärker auf die Untersuchung kultureller Diversität und betrachtet interkulturelle Vergleiche auf Grundlage der Diagnosemanuale als zumindest unpräzise wenn nicht gar als grundsätzlich fragwürdig: Dem Mangel an kultureller Validität kann in dieser Sichtweise nur durch jeweils eigene kulturspezifische Manuale oder auch kulturspezifische Modifikationen und Ergänzungen abgeholfen werden (45).

VertreterInnen der psychiatrischen Epidemiologie nehmen jedoch überwiegend einen sogenannten „*universalistischen*“ Standpunkt ein, bei dem zwar kulturspezifisch variierende Ausdrucksformen von Symptomen, kulturspezifisch unterschiedliche Bedeutsamkeiten von Risiko- und Schutzfaktoren oder auch verschieden strikt gezogene Grenzen zwischen Normalität und Pathologie anerkannt werden, grundsätzlich aber die Universalität psychischer Störungen angenommen wird, deren Kernsymptome sich universal vergleichbaren Syndrommustern zuordnen (29,45). Die hier eingenommene *etische Perspektive* betont also eine grundsätzlich gegebene interkulturelle Vergleichbarkeit des psychiatrisch epidemiologischen Forschungsgegenstands und ist auf die Identifikation übergreifender Kategorien ausgerichtet, unter die sich kulturspezifische Unterschiede subsumieren lassen (20,45). Ohne diese Annahme einer grundsätzlichen

konzeptuellen Äquivalenz wäre interkulturellen epidemiologischen Untersuchungen auch die Basis entzogen, da ein Vergleich von Prävalenzraten verschiedener Länder bzw. Kulturkreise nur sinnvoll sein kann, sofern man davon ausgeht, dass die diagnostischen Parameter grundsätzlich auch in den untersuchten Ländern in vergleichbarer Form sinnvoll erfassbar sind (41).

Die Versöhnung dieser beiden Paradigmen stellt eine der größten Herausforderungen interkultureller Forschung dar (45). Auf methodischer Ebene wurden bereits verschiedene Möglichkeiten einer Integration beider Perspektiven erprobt, bspw. durch die Verwendung von Kernfragebögen mit kulturspezifischen Ergänzungen (45). Auf theoretischer Ebene wurden ebenfalls die zwei Positionen integrierende Sichtweisen formuliert, die eine Gültigkeit beider Ansätze für jeweils verschiedene psychische Störungen postulieren – je nach Ausprägung ihrer biologischen bzw. genetischen Fundierung einerseits und soziokultureller Formbarkeit andererseits (29).

Inwiefern die verschiedenen Erhebungsinstrumenten zugrundeliegenden Definitionen und Operationalisierungen psychischer Störungen und Syndrome universale Geltung beanspruchen dürfen, kann – und sollte dringend – empirisch durch Untersuchungen der interkulturellen Validität der verwendeten Instrumente geprüft werden (29). Von Interesse ist hierbei folglich, inwiefern sich in allen untersuchten Kulturkreisen Inhalts-, Kriterien- und Konstruktvalidität hinreichend belegen lassen. Da die *Inhaltsvalidität* jedoch primär die Frage betrifft, inwiefern das Verfahren die bestmögliche Operationalisierung des Konstrukts bildet und somit eher eine formal schwer überprüfbare Zielvorgabe darstellt (52,54), wird sie in der Regel vernachlässigt und auch hier nicht gesondert behandelt. In Hinblick auf die *kriterienbezogene Validität* bietet sich bei der Erfassung psychischer Auffälligkeiten besonders ihre Unterform der Übereinstimmungsvalidität zur Überprüfung an, für die bspw. mit Hilfe des Known-Groups-Ansatzes überprüft werden kann, inwiefern ein Instrument zwischen Fällen und Nicht-Fällen trennt (37,52,54).¹² Dieser Ansatz ist insbesondere für einen Nachweis der Praxistauglichkeit eines Instruments bedeutsam, seine Aussagekraft hinsichtlich der interkulturellen Gültigkeit eines Konstrukts ist jedoch beschränkt – unter anderem wegen der Schwierigkeiten, die mit der Wahl eines geeigneten Außenkriteriums einhergehen, das letztlich selbst einer kulturspezifischen Prägung unterworfen ist. Um

¹² So zeigte bspw. ein standardisiertes klinisches Interview in Puerto Rico schlechte Übereinstimmungen mit dem klinischen Urteil einheimischer Psychiater, u.a. weil das standardisierte Verfahren kulturspezifische spirituelle Erfahrungen als psychotische Symptomatik missklassifizierte (45).

also zusätzliche Belege der interkulturellen *Konstruktvalidität* beibringen zu können, muss auch eine gezielte Überprüfung erfolgen, inwiefern die empirischen Daten verschiedener Länder die angenommenen theoretischen Konstrukte durch ihre Beziehungen untereinander und mit anderen Konstrukten widerspiegeln (20). Dies erfolgt bspw. durch den Nachweis konvergenter und diskriminanter Validität anhand von Korrelationen mit anderen Messinstrumenten (37,52,54,55). Aber auch der Beleg faktorieller bzw. struktureller Validität, d.h. die Replikation der Faktorenstruktur eines Instrumentes mit vergleichbaren Subskalen und Varianzaufklärungen in verschiedenen Ländern gilt als entsprechender Indikator (37,51,52,55,56,57). Die Verwendung faktorenanalytischer Verfahren beruht dabei auf dem Grundgedanken, dass bei einer kulturübergreifenden Gültigkeit eines Konstrukts auch eine Vergleichbarkeit seiner internen Struktur bzw. des Verhältnisses seiner einzelnen Komponenten zueinander reproduzierbar sein sollte (50). Zwar kann dieses Verfahren – wie auch die zuvor genannten – keine Konstruktvalidität *beweisen*, schlecht interpretierbare Lösungen können jedoch den Schluss zulassen, dass inhaltliche Zuordnungen von Items kulturspezifisch variieren (58).¹³ Für einzelne Items können die Faktorladungen zudem anzeigen, dass Items in einer Gruppe zentralere Indikatoren eines Konstrukts bilden als in einer anderen (51).

Während für klinische Interviews bislang keine systematischen Untersuchungen des Einsatzes in verschiedenen Kulturen publiziert wurden, liegen für dimensionale Erhebungsinstrumente vielfältige Studien vor (20). Dies reflektiert den Umstand, dass der dimensionale Ansatz hinsichtlich der interkulturellen Vergleichbarkeit der Erfassung psychischer Auffälligkeiten entscheidende Vorteile bietet. Mit Hilfe seines „*from the ground up*“- bzw. „*bottom-up*“-Ansatzes (43, S.62 bzw. 20, S.254) können in der Empirie häufig auftretende Symptomkonstellationen identifiziert und Syndrome aus empirischen Daten abgeleitet werden (41,43). Folglich ermöglicht dieser Ansatz auch eine Untersuchung – bspw. durch Faktorenanalysen – inwiefern ähnliche Symptommuster kulturübergreifend auftreten, sich Syndrome also in anderen Kulturen replizieren lassen und mit welcher Reliabilität diese sich erfassen lassen (41,43). So eröffnen die in dimensional Instrumenten vorgesehenen abgestuften Antwortmöglichkeiten, ihre Zusammenfassung in Skalenscores sowie die standardisierten

¹³ So wies bspw. der Umstand, dass die Faktorenstruktur eines verbreiteten in den USA entwickelten Depressionsfragebogens zwar in Mexiko, nicht jedoch in Puerto Rico und Cuba repliziert werden konnte auf Probleme hinsichtlich der interkulturellen Konstruktvalidität und somit der konzeptuellen Äquivalenz hin. Diese resultierten aus kulturspezifischen Tendenzen zur Somatisierung (51).

Datengrundlagen für alle ProbandInnen insbesondere in Hinblick auf die Überprüfung der Konstruktvalidität Möglichkeiten psychometrischer Analysen, die auf Grundlage der ja/nein-Entscheidungen hinsichtlich diagnostischer Kriterien, nosologisch begründeter Entscheidungsregeln und aufgrund der vielen ausgelassenen Fragen in klinischen Interviews nicht anwendbar sind (20).

Eine zusätzliche Möglichkeit, die interkulturelle Vergleichbarkeit der Erfassung psychischer Auffälligkeiten empirisch zu prüfen, bietet die Analyse der Beziehung zwischen Symptomen und einhergehender Belastung. Denn selbst wenn die interkulturelle Konstruktvalidität bspw. im Sinne faktorieller Validität für ein Syndrom bestätigt werden kann, stellt die Bewertung, inwiefern eine beobachtete Symptomatik als Beeinträchtigung und soziale Fehlanpassung empfunden wird, einen vorwiegend sozialen Prozess dar, der in Abhängigkeit vom kulturellen Kontext stark variieren kann (29). Beispielhaft hierfür sind deutlich höhere Raten von Hyperaktivitätsstörungen in asiatischen Ländern, für die gezeigt werden kann, dass sie auf einer geringeren Toleranz asiatischer Eltern gegenüber externalisierenden Verhaltensweisen – und damit niedrigeren Schwellenwerten, die als pathologisch empfunden werden – beruhen (29). Umgekehrt wurden in Puerto Rico bei hohen Symptombelastungen geringere Raten von einhergehenden Beeinträchtigungen beobachtet als in den USA (44).

Da interkulturelle Unterschiede in der Assoziation zwischen Symptomatik und Belastung die verschiedene Relevanz eines Item- bzw. Skaleninhalts für eine Studienpopulation anzeigen, werden derlei Unterschiede auch als Hinweis auf eine mangelnde Inhaltsvalidität betrachtet (44). Tatsächlich sollte es aufmerken lassen, wenn ein Item- oder Skalenscore in einem oder mehreren Ländern mit keinerlei Beeinträchtigung einhergeht, da eine grundsätzliche Störungswertigkeit der abgefragten Symptome eine Voraussetzung für das Erfassen psychischer Auffälligkeiten und somit von Inhalts- bzw. Konstruktvalidität bildet. Andererseits muss auch nicht zwangsläufig eine durchgängig vergleichbare Größenordnung der angesprochenen Assoziationen vorliegen, damit ein Instrument Inhaltsvalidität beanspruchen kann, da die Definition psychischer Störungen durch ihre Bezugnahme auf Symptomatik *und* Beeinträchtigung eine Kontext- und somit auch Kulturabhängigkeit impliziert. Niedrigere Assoziationen zwischen Symptomatik und Beeinträchtigung unterstreichen in dieser Perspektive eher die Bedeutung des Einbezugs der Beeinträchtigung als Korrektiv in die Störungsdefinition, die andernfalls auch nur auf Basis einer gegebenen Symptomatik hätte erfolgen können. Gerade beim

Einsatz verschiedener Sprachversionen kann die Erfassung der Beeinträchtigung die Auswirkungen von möglicherweise unvermeidbaren feinen semantischen Unterschieden auf Itemebene korrigieren.¹⁴ Die Betrachtung der Assoziationen empfiehlt sich demnach vorwiegend, um möglicherweise kulturspezifisch irrelevante Inhalte identifizieren zu können. Darüber hinaus können sie hypothesengenerierend sein und auch Hinweise auf potentiell zu modifizierende Übersetzungen geben.

2.2.3 Interkulturelle Anwendungen dimensionaler Erhebungsinstrumente

Unter den dimensional Erhebungsinstrumenten zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten kamen weltweit bislang zwei besonders häufig zum Einsatz, die beide darauf abzielen Kinder und Jugendliche zu identifizieren, die ein hohes Risiko psychischer Störungen aufweisen und darum einer eingehenderen klinischen Untersuchung zugeführt werden sollten (20).

Von diesen beiden Fragebogeninstrumenten weist das „*Achenbach System of Empirically Based Assessment*“ (ASEBA; 60,61) eine längere Tradition auf. Es liegt in einer Elternberichts-Version, der „*Child Behavior Checklist*“ (CBCL; 62,63), in einer LehrerInnenberichts-Version, der „*Teacher's Report Form*“ (TRF; 64,65) und einer selbstberichteten Version, dem „*Youth Self Report*“ (YSR; 66,67), vor.

Die frühesten Versionen dieser Erhebungsinstrumente wurden entwickelt, um zu prüfen, inwiefern sich auf Grundlage einer großen Bandbreite erfragter Probleme empirisch mehr psychopathologische Syndrome identifizieren lassen als in dem damals aktuellen DSM-I bzw. DSM-II berücksichtigt wurden (20). Letztlich konnten mit den in diesem „*bottom-up*“ (20, S.255) Verfahren identifizierten acht Faktoren tatsächlich mehr Syndrome beobachtet werden als das DSM mit seinem nosologisch fundierten „*top down*“ (20, S.253) Ansatz vorgesehen hatte (20): die Faktoren „*Anxious/ Depressed*“, „*Withdrawn/ Depressed*“, „*Somatic Complaints*“, „*Social Problems*“, „*Thought Problems*“, „*Attention Problems*“, „*Rule-Breaking Behavior*“ und „*Aggressive Behavior*“, von denen sich die drei erstgenannten einem internalisierendem und die beiden letztgenannten einem externalisierendem Faktor zweiter Ordnung zuordnen lassen. Die auch interkulturell gegebene Konstruktvalidität dieser identifizierten acht Syndrome konnte für alle drei Berichtsversionen durch Faktorenanalysen in 20 (TRF, 68), 23 (YSR, 69) und 30 (CBCL, 70)

¹⁴ Dabei muss jedoch in Rechnung gestellt werden, dass selbstverständlich auch die Erfassung der Beeinträchtigung Einschränkungen in ihrer kulturellen Äquivalenz aufweisen kann. Hinweise darauf lassen sich bspw. einem Vergleich einer norwegischen und einer britischen Stichprobe entnehmen (59).

Stichproben für beide Geschlechter und mehrere Altersgruppen aus verschiedensten Kulturkreisen bestätigt werden. Neben Forschungsergebnissen aus Asien, Afrika (ohne TRF), Australien, der Karibik, dem mittleren Osten und Nordamerika konnten auch für Ost-, West-, Süd- und Nordeuropa vergleichbare Faktorenstrukturen gezeigt werden.

Auch wenn mit Hilfe der ASEBA-Instrumente eine sehr differenzierte Beschreibung des psychischen Gesundheitszustandes eines Kindes oder Jugendlichen möglich ist und auf Grundlage dieses Instrumentariums die Möglichkeit einer kulturübergreifend (konstrukt-)validen Messung eindrücklich gezeigt und genutzt wurde (41), gewinnt in der internationalen Nutzung ein anderes Instrument – der „*Strengths and Difficulties Questionnaire*“ (SDQ; 71) – stark an Bedeutung. Dieser ist insbesondere aufgrund seiner geringen Itemzahl (25 Items) in epidemiologischen Studien gut einsetzbar – im Gegensatz zu den zwischen 105 (TRF) und 120 (CBCL, YSR) Items langen ASEBA-Formen. Da zudem für den SDQ in mehreren Ländern im Vergleich mit den ASEBA-(72,73,74,75,76,77,78,79,80) und anderen Instrumenten (z.B. 71,72,78) eine gute konvergente Validität gezeigt werden konnte und er in über 60 Sprachversionen frei erhältlich ist, erstaunt nicht, dass er sich in vergleichsweise kurzer Zeit (seit seiner Veröffentlichung 1997) zum weitverbreitetsten Forschungsinstrument für die Erfassung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen entwickelt hat (81).¹⁵

Der SDQ wurde aus den 1967 publizierten und früher vielfach verwendeten Rutter-Skalen (82) entwickelt – insbesondere um die Akzeptanz dieses Erhebungsinstruments zu verbessern und damit höhere Responseraten zu erreichen, aber auch, um den Fragebogen zu „modernisieren“ und die zuvor nur schlecht abgedeckten Bereiche Konzentration, Beziehungen zu Gleichaltrigen und soziale Kompetenz besser zu erfassen (71,83,84). Nachdem der SDQ-Autor Robert Goodman aus einer von ihm modifizierten Form der Rutter-Skalen mit einem „*bottom-up*“-Ansatz (20, S.255) die Faktoren „*hyperactivity/ inattention*“, „*prosocial behavior*“, „*conduct problems/ oppositionality*“, „*internalization*“ und „*peer relationships*“ (83, S.1491) extrahiert hatte, entwickelte er den SDQ mit der Zielsetzung, diese Bereiche in Subskalen erfassen zu können (71). Die Items der einzelnen SDQ-Subskalen wurden von ihm anschließend in einem „*top-down*“-Verfahren (20, S.255) in Orientierung an nosologischen Kriterien festgelegt (71).¹⁶ Die Entwicklung des SDQs erfolgte demnach sowohl theoriegeleitet

¹⁵ Der SDQ wird hier lediglich in Hinblick auf seinen Stellenwert in der interkulturellen Forschung eingeführt. Eine genaue Beschreibung des SDQs als Messinstrument erfolgt im Methodenteil unter 4.2.1.

¹⁶ Zu einem sechsten Faktor „*somatic/ developmental*“ wurden ohne Begründung keine Items entwickelt.

auf Basis der den Diagnosemanualen ICD-10 und DSM-IV zugrundeliegenden nosologischen Konzepte als auch unter Einsatz psychometrischer Verfahren wie Faktorenanalysen, so dass der Autor für dieses Erhebungsinstrument eine hohe Inhaltsvalidität beansprucht (76,85; übernommen u.a. in 86,87,88,89).¹⁷

Während die Ergebnisse der vier Problemskalen „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität/ Unaufmerksamkeit“ und „Probleme mit Gleichaltrigen“ zu einem Gesamtscore zusammengefasst werden können, um eine Aussage über die Gesamtauffälligkeit zu treffen, wird das prosoziale Verhalten von psychopathologischen Phänomenen konzeptuell abgegrenzt, so dass diese Subskala nicht (in rekodierter Form) in einen übergreifenden Score eingeht (90). Auch wenn die Angaben zum prosozialem Verhalten damit für die Einschätzung der psychischen Gesundheit eines Kindes oder Jugendlichen zwar keine Rolle spielen, werden sie vom Autor und AnwenderInnen als sehr wichtig erachtet, da sie nicht nur die Akzeptanz des Instrumentes erhöhen sollen, sondern auch ein „rundes“ Gesamtbild unter Einbezug der Kompetenzen eines Heranwachsenden ermöglichen (91). Zudem wird gehofft, dass die positiv formulierten Items einen möglichen Halo-Effekt (92) vermeiden (84), was bislang jedoch nicht empirisch belegt wurde.

Die obige Beschreibung deutet bereits an, dass sich der SDQ – wie auch die ASEBA-Instrumente – explizit nicht auf eine Feststellung psychiatrischer Diagnosen richtet und – trotz einer nosologischen Orientierung – auch niemals zum Ziel hatte, diagnostische Kriterien zu operationalisieren (20). Vielmehr dient er der Erfassung von emotionalen, Verhaltens- und sozialen Schwierigkeiten, die als Hauptprobleme von Kindern und Jugendlichen gelten, die von ihnen selber – aber auch von ihren Eltern und LehrerInnen – berichtet werden können und die mit dem Aufsuchen von professioneller Hilfe hinsichtlich psychischer Probleme hoch assoziiert sind (20,78).

Ähnlich wie oben kurz für die ASEBA-Instrumente beschrieben, wurden auch die psychometrischen Qualitäten des SDQs in verschiedensten kulturellen Kontexten getestet (75,81) und auch hier insbesondere die faktorielle Validität als Indikator einer kulturübergreifenden Konstruktvalidität (siehe 2.2.2) geprüft. Die meisten Publikationen kommen zu dem Schluss, dass die im SDQ-Modell postulierten fünf Faktoren emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität, Peer-Probleme und prosoziales

¹⁷ Hierzu ist anzumerken, dass die Orientierung an nosologischen Konzepten bei der Skalenentwicklung zwar vom Autor (76,85) und AnwenderInnen (86,87,88,89) vielfach angeführt wird, sich genauere Beschreibungen hierzu aber ausschließlich in Hinblick auf die Hyperaktivitätsskala (76,85) finden. Für die anderen Skalen sind die konzeptuellen Grundlagen hingegen nicht nachlesbar.

Verhalten bestätigt werden können, so bspw. für die *Elternversion* Studien aus Australien (AU: 93), Belgien (BE:80), Deutschland (DE:57,94), Großbritannien (UK: 85), Japan (JP: 95), den Niederlanden (NL:78), Norwegen (NO:86), Portugal (PT:96) und Schweden (SE:84) sowie für den *Selbstbericht* Studien aus Griechenland (EL:97), Finnland (FI: 98), Frankreich (FR:56), Großbritannien (UK:85), den Niederlanden (NL: 78), Norwegen (NO:86), Portugal (PT: 96) und – wenn auch mit Einschränkungen – aus Palästina (PA:99), Russland (RU:100) und Nordirland (UK:101).¹⁸

Auch wenn die oben aufgeführten Publikationen teilweise perfekte (78,85,94,57)¹⁹ Reproduktionen der Faktorenstruktur berichten bzw. zumindest im Gesamturteil die in Großbritannien identifizierte Faktorenstruktur grundsätzlich als auf ihre jeweiligen länderspezifischen Daten übertragbar bezeichnen (56,80,84, 86,93,95,96,97,98,99), diskutieren sie doch für Eltern- wie Selbstberichtsversion beobachtete Ausnahmen von der angenommenen Faktorenstruktur (AU: 93, BE: 80, EL: 97, FI: 98, FR: 56, JP: 95, NO: 86, PT: 96, SE: 84). Dabei stehen insbesondere einzelne Items der Verhaltensprobleme- und der Peer-Probleme-Skala im Vordergrund, die auf den postulierten Dimensionen nur geringe Ladungen aufweisen und häufig auch größere Kreuzladungen auf anderen Faktoren zeigen (56,80,84,86,93,95,96,97,100,101). Auch für die Hyperaktivitäts-Items wurden in mehreren Studien nach dem SDQ-Modell unerwünschte Faktorenladungen beobachtet (86,97,98,100,101). Eine wichtige Rolle bei derlei nicht modellkonformen Ladungen spielt das Phänomen, dass positiv formulierte Items – unabhängig von ihrem Inhalt – dazu tendieren, auf dem prosozialen Faktor zu laden, der sich damit zu einem allgemeinen „Positivfaktor“ erweitert (85,86,93,95,100,101). Einige Studien leiteten aus teilweise wenig zufriedenstellenden psychometrischen Qualitäten – hinsichtlich der Fit-Indizes des 5-Faktorenmodells oder der Reliabilitätsmaße – auch die Forderung nach psychometrischen Verbesserungen ab, sind aber darüber uneinig, inwiefern positive Itemformulierungen vermieden werden sollten (Selbsturteil NO:102, RU:100, Elternurteil US:55).

Als Konsequenz aus diesen Problemen und insbesondere in Hinblick auf die Überlappungen zwischen Peer-, Verhaltens- und auch Hyperaktivitäts-Problemen wurden

¹⁸ Gemäß der Empfehlung des Europäischen Amtes für Veröffentlichungen wurden für die Länderkürzel die ISO 3166 alpha-2-Codes, (siehe http://www.iso.org/iso/english_country_names_and_code_elements, 4.7.2011) mit Ausnahme des Kürzels für Griechenland (EL statt GR) und Großbritannien (UK statt GB) verwendet. Da diese Auflistung kein Kürzel für Palästina vorsieht, wird für eine Studie aus dem Gaza-Streifen das Kürzel „PA“ verwendet, das hier folglich nicht für Panama steht.

¹⁹ „Perfekt“ meint hier, dass alle Items die höchste Ladung auf dem vorgesehenen Faktor aufweisen, auch wenn teilweise weitere hohe Ladungen auf anderen Faktoren vorliegen. Solche „perfekten“ Reproduktionen wurden in den hier gesichteten Studien ausschließlich für die Elternversion gezeigt.

teilweise alternative Faktorenmodelle vorgeschlagen. Mit Ausnahme einer niederländischen Studie, die für eine jüngere Population eine 4-Faktoren-Lösung als adäquat betrachtete (79), wird zumeist eine 3-Faktoren-Struktur mit einem internalisierenden, einem externalisierenden und einem prosozialen Faktor als Alternative diskutiert (bspw. in Publikationen aus BE:80, UK:101, US:55, FI:98). Diese alternative Faktorenstruktur wird in den genannten Studien verschiedener Länder teilweise erwogen, obwohl die AutorInnen das 5-Faktoren-Modell durch die eigenen Daten zumindest grundsätzlich (FI:98) oder gar gut (BE:80) bestätigt sehen bzw. obwohl sie für das 3-Faktoren-Modell keinen besseren Fit zeigen können (BE:80, UK:101).

Grundsätzliche Einschränkungen der Validität des SDQ werden aus diesen Ergebnissen jedoch in keiner Studie abgeleitet. Lediglich hinsichtlich der betroffenen Subskalen wird die Aussagekraft bezüglich spezifischer Probleme als eingeschränkt beurteilt, da der SDQ kaum zwischen häufig komorbiden externalisierenden und internalisierenden Störungsformen unterscheiden kann (55,80,101). Die einzige Ausnahme bildet hier eine Studie mit arabischen Kindern aus dem Gaza-Streifen, auf deren Grundlage – trotz einer groben Replikation der Faktorenstruktur – die interkulturelle Übertragbarkeit einiger Konstrukte angezweifelt (bspw. in Hinblick auf ein Item zur „Trennungsangst“) und die Entwicklung kulturspezifischer Konstrukte gefordert wurde (99).²⁰

Auch mit Verweis auf die gute Übereinstimmungsvalidität des SDQs als Gesamtmaß wird seine Nutzung u.a. in epidemiologischen Untersuchungen jedoch weiterhin empfohlen (55,80,88). Für die **kriterienbezogene Validität** bzw. „**prädiktive Validität**“ (71) liegen aus vielen Ländern Studien vor, die dem SDQ allesamt eine gute Fähigkeit bestätigen, zwischen „Fällen“ und „Nicht-Fällen“ zu unterscheiden. So zeigten Mittelwertsvergleiche in einer deutschen Studie (94) sowie ROC-Analysen in deutschen (73), britischen (71) und schwedischen (103) Studien an Eltern von 4- bis 16-Jährigen, dass die **SDQ-Elternversion** gut zwischen Bevölkerungssamples und Populationen aus psychiatrischen Kliniken trennen kann. Auch in Australien (93), Finnland (77) und den USA (88) waren die SDQ-Ergebnisse stark mit dem Bericht von Behandlungsbedürftigkeit bzw. der Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten assoziiert.

Ähnlich liegen für den **SDQ-Selbstbericht** vielfältige Studienergebnisse vor, die in verschiedenen Ländern eine gute kriterienbezogene Validität belegen. So konnte der selbst-

²⁰ Insgesamt weisen die Ergebnisse der arabischen Kinder auf eine nur eingeschränkt replizierbare 5-Faktorenstruktur mit weniger homogenen Subskalen hin. Aufgrund der abweichenden Methoden lassen sich jedoch keine direkten Vergleiche der Faktorenladungen vornehmen (99).

berichtete SDQ in Großbritannien (90) und Frankreich (56,96) zwischen Kindern, die psychologische Behandlung erhielten, und solchen ohne Behandlung unterscheiden. In den Niederlanden (79) konnte mit Hilfe der SDQ-Scores gut zwischen Kindern unterschieden werden, die nach Auskunft eines Lehrers oder einer Lehrerin Verhaltensprobleme aufwiesen bzw. solchen, die dies nicht taten.

Informationen hinsichtlich der bei Verwendung des SDQs interkulturell ermöglichten Messgenauigkeit lassen sich ebenfalls aus sehr vielen Studien ablesen, die als **Reliabilitätsmaß** – aus forschungspraktischen wie inhaltlichen Gründen (102) – in der Regel Cronbach's α zur internen Konsistenz berichten. Die für den **Elternbericht** aus Australien (93), Belgien (80), Deutschland (94,57), Finnland (77), Südfrankreich (89), Großbritannien (85), Japan (95), den Niederlanden (72,78), Norwegen (86), Palästina (99), Russland (100), Schweden (84,103) und den USA (88) vorliegenden Werte sowie die für den **Selbstbericht** aus Griechenland (97), Finnland (77,98), Frankreich (55), Großbritannien (85,90), den Niederlanden (72,78,79) und Norwegen (86,102) publizierten Werte sind für eine bessere Übersicht in **Tabelle 1** zusammengefasst.

Es zeigt sich, dass die Reliabilität des Gesamtwerts in der Elternversion in den meisten Ländern ein Niveau von ≥ 0.80 erreicht und auch der niedrigste Wert aus einer finnischen Studie (77) noch dem nach Nunnally & Bernstein (104) für Gruppenvergleiche kritischen Wert von 0.70 gerecht wird. Im Selbstbericht ist die interne Konsistenz zwar allgemein etwas niedriger, aber auch hier zeigen alle Studien mit nur einer Ausnahme ein Niveau von $\alpha \geq 0.70$ an. Im Gegensatz zum SDQ-Gesamtwert weisen die Subskalen jedoch überwiegend geringere interne Konsistenzen auf. Dabei zeigen besonders die Verhaltens- und die Peer-Probleme-Skala in beiden Berichtsformen sowie in allen Ländern die schlechtesten Werte. Für die Peer-Probleme-Skala in Schweden und Großbritannien fallen dabei größere Abweichungen zwischen den jeweils auf das gleiche Land bezogenen Ergebnissen auf. In Schweden lässt sich dies evtl. durch den Einsatz eines überarbeiteten Fragebogens (105)²¹ in der neueren Studie erklären (103). In Großbritannien könnte dieser Unterschied den abweichenden Altersspektren der Samples (85,90) geschuldet sein: eine Studie an 5- bis 15-Jährigen fand geringere α -Werte (85) als eine an 11- bis 16-Jährigen (90). Höhere interne Konsistenzen von Selbstberichten von älteren ProbandInnen wurden auch in anderen Studien gezeigt (NL:79, NO:86), wofür eine möglicherweise weniger differenzierte Problemwahrnehmung bei jüngeren Kindern als Grund diskutiert wird.

²¹ Aus diesem Übersichtsartikel von Obel et al. (2004) geht hervor, dass 2003 eine Überarbeitung der bis dahin vorliegenden Übersetzung erfolgte, der für die ältere schwedische Studie nicht verfügbar war.

2.2 Methodische Probleme hinsichtlich der Vergleichbarkeit von Prävalenzraten: Interkulturelle Anwendungen dimensionaler Erhebungsinstrumente

Tabelle 1. Interne Konsistenzen des SDQs in internationalen Bevölkerungssamples

| Land | AU | BE | DE | | | | | | EL | FI | FR | JP | | | NL | | | NO | | | | PA | RU | SE | UK | US ^a | | | | | | | |
|-----------------------|------|------|--|------|------|--|------|-------------|--|------|------|--|-------------|-------------|---|------|------------------|------|------|------|------|------|-----------|-------|-------|-----------------|-------------|------|-------|------|------|------|--|
| (Referenz) | (93) | (80) | (80) | (57) | (57) | (57) | (94) | (94) | (94) | (97) | (77) | (98) | (89) | (55) | (95) | (95) | (95) | (72) | (78) | (79) | (86) | (86) | (86) | (102) | (102) | (99) | (100) | (84) | (103) | (85) | (90) | (88) | |
| Elternbericht | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Subsample | A B | | G ^c M ^c J ^c | | | G ^c M ^c J ^c | | | G ^c M ^c J ^c | | | G ^c M ^c J ^c | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gesamt | 0.82 | - | - | 0.82 | 0.80 | <u>0.83</u> | 0.82 | <u>0.83</u> | 0.80 | 0.71 | - | - | 0.77 | 0.77 | 0.77 | 0.81 | 0.80 | 0.78 | - | - | 0.76 | 0.84 | 0.82 | 0.83 | | | | | | | | | |
| Emotionale Probleme | 0.66 | 0.62 | 0.67 | 0.68 | 0.66 | <u>0.69</u> | 0.66 | <u>0.67</u> | 0.64 | 0.69 | 0.62 | 0.61 | <u>0.62</u> | 0.60 | 0.68 | 0.70 | 0.67 | 0.50 | 0.70 | 0.61 | 0.71 | 0.67 | 0.63-0.77 | | | | | | | | | | |
| Verhaltens-Probleme | 0.66 | 0.57 | 0.57 | 0.58 | 0.53 | <u>0.61</u> | 0.60 | <u>0.65</u> | 0.54 | 0.59 | 0.54 | 0.52 | 0.52 | 0.52 | 0.62 | 0.55 | 0.5 ^b | 0.32 | 0.45 | 0.54 | 0.52 | 0.63 | 0.63-0.77 | | | | | | | | | | |
| Hyperaktivität | 0.80 | 0.80 | 0.76 | 0.79 | 0.75 | <u>0.81</u> | 0.76 | 0.76 | 0.76 | 0.73 | 0.74 | 0.75 | 0.72 | <u>0.76</u> | 0.84 | 0.78 | 0.76 | 0.55 | 0.55 | 0.75 | 0.75 | 0.77 | 0.63-0.77 | | | | | | | | | | |
| Peer-Probleme | 0.59 | 0.48 | 0.54 | 0.62 | 0.61 | <u>0.63</u> | 0.58 | <u>0.61</u> | 0.55 | 0.64 | 0.46 | 0.52 | 0.51 | <u>0.53</u> | 0.57 | 0.66 | 0.56 | 0.18 | 0.44 | 0.51 | 0.73 | 0.57 | 0.46 | | | | | | | | | | |
| Prosoziales Verhalten | 0.70 | 0.61 | 0.67 | 0.66 | 0.64 | <u>0.66</u> | 0.68 | 0.67 | <u>0.69</u> | 0.68 | 0.54 | 0.69 | 0.67 | <u>0.69</u> | 0.57 | 0.68 | 0.66 | 0.65 | 0.60 | 0.70 | 0.67 | 0.65 | 0.63-0.77 | | | | | | | | | | |
| Selbstbericht | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Subsample | | | | | | | | | | | | | | | A1 ^d A2 ^d A3 ^d M ^c J ^c | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gesamt | | | | | | | | | 0.77 | 0.71 | 0.64 | 0.73 | | | | | | | | 0.70 | 0.78 | 0.76 | 0.74 | 0.78 | 0.80 | | | | | | | | |
| Emotionale Probleme | | | | | | | | | 0.73 | 0.69 | 0.71 | 0.64 | | | | | | | | 0.63 | 0.71 | 0.63 | 0.61 | 0.71 | 0.70 | <u>0.67</u> | 0.64 | 0.66 | 0.75 | | | | |
| Verhaltens-Probleme | | | | | | | | | 0.56 | 0.57 | 0.62 | 0.53 | | | | | | | | 0.47 | 0.45 | 0.46 | 0.44 | 0.59 | 0.54 | 0.44 | <u>0.54</u> | 0.60 | 0.72 | | | | |
| Hyperaktivität | | | | | | | | | 0.63 | 0.66 | 0.69 | 0.66 | | | | | | | | 0.66 | 0.72 | 0.68 | 0.57 | 0.65 | 0.66 | <u>0.67</u> | 0.66 | 0.67 | 0.69 | | | | |
| Peer-Probleme | | | | | | | | | 0.50 | 0.63 | 0.53 | 0.46 | | | | | | | | 0.39 | 0.54 | 0.41 | 0.54 | 0.64 | 0.60 | <u>0.61</u> | 0.58 | 0.41 | 0.61 | | | | |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | | | | 0.72 | 0.71 | 0.68 | 0.59 | | | | | | | | 0.60 | 0.62 | 0.60 | 0.64 | 0.65 | 0.64 | <u>0.66</u> | 0.62 | 0.66 | 0.65 | | | | |

^a in dieser Publikation wird für vier der fünf Subskalen nur der Range der Werte berichtet; ^b wegen eines Druckfehlers in der Publikation, ist hier ein Wert mit lediglich einer Dezimalstelle angegeben;

^c G=Gesamt, M=Mädchen, J=Jungen, die höhere geschlechtsspezifische interne Konsistenz ist jeweils unterstrichen; ^d A1= Altersgruppe 1, A2= Altersgruppe 2, A3= Altersgruppe 3 (siehe Sampleinformationen)

Sampleinformationen : **AU:** n=1359 4- bis 9-Jährige (93); **BE:** Sample A: n=532 4- bis 8-Jährige; Sample B: n=1086 4- bis 8-Jährige (80); **DE:** n=2406 7-16-Jährige, 1181 Mädchen, 1225 Jungen (57); n=930 6- bis 16-Jährige, 463 Mädchen, 467 Jungen (94); **EL:** n=1194 11- bis 17-Jährige (97); **FI:** n=735 7- bis 15-Jährige (77); n=1458 13- bis 17-Jährige, Gesamtwert wird zudem geschlechtsspezifisch berichtet: Mädchen=0.62; Jungen=0.69 (98); **FR:** n=1348 6- bis 11-Jährige (89), n=1400; Altersmittel=12.8 Jahre, (SD=0.69) (56); **JP:** n=2899 4- bis 12-Jährige; 1463 Jungen, 1436 Mädchen (95); **NL:** n= 285 Eltern 8-16-Jähriger, n=1288 11- bis 16-Jährige (72); n=562 9- bis 15-Jährige (78); n=1111 8- bis 13-Jährige (79); **NO:** A1: n=8320 10- bis 13-Jährige; A2: n=8582 13- bis 16-Jährige, A3: n=9367 16- bis 19-Jährige, Elternurteil: n=6645 SchülerInnen aus Klassen 5 bis 7 (86); n=2017 11- bis 16-Jährige Mädchen, n=2150 11-16-Jährige Jungen (102); **PA (Gaza-Streifen):** n=322 4- bis 12-Jährige (99) ; **RU:** n=2892 13- bis 18-Jährige (100); **SE:** n=900 6- bis 8-Jährige sowie 10-Jährige (84); n=257 5- bis 14-Jährige (103); **UK:** n=83 11-16-Jährige (90), n=10483 5- bis 15-Jährige (85); **US:** n=9878 4- bis 17-Jährige

Tabelle 1 zeigt weiterhin, dass nur für wenige Länder die internen Konsistenzen für Jungen und Mädchen getrennt berichtet wurden (DE, JP, NO). In diesen Ländern sind keine systematischen Geschlechtsunterschiede erkennbar.

Der hier zusammengefasste Forschungsstand zur interkulturellen Verwendung dimensionaler Instrumente für die Erfassung psychopathologischer Phänomene verdeutlicht die umfangreiche Erprobung des SDQs in verschiedensten kulturellen Kontexten sowie seine – zumindest innerhalb Europas – weitgehend vergleichbaren Kennwerte hinsichtlich Reliabilität und Validität. Auch die berichteten psychometrischen Probleme sind in verschiedensten Ländern sehr ähnlich. Hinweise auf systematische Messfehler aufgrund kulturspezifischer Interpretationen zeigten sich hingegen nicht. Damit unterstützen die hier zusammengetragenen Ergebnisse eine Verwendung des SDQs als Erhebungsinstrument in europäischen Studien zwar grundsätzlich, andererseits zeigen aber die teilweise voneinander abweichenden Ergebnisse sowie die Hinweise auf allgemeine Probleme mit der Faktorenstruktur und der Reliabilität von Subskalen auch die Notwendigkeit einer psychometrischen Prüfung dieses Instruments an, wenn es im Rahmen interkultureller Vergleiche genutzt wird.

Da momentan kein interkulturell vergleichbar bewährtes Instrument mit besseren psychometrischen Eigenschaften verfügbar ist, bleibt der Einsatz des SDQs in länderübergreifenden epidemiologischen Studien zudem derzeit weitgehend alternativlos. Hierbei ist insbesondere die Kürze des SDQs forschungspraktisch bedeutsam. Zwar kann der SDQ so nur eine Auswahl psychopathologischer Phänomene und diese auch weniger differenziert erfassen (72); die ebenfalls bewährten ASEBA-Instrumente sind jedoch aufgrund ihrer Länge für viele Studien nicht nutzbar und weisen zudem den Nachteil auf, dass ein Großteil der Items für die meisten Kinder irrelevant ist (78). Einen besonderen Vorteil des SDQs bietet zudem die gesonderte Erfassung der mit einer Symptomatik einhergehenden Beeinträchtigung (103).

Wie bereits angesprochen, hat der SDQ nicht zum Ziel Diagnosen zu ermitteln, sondern zielt primär auf die Identifikation einer Risikogruppe (78,79) – obwohl er auch vielfältig für andere Zwecke wie Eingangsuntersuchungen oder Behandlungsevaluationen eingesetzt wird (78,79,93,101). Insofern wird er explizit als Screeninginstrument zum Identifizieren behandlungsbedürftiger Heranwachsender empfohlen aber auch unter entsprechendem Einbezug von Sensitivität und Spezifität als möglicher Ersatz für psychiatrische Interviews in epidemiologischen Studien betrachtet (13,88,106,107). Für diese Zwecke bietet er sich auch an, da für den SDQ – im Gegensatz zur CBCL – Algorithmen für die

Vorhersage von Diagnosen angeboten werden (20). Diese Möglichkeit der Überführung eines dimensionalen Ergebnisses in eine kategoriale Klassifikation relativiert einen für den dimensionalen Ansatz charakteristischen Nachteil (24) und bildet somit eine Brücke zwischen kontinuierlichen Skalenwerten und inhaltlich bedeutsamen Prävalenzschätzungen (siehe auch 2.2.1). Die Güte dieser – auch in interkulturellen Studien erprobten – Vorhersage, mit welcher Wahrscheinlichkeit einE HeranwachsendeR die Kriterien für eine psychiatrische Diagnose erfüllt, wird unter 4.2.1.2 näher beleuchtet.

Zusammenfassung

Die **Hauptschwierigkeiten bzgl. der Vergleichbarkeit psychiatrisch epidemiologischer Studien** bei Kindern und Jugendlichen stellen variierende (a) Falldefinitionen, (b) Fallerfassungen und (c) Stichprobeneigenschaften dar. So werden (a) psychopathologische Phänomene sowohl quantitativ über ihren Ausprägungsgrad als auch kategorial mit Bezugnahme auf eines der gängigen Diagnosemanuale definiert. Die Erfassung psychischer Auffälligkeiten erfolgt (b) mit Hilfe verschiedenster Instrumente, unterschiedlicher Studiendesigns und variierenden Befragten (Eltern, LehrerInnen, Jugendliche selber). Die zugrundeliegenden Samples sind oft (c) nicht repräsentativ, klein und/oder beinhalten variierende Altersspannen.

Bei **interkulturellen Vergleichen** ist neben der Vermeidung dieser Fehlerquellen zudem die kulturelle Äquivalenz der verwendeten Erhebungsinstrumente unabdingbar. Grundvoraussetzungen bilden hier die konzeptuelle Äquivalenz (d.h. eine vergleichbare Konstruktvalidität in verschiedenen Ländern) sowie die Äquivalenz der Konstruktoperationalisierung und der einzelnen Items, damit – im Idealfall – auch metrische Äquivalenz, d.h. die kulturunabhängige gleiche Bedeutung eines Skalenwerts angenommen werden kann. In der psychiatrischen Epidemiologie wird im Rahmen einer universalistischen bzw. ethischen Perspektive eine solche interkulturelle Vergleichbarkeit grundsätzlich für möglich gehalten. Diese Annahme muss jedoch für konkrete Instrumente empirisch belegt werden, bspw. anhand von Ergebnissen zur Inhalts-, kriterienbezogenen oder Konstruktvalidität (z.B. konvergente, diskriminante oder faktorielle Validität). Derlei Nachweise liegen bislang vorwiegend für dimensionale Erhebungsinstrumente vor.

Als **in interkulturellen Anwendungen bewährte Erhebungsinstrumente** gelten insbesondere das „*Achenbach System of Emprically Based Assessment*“ (ASEBA) sowie der „*Strengths and Difficulties Questionnaire*“ (SDQ), wobei insbesondere letzterer aufgrund seiner Kürze (25 Items) stark an Bedeutung gewinnt. Studien zur kriterienbezogenen Validität zeigten in verschiedenen Ländern eine gute Fähigkeit des SDQs, zwischen psychiatrischen Fällen und Nicht-Fällen zu unterscheiden. Auch seine faktorielle Validität wurde in verschiedensten Ländern weitgehend bestätigt. Hinsichtlich einiger Items werden jedoch auch Ausnahmen berichtet, die vor allem die Aussagekraft der Subskalen berühren. Probleme mit einzelnen Subskalen spiegeln sich auch im internationalen Forschungsstand zur internen Konsistenz wider. Insgesamt sind jedoch – zumindest für europäische Länder – weitgehend vergleichbare Kennwerte hinsichtlich Reliabilität und Validität publiziert worden. Insbesondere durch einen gesonderten Algorithmus, der dimensionale Ergebnisse in kategoriale überführt, bietet sich der SDQ auch zum Screening unter Jugendlichen an.

2.3 Prävalenzstudien zu psychischen Störungen bei Jugendlichen

2.3.1 International und innerhalb Europas berichtete Prävalenzen

Angesichts der oben beschriebenen vielfältigen methodischen Probleme verwundert es nicht, dass der bislang umfassendste Review ohne zeitliche und geographische Beschränkung in 52 zwischen 1963 und 1996 publizierten Studien eine Schwankungsbreite von Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten zwischen 1% und 51% fand (Mittelwert 15.8%; 40). Die eingeschlossenen Untersuchungen unterscheiden sich jedoch in vielerlei Hinsicht. So handelt es sich bei den berichteten Raten teilweise um Punktprävalenzen, teilweise beziehen sie sich aber auch auf Zeiträume von drei bzw. sechs Monaten oder einem Jahr. Die Angaben einiger Studien beruhen auf Fragebogenerhebungen, die anderer Untersuchungen auf psychiatrischen Interviews. Auch die Altersspektren unterscheiden sich deutlich. Während einige der 52 Studien ausschließlich 2- bis 3-Jährige oder nur 3-Jährige einbeziehen, untersuchte die Studie mit den ältesten TeilnehmerInnen ausschließlich 14- bis 18-Jährige. Die Untersuchungen wurden am häufigsten in den USA (13 Studien) und Großbritannien (sechs Studien) durchgeführt, während aus dem ganzen übrigen Europa nur elf Studien vorlagen.

Auch ein älterer und weniger umfangreicher Review, der Prävalenzstudien der 1980er Jahre einschließt, berichtet auf Grundlage von acht Studien aus Australien/Neuseeland, Europa und Nordamerika einen dennoch recht weiten Range der Prävalenzraten von 5% bis 26% (ohne Angabe der Bezugszeiträume; 26). Die Raten beziehen sich jedoch auf verschiedene Schweregrade psychischer Störungen und auch hier sind wieder deutlich abweichende Altersspektren vertreten, die teilweise sehr breit (z.B. 9- bis 19-Jährige) und teilweise eher schmal (z.B. ausschließlich 9-Jährige) angelegt sind (26).

Auch Ihle & Esser (2002;10), die engere Einschlusskriterien hinsichtlich der Repräsentativität der Untersuchungspopulationen, Falldefinition, -erfassung und Stichprobengröße festlegten, berichten letztlich auf Grundlage von 17 zwischen 1970 und 2000 publizierten Studien eine Schwankungsbreite der 3- bis 12-Monats-Prävalenzen allgemeiner psychischer Auffälligkeiten zwischen 7% und 38% mit einem Median von etwa 18%. Drei Viertel der Prävalenzraten lagen jedoch zwischen 15% und 22%. Das Alter der in die jeweiligen Studien einbezogenen Kinder und Jugendlichen schwankte jedoch auch hier in einem recht breiten Range zwischen einer Studienpopulation von ausschließlich Dreijährigen und einer anderen Studienpopulation 14- bis 24-Jähriger.

Obwohl aktuell neben einer deutlichen Zunahme der Forschung auch eine verbesserte Qualität der Studien in diesem Bereich festgestellt wird (13,108), berichten neuere Reviews ebenso heterogene Ergebnisse. So stellen Costello et al. (2004, 108) für seit 1993 publizierte 3- oder 6-Monatsprävalenzen psychischer Auffälligkeiten nach ICD-10 oder DSM-IV ebenfalls einen Range von 8% bis 42% mit einem Median von etwa 25% fest. (Auch diesem Review liegen wieder Studien mit verschiedenen Altersspektren zugrunde, die 3- bis 18-Jährige einschließen). In Studien, die eine einhergehende Beeinträchtigung als Kriterium verwendeten, betrug der Median der Prävalenzen nur noch etwa 11% (Range: 3.0%-18.7%). (108). Patel et al. (2007;4) fanden in Studien zur psychischen Auffälligkeit Jugendlicher mit Bezugnahme auf eines der geläufigen Diagnose-manuale, die seit 1995 durchgeführt wurden, sogar einen Range zwischen 8% und 57% (keine Angabe der Bezugszeiträume). Auch hier wurden jedoch Studien, die Populationen 1- bis 15-Jähriger untersuchten, genauso in den Review einbezogen wie andere, die ausschließlich 16- bis 18-Jährige oder sogar 18- bis 24-Jährige befragten.

Ähnlich wie im erstgenannten Review (40) zeigt auch in den neueren Übersichten eine Betrachtung der Länder, aus denen die identifizierten Prävalenzstudien kommen, dass nur relativ wenige Studien aus europäischen Ländern vertreten sind. So finden sich bei Costello et al. (2004, 108) unter 26 Studien nur acht Untersuchungen aus sechs europäischen Ländern bzw. bei Patel et al. (2007, 4) unter 13 Studien nur drei europäische, die teilweise auch lediglich regionale Samples einbeziehen.

Tabelle 2 zeigt die Ergebnisse einer eigenen Literaturrecherche nach psychiatrischen epidemiologischen Studien aus Europa,²² die Prävalenzen allgemeiner psychischer Auffälligkeiten bei Heranwachsenden ermitteln und seit 1990 publiziert wurden.²³ Für die Literaturrecherche wurden in Medline Studien mit dem Schlagwort „*Mental Disorders/epidemiology*“ als Hauptthema und den Schlagworten "*Prevalence*", "*Health surveys*", "*Epidemiologic studies*", "*male*", "*female*", und „*adolescent*“ als weitere MeSH-Terms mit und-Verknüpfungen gesucht. Es wurden ausschließlich englischsprachige Publika-

²² Durch eine weite Definition von „Europa“ wurden auch Länder einbezogen, die nur teilweise diesem Erdteil zugeordnet werden. Da zu letzteren (bspw. Armenien und Georgien) sowie zu mehreren süd- und osteuropäischen Ländern (wie bspw. Serbien und Kroatien) aber keine Studien vorliegen und auch kein Material zu mehreren Zwergstaaten (wie Andorra, Liechtenstein, Monaco, San Marino) aufzufinden war, bezieht sich die folgende Darstellung schwerpunktmäßig auf Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und die Schweiz. Dies ist in Hinblick auf die Zielstellung dieser Arbeit jedoch kein Nachteil, da die Umsetzung von Präventionsmaßnahmen sowie die Einbindung in eine koordinierte europäische Präventionsstrategie in diesen infrastrukturell besser ausgestatteten und untereinander stärker vernetzten Ländern in näherer Zukunft am realistischsten erscheint.

²³ letztmalig aktualisiert am 4.7.2011

tionen einbezogen. Um die große Anzahl gefundener Publikationen um diejenigen zu reduzieren, die nicht von Interesse waren, wurde zudem der MeSH-Term "*Severity of Illness Index*" aus der Suche ausgeschlossen. Weiterhin wurden – um auf diese Weise nicht gefundene Publikationen dennoch einbeziehen zu können – die in aktuellen Reviews aufgeführten Studien gesichtet und nach dem Schneeballprinzip weitere Studien einbezogen. Bei einer letztmaligen Aktualisierung dieser Recherche (am 4.7.2011) wurde zudem eine weiter gefasste Abfrage²⁴ in die Literaturdatenbank eingegeben und anschließend eine Prüfung der über 1000 Treffer auf Relevanz vorgenommen, um möglichst keine publizierte Studie zu übersehen. Im Falle mehrerer Studien für ein Land wurden bevorzugt solche mit nationalen Samples oder geeigneteren Altersranges in die hier dargestellte tabellarische Übersicht aufgenommen.²⁵

Nach dieser Auswahl sowie einem Ausschluss sämtlicher Studien, denen keine repräsentativen Bevölkerungsstichproben zugrunde lagen, verbleiben für die europäischen Länder nur 15 Studien aus 12 Ländern, die in 11 Fällen auch nur auf regional begrenzten Samples beruhen. Betrachtet man die aufgeführten Länder, fällt auf, dass die Publikationen überwiegend nord- (DK, FI, IE, NO, UK) und westeuropäische (CH, DE, FR, NL) Länder betreffen, während nur für zwei südeuropäische Länder (IT, ES) und für lediglich ein osteuropäisches Land (SK) Informationen aufzufinden waren.

In methodischer Hinsicht spiegeln die aufgeführten Studien die oben beschriebenen Probleme gut wider. Das einbezogene Altersspektrum variiert stark und ist in einigen Studien recht schmal, in anderen hingegen sehr breit. Auch die Falldefinitionen sind unterschiedlich und beziehen sich sowohl auf verschiedene Versionen der Diagnose-manuale (ICD-9, ICD-10, DSM-III-R, DSM-IV) als auch auf das Erreichen spezifischer Grenzwerte hinsichtlich Symptomatik und Belastung in standardisierten Screening-instrumenten. Zudem variieren die Erfassungsmethoden deutlich, so dass letztlich auch bei den Studien mit Bezugnahme auf die gleichen diagnostischen Kriterien die Vergleichbarkeit u.a. durch den Einsatz verschiedener Screeninginstrumente sowie

²⁴ Suchbegriffskombination der letzten Abfrage von 4.7.2011: "*Mental Disorders/epidemiology*"[Majr] AND "*Prevalence*"[MeSH] AND "*Europe*"[MeSH] AND ((*Review*[ptyp] OR *Classical Article*[ptyp] OR *Journal Article*[ptyp])) AND *English*[lang] AND ("*infant*"[MeSH Terms] OR "*child*"[MeSH Terms] OR "*adolescent*"[MeSH Terms]) AND ("*1990/01/01*"[PDAT]: "*2011/07/04*" [PDAT]))

²⁵ So wurden u.a. Studien mit regionalen Samples aus Ländern, aus denen auch nationale Survey-Daten vorliegen (DE:109,110,111, UK:112) außer Acht gelassen. Da diese Arbeit das Jugendalter zum Gegenstand hat, wurden auch Untersuchungen, die ausschließlich unter 11-Jährige einbezogen, nicht aufgeführt, sofern mindestens eine weitere Publikation mit passenderem Altersrange für das jeweilige Land vorlag. Darum wurden bspw. Studien, die lediglich unter 3- (DK:113, NL:114), 3- bis 6- (ES: 115), 5- bis 7- (DK:116), 8- (FI:117) oder 8- bis 10- Jährige (NO:118) betrafen, ausgeschlossen.

unterschiedlicher vertiefender Interviews eingeschränkt ist. Darüber hinaus stützen sich die berichteten Prävalenzen auf verschiedene Informationsquellen und beziehen sich auf – oftmals nicht einmal angegebene – unterschiedlich lange Zeiträume.

Entsprechend weisen die in den Studien ermittelten Prävalenzen zwischen 8.2% (bzw. ~4% für „schwerere Fälle“) und 29.3% eine deutliche Variationsbreite auf. Der Range der Raten ist zwar etwas geringer als die in den oben zusammengefassten Reviews berichteten, dies mag aber letztlich eher auf eine engere Auswahl und eine geringere Anzahl von Studien zurückzuführen sein als auf eine möglicherweise größere Ähnlichkeit der Raten innerhalb Europas. Die hier beobachtete Spanne deckt jedoch den Bereich ab, in dem auch die oben zusammengefassten Reviews die meisten Prävalenzen beobachteten.

Tabelle 2 verdeutlicht außerdem, dass teilweise für eine Untersuchung mehrere Raten berichtet werden. Dabei handelt es sich zum einen um nicht weiter nachvollziehbare Abweichungen der Raten in verschiedenen Publikationen zur gleichen Studie (DK:119,120, UK:17,121). Zum anderen werden aber auch Prävalenzen auf Grundlage verschieden strenger Kriterien bzgl. der vorliegenden Beeinträchtigung publiziert (ES:133,134, NL:130) oder es wird noch einmal gesondert ausgewiesen, in wie vielen Fällen betroffene Heranwachsende auf Grundlage *beider* BeurteilerInnen als „Fälle“ einzustufen sind (NL:130). Die meisten hier identifizierten Studien beziehen sich auf eines der geläufigen Diagnose-manuale, so dass die berichteten Raten den Anteil Heranwachsender bezeichnen, für die eine psychiatrische Diagnose gestellt werden kann. Teilweise erheben die StudienautorInnen aber auch gar nicht den Anspruch, psychische Störungen im klinischen Sinne zu erfassen (122,123,124). Das Sprechen von „psychischen Auffälligkeiten“ statt „psychischen Störungen“ (oder die Verwendung des allgemeineren Begriffs „mental health problems“ statt „disorders“ im Englischen) berücksichtigt dabei die Tatsache, dass mit den in den epidemiologischen Studien eingesetzten Instrumenten teilweise keine Störungen im Sinne einer Diagnose festgestellt werden können. Angesichts der oben beschriebenen Eigenschaften dimensionaler Fragebogeninstrumente, die nicht gezielt Diagnosekriterien abfragen, erscheint diese Wortwahl berechtigt. Hier wird daher ebenfalls von psychischen Auffälligkeiten gesprochen, da dieser Begriff sowohl kriterienorientierte Vorgehensweisen als auch mittels eines statischen Cut-offs identifizierte Phänomene subsumiert und den methodischen Unschärfen bei der Erfassung des Forschungsgegenstandes Rechnung trägt. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass dieser Begriff in der Literatur nicht einheitlich verwendet wird und teilweise auch synonym zu „psychischen Störungen“ gebraucht wird (24).

2.3 Prävalenzstudien zu psychischen Störungen bei Jugendlichen: International und innerhalb Europas berichtete Prävalenzraten

Tabelle 2. Zwischen 1990 und 2011 publizierte Prävalenzstudien in jungen Bevölkerungssamples (Stand 04.07.2011)

| | Herkunft | Fallzahl | Falldefinition | Fallerfassung | Design | Alter | BefragteR | Zeitraum | Prävalenz |
|--------------------------------|--|-----------------|---|--|---------------|---------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------------------------|
| Dänemark (119,120) | Funen | 621 | DSM-IV & Beeinträchtigung | (1) CBCL-FB (2) K-SADS-PL INT u.a. | zweistufig | 8-9 | Elternteil, ggf. Lehrer+Selbst | nicht angegeben | 10.1% bzw. 11.8% |
| Deutschland (122) | Nationaler Survey | 2863 | SDQ-Symptom & Impact-Fragebogen | FB & tel. INT | einstufig | 7-17 | Elternteil + Selbst | 6 Monate | 14.5% |
| Finnland (47) | Südfinnland | 3397 | DSM-III-R | (1) FB (2) DISC & Isle of Wight INT | zweistufig | 8-9 | Elternteil + Selbst + LehrerIn | 3 Monate | 15% |
| Frankreich (125) | Eure-et-Loire, Nordfrankreich | 2441 | ICD-9 | (1) CBCL & Rutter-FB (2) Isle of Wight INT | zweistufig | 8-11 | Elternteil + LehrerIn | 3 Monate | 12.4% |
| Großbritannien (17,121) | Nationaler Survey | 10438 | ICD-10 | SDQ-FB & DAWBA- INT | einstufig | 5-15 | Elternteil + LehrerIn + Selbst | nicht angegeben | 8.9% bzw. 9.5% |
| Großbritannien (126) | Nationaler Survey | 2624 | ICD-10 & DSM-IV | Interview mit ICD-10 & DSM-IV - Items | einstufig | 13-15 | Selbst | nicht angegeben | 11.7% |
| Irland (127) | Eastern Health Board: Dublin, Kildare, Wicklow | 2029 | nicht angegeben, Sekundärliteratur gibt ICD-9 an (41) | (1) Rutter-B2-FB (2) INT nach Graham & Rutter Modul B | zweistufig | 9-12 bzw. 4. Klasse | (1) LehrerIn (2) Mütter | nicht angegeben | 25.4% |
| Irland (128) | Dublin | 723 | DSM-IV | (1) FB SDQ & CDI (2) K-SADS-PL INT | zweistufig | 12-15 | Selbst | Punktprävalenz | 15.6% |
| Italien (129) | Sieben städtische Regionen | 3418 | DSM-IV | (1) CBCL FB (2) DAWBA INT | zweistufig | 6-18 | Elternteil + Selbst | Punktprävalenz (DAWBA) | 8.2% |
| Niederlande (130) | Nationales Sample | 780 | DSM-III-R | (1) CBCL-FB (2) DISC- INT | zweistufig | 13-18 | Elternteil + Selbst + LehrerIn | 6 Monate | 22% (4% in Eltern- und Selbsturteil) |
| Norwegen (123) | Akershus | 29631 | SDQ-Symptom & Impact-Fragebogen | SDQ-FB | einstufig | 10-19 | Selbst | 6 Monate | 12.5% |
| Schweiz (131,132) | Zürich | 1964 | DSM-R-III | (1) CBCL & YSR FB (2) DISC-P INT | zweistufig | 6-17 | Elternteil + Selbst | 6 Monate | 22.5% |
| Slowakei (124) | Kosice | 2616 | „potentiell klinisch relevante Symptome“ | GHQ-12 | einstufig | m=15 | Selbsturteil | 4 Wochen | Jungen: 23.9% Mädchen: 41.3% |
| Spanien (133) | Valencia | 1127 | DSM-III-R | (1) CBCL-FB (2) K-SADS INT u.a. | zweistufig | 8, 11, 15 | Elternteil + Selbst | Punktprävalenz | 21.7% bzw. 4.4% |
| Spanien (134) | Reus (Katalonien) | 304 | ICD-10 & DSM-III-R | SCAN-INT | einstufig | 18 | Selbsturteil | Punktprävalenz | 29.3% bzw. 20.6% |

2.3.2 Prävalenzen in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht

Auch wenn die vorliegenden Prävalenzstudien stark variierende Ergebnisse berichten, sind die Befunde hinsichtlich der Geschlechterunterschiede bzgl. der Häufigkeit psychischer Störungen recht einheitlich. Für die Gesamtauffälligkeitsraten zeigen sich hierbei weniger deutliche Unterschiede, zumeist mit höheren Raten bei Jungen (12,42,89,117,120,136), in Stichproben mit höherem Alter jedoch auch bei Mädchen (133,134). Geschlechtsunterschiede werden besonders bezogen auf die Störungsform berichtet, wobei externalisierende Auffälligkeiten²⁶ weitgehend übereinstimmend – zumindest in jüngeren Jahren – mehr bei Jungen beobachtet werden (12,17,42,47,89,123,125,135,136,137,138,139,140). In den oben aufgeführten Prävalenzstudien machen hier nur Lynch et al. (2006;128) eine Ausnahme, die in ihrem irischen Sample keinen Geschlechterunterschied feststellen können. Uneindeutig ist die Befundlage, ob Mädchen hingegen mehr internalisierende Probleme zeigen als Jungen (42,111,123,137,138,139,140, 141), ob internalisierende Probleme beide Geschlechter etwa gleichermaßen betreffen (17²⁷,125, 128,135) oder ob Jungen sogar auch bei den internalisierenden Störungen häufiger betroffen sind (47). Wo ein Unterschied zu Ungunsten der Mädchen gefunden wird, wächst dieser mit der einsetzenden Pubertät, entweder weil die Inzidenz bei Mädchen stärker zunimmt (Depressionen: 12,42,129,137,141; Gesamtraten: 133) oder die Prävalenz bei Jungen stärker sinkt (Angst:141; Gesamtraten: 133). Als Gründe für diese Geschlechtsunterschiede werden sowohl Unterschiede in der Exposition gegenüber biologischen und umweltbedingten Risikofaktoren als auch geschlechtsspezifische Interaktionen zwischen diesen Faktoren diskutiert (4).

Die sich hier andeutenden störungs- und geschlechtsspezifischen Verläufe psychischer Auffälligkeiten sind vermutlich auch ein wichtiger Grund für die uneinheitliche Befundlage darüber, ob die Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten im Allgemeinen mit dem Alter tatsächlich ansteigen. So finden sich in der Literatur Hinweise, dass die Inzidenz vieler Störungen ab dem Zeitpunkt der Pubertät deutlich ansteigt (wie bspw. Depressionen, Suchterkrankungen und Essstörungen), was auf die besondere Situation im Jugendalter zurückgeführt wird, in der es vielfältige Entwicklungsaufgaben in verschiedenen Bereichen zu bewältigen gilt (siehe

²⁶ Psychische Auffälligkeiten werden häufig in internalisierende und externalisierende Problematiken unterschieden. Nach innen gerichtete Formen äußern sich bspw. durch Depressionen, Ängste oder psychosomatische Beschwerden und fügen primär dem bzw. der Heranwachsenden selber Schaden zu während externalisierende, d.h. nach außen gerichtete Formen wie hyperkinetische Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens besser sichtbar sind und auch Dritte oder Gegenstände z.B. durch aggressives Verhalten schädigen (142,143).

²⁷ Ford et al. (2003;17) berichten zwar keine höhere Prävalenz der Mädchen bei Ängsten und Depressionen, beobachten aber mehr Essstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen. Es bleibt weiterhin offen, ob dieses Ergebnis so Bestand hätte, wenn die Geschlechtsunterschiede nicht nur für alle Altersgruppen gemeinsam, sondern auch nach den verschiedenen Altersgruppen separat analysiert worden wären.

auch 2.5) (42,139,140,142,143). Auch Roberts et al. (1998; 40) konnten in ihrem Review höhere Prävalenzraten in den Studien beobachten, die ältere Heranwachsende einschlossen. Ford et al. (2003; 17) zeigten an über 10000 britischen Kindern und Jugendlichen einen deutlichen Anstieg der DSM-IV-Prävalenzen von 7.8% (SE=0.05) bei den 5- bis 7-Jährigen auf 12.2% (SE=0.07) bei den 13- bis 15-Jährigen. Diese Zunahme erwies sich in allen Störungsgruppen (Ängste, Depressionen, Verhaltensstörungen) als signifikant (17). Andererseits konnten Ihle & Esser (2002; 10) in den Kohortenstudien ihres Reviews einen solchen Anstieg nur teilweise beobachten²⁸ und auch in anderen Studien aus Frankreich (an 8- bis 11-Jährigen) und Irland (an 12- bis 15-Jährigen) zeigte sich lediglich hinsichtlich der Verhaltensstörungen eine etwas höhere Belastung älterer Heranwachsender, die sich auch nur teilweise als statistisch signifikant erwies (125,128). Ein älterer internationaler Überblick zeigte für die meisten Länder mit steigendem Alter häufiger werdende internalisierende Probleme bei einer Reduktion der externalisierenden Probleme und der Gesamtbelastung (140). Neuere italienische Studien erbrachten damit übereinstimmende Ergebnisse (129,135) und auch eine Schweizer Studie zeigte eine größere Häufigkeit affektiver Störungen in den höheren Altersgruppen (131). Hinsichtlich der Gesamtbelastung wies hier die jüngste Altersgruppe (6 bis 9 Jahre) mit 31,3% jedoch deutlich häufiger Störungen auf als die 10- bis 13-Jährigen (25,4%) und die 14- bis 17-Jährigen (12,8%) (131). Insgesamt werden bzgl. der Altersabhängigkeit von Prävalenzraten psychischer Auffälligkeiten also verschiedenste Ergebnisse berichtet, von einem Anstieg (17) über ein Sinken (131) bis hin zu U-förmigen Verläufen (137).

2.3.3 Prävalenzen in Abhängigkeit vom individuellen sozioökonomischen Status

Ein niedriger sozioökonomischer Status (SES) oder sogar Armut wird in der Literatur vielfach als wichtiger Risikofaktor für psychische Auffälligkeiten berichtet (89,144,145,146,147,148). Dieser gewinnt zudem an Relevanz, da das Ausmaß sozialer Ungleichheit und der Anteil der Menschen, die unterhalb der Armutsgrenze leben, auch in den relativ wohlhabenden westlichen Industrieländern ansteigt und sich in zunehmend schlechteren sozialen Situationen von Kindern und Jugendlichen niederschlägt (149,150,151,152). So berichtete bspw. der United Nations Children's Fund (UNICEF) 2005, dass in der vorangehenden Dekade die Kinderarmut in 17 von 24 OECD-Ländern zugenommen hatte – darunter 14 europäische Länder (151).²⁹ Gemessen

²⁸ So wurden bspw. zwischen 7- bis 11- und 12- bis 18-Jährigen, zwischen 3- und 8-Jährigen sowie zwischen den Altersgruppen 10 bis 11 und 14 bis 15 Jahre Zunahmen beobachtet, während andere Studien in der Altersspanne 8 bis 25 Jahre oder zwischen 4- bis 12- und 8- bis 16-Jährigen keine Zunahme entdeckten.

²⁹ Kinderarmut relativ definiert als Anteil der Kinder in Haushalten mit einem Einkommen $\leq 50\%$ des Medians

an jeweils nationalen Kriterien leben in Europa zwischen etwa 3% (Dänemark, Finnland, Norwegen, Schweden) und über 15% (Portugal, Italien, Großbritannien, Irland) der Heranwachsenden in Armut (151). Periodenprävalenzen zeitweise in Armut lebender junger Menschen liegen noch einmal deutlich höher und erreichten für einen 5-Jahreszeitraum in Großbritannien sogar 39% (150). Neben dem Ausmaß unterscheidet sich auch die Art der sozialen Benachteiligung innerhalb Europas: So ist in ehemaligen Ostblock-Ländern (153)³⁰ wie Tschechien und Slowenien die relative Armut trotz steigender ökonomischer Ungleichheit (182) zwar teilweise recht gering (~2%), andererseits sind dort 85 bzw. 95% der Minderjährigen von absoluter Armut – gemessen an der US-Armutsgrenze – betroffen. In Italien hingegen sind in diesem Sinne zwar 21% relativ, jedoch „nur“ 38% absolut arm (154).

In den vorliegenden Studien zu psychischen Auffälligkeiten wird der sozioökonomische Status eines Kindes oder Jugendlichen auf verschiedenste Weisen operationalisiert. Meistens werden Bildungsstand, Berufsstatus und/oder das Einkommen der Eltern herangezogen (144,147,150), alternativ werden aber auch die Verfügbarkeit materieller Güter (155,156) oder kollektive Maße wie der Wohlstand in der Wohnumgebung herangezogen (157).

Mehrere Studien aus den Vereinigten Staaten zeigten einen Zusammenhang zwischen dem SES und dem Auftreten sowohl internalisierender wie externalisierender psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen (136,148,158,159,160,161). Unter Verwendung von Indikatoren wie Haushaltseinkommen und elterlichem Bildungsstand wurden hierbei teilweise lineare Effekte gefunden (159,160), teilweise zeigte sich das deutlich (dreifach) erhöhte Risiko nur bei den allerärmsten Kindern während sich bereits bei einem geringfügig oberhalb der Armutsgrenze liegendem Einkommen die Raten den obersten Einkommensgruppen anglichen (136).

Auch für europäische Länder wurde dieser Zusammenhang vielfach gezeigt. In Großbritannien waren Indikatoren wie ein niedriges Haushaltseinkommen, ein niedriger Beschäftigungsstatus oder eine niedrige soziale Klasse des Haushaltsvorstands, eine geringe mütterliche Bildung, der Erhalt von Sozialleistungen sowie das Wohnen in einem gemieteten (vs. gekauften) Haus mit einer größeren Auftretenshäufigkeit psychischer Auffälligkeiten assoziiert (121,162,163). Auch in Deutschland zeigte sich ein Zusammenhang zwischen Bildung, Beschäftigungsstatus und Einkommen der Eltern einerseits und der Auftretenshäufigkeit von psychischen Auffälligkeiten andererseits (164). Eine finnische Studie konnte zeigen, dass bei Jugendlichen (und hier insbesondere bei Mädchen) die subjektive Wahrnehmung finanzieller Schwierig-

³⁰ Die im Folgenden verwendeten geographischen Bezeichnungen orientieren sich an der Einteilung der UN in Ost-europa (u.a. BG, CZ, HU, PL, MD, RO, RU, SK, UA), Nordeuropa (u.a. DK, EE, FI, IE, IS, LT, LV, NO, SE, UK), Südeuropa (u.a. AL, EL, ES, HR, IT, MT, PT, RS, SI) und Westeuropa (u.a. AT, BE, CH, DE, FR, NL).

keiten im Zusammenhang mit dem Auftreten von depressiven Symptomatiken steht, auch wenn für objektive SES-Indikatoren kontrolliert wurde (165). In den Niederlanden wurden neben Bildung und Beschäftigung der Eltern als signifikante Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten (148) auch Auswirkungen des SES auf aggregierter Ebene festgestellt: so wiesen 10- bis 12-Jährige, die in Wohngebieten mit hoher Arbeitslosigkeit, niedrigem Einkommen und viel Bezug von Sozialleistungen aufwuchsen, höhere Raten an emotionalen und Verhaltensproblemen auf – selbst wenn für ihre individuellen SES-Charakteristika adjustiert wurde (166).³¹

Auch aus Italien wurden Zusammenhänge zwischen verschiedenen Indikatoren des SES (geringe elterliche Bildung, niedriges Einkommen, elterlicher Beschäftigungsstatus) und psychischen Auffälligkeiten berichtet (129,135). Dieser Zusammenhang wurde in einer Studie jedoch nur eingeschränkt – für die mittels Screening ermittelten psychischen Auffälligkeiten – bestätigt, während sich die Unterschiede hinsichtlich der strenger definierten DSM-IV Störungen als nicht mehr signifikant erwiesen (129). Ähnlich wurde in der Schweiz nur für Angststörungen eine größere Auftretenshäufigkeit bei niedrigerem SES (operationalisiert über Beschäftigungsstatus der Haushaltsvorstands) beobachtet (131). In Irland fanden Lynch et al. (2006; 128) sogar gar keinen Zusammenhang zwischen SES (operationalisiert über elterlichen Beschäftigungsstatus) und depressiven, Angst- oder externalisierenden Störungen.

Auch wenn die meisten hier recherchierten Studien auf eine höhere Vulnerabilität sozial benachteiligter Jugendlicher hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten hinweisen, zeigt sich insgesamt bei Jugendlichen – im Gegensatz zu Erwachsenen (168,169,170,171,172,173) – diesbezüglich keine eindeutige Befundlage (138). Das Phänomen, dass der Zusammenhang zwischen SES und gesundheitlichen Problemen nicht nur von dem genauen gesundheitlichen Outcome und dem betrachteten Land abhängig ist (174,175), sondern auch mit der untersuchten Altersgruppe variiert, ist bereits vielfach diskutiert worden (147,176,177,178). Die weniger konsistenten Ergebnisse für das Jugendalter werden teilweise mit einer größeren gesundheitlichen Gleichheit über soziale Strata in dieser Phase erklärt, in der Heranwachsende von den Eltern unabhängiger werden und andere subkulturelle Einflussfaktoren eine stärkere Rolle spielen (178,179,180,181). Zudem kommen nachteilige Effekte schlechter Arbeitsbedingungen und eines ungünstigen Gesundheitsverhaltens noch nicht so stark zum Tragen (176). Die Möglichkeit eines methodischen Artefakts aufgrund für Jugendliche ungeeigneter SES-Indikatoren wurde ebenfalls diskutiert, wird jedoch allgemein nicht als hinreichende Erklärung der empirischen Beobachtungen verstanden (176,177). Insgesamt ist noch nicht

³¹ Eine Studie an Erwachsenen fand hier hingegen, dass individuelle Unterschiede ausschlaggebend sind (NL:167).

abschließend geklärt, inwiefern die teilweise konträren Befunde auf echten Unterschieden zwischen Ländern oder Altersgruppen oder auf methodischen Problemen wie verschiedenen Samplings oder Operationalisierungen von SES und psychischen Auffälligkeiten gründen. Es erscheint jedoch wahrscheinlich, dass das Jugendalter tatsächlich eine Periode wenn auch nicht eines vollständigen sozialen Ausgleichs (179) so doch einer Reduktion sozialer Ungleichheit (178) darstellt. Die Höhe dieser Reduktion ist jedoch abhängig vom betrachteten Gesundheitsoutcome (181) und für psychische Auffälligkeiten bislang kaum untersucht.

Die Erklärungen für den Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und Gesundheit bzw. Krankheit folgen verschiedenen Ansätzen. In Hinblick auf die psychische Gesundheit erscheint dabei die materielle Perspektive, die direkte physiologische Auswirkungen eines geringeren Lebensstandards (Wohnbedingungen, Ernährung u.ä.) als Ursachen gesundheitlicher Probleme thematisiert, weniger geeignet als die psychosoziale Perspektive, die den mit relativer Deprivation assoziierten Stress in den Mittelpunkt rückt (149,150). Der letztgenannte Ansatz erscheint auch geeigneter, um gesundheitliche Nachteile von zwar relativ benachteiligten jedoch nicht im absoluten Sinne armen Bevölkerungsteilen erklären zu können (182).

Für den Zusammenhang zwischen einem niedrigen SES und dem Auftreten psychischer Auffälligkeiten werden hier vielfältige Mediatoren diskutiert, also „intermediäre“ Variablen, die auf dem kausalen Pfad zwischen einem niedrigen SES und psychischen Auffälligkeiten liegen und diesen Zusammenhang vermitteln (183, detailliert dargestellt in Abschnitt 2.5). So können sich finanzielle Probleme vermittelt über das Verhalten von Eltern gegenüber ihren Kindern in Form von inkonsistenterem oder strengerem Erziehungsverhalten bzw. weniger Zuwendung und Unterstützung auswirken sowie einer konfliktbeladeneren Eltern-Kind-Beziehung (145,146,178,184). Sozial benachteiligte Kinder verfügen im Durchschnitt über geringere soziale Unterstützung (185) und erleiden mehr Gewalterfahrungen in der Familie, in ihrer Nachbarschaft und durch Gleichaltrige (144,145). Auch der mit Armut assoziierte schlechtere Stand bei LehrerInnen und schlechtere Schulleistungen stellen mit dem daraus resultierenden Schulstress einen möglichen Mediator dar (144). Einige Studien konnten entsprechend zeigen, dass bei Berücksichtigung dieser mit dem SES assoziierten Unterschiede in verschiedenen Lebensbereichen der sozioökonomische Status als Prädiktor psychischer Auffälligkeiten deutlich an Relevanz verliert (158,222). Bislang ist jedoch unzureichend untersucht, welche Mediatoren den Einfluss des SES in verschiedenen kulturellen Gruppen vermitteln (144,184) bzw. wie sich die verschiedenen Arten potentiell verfügbarer sozialer Unterstützung bei Jugendlichen in Abhängigkeit von sozialen Charakteristika unterscheiden (186).

2.3.4 Prävalenzen in Abhängigkeit von sozioökonomischen Makroindikatoren

Neben den sozioökonomischen Unterschieden des Gesundheitszustands auf individueller Ebene, werden auch die ökonomische Gesamtsituation eines Landes sowie die Verteilung des gesellschaftlichen Wohlstands als Prädiktoren der Gesundheit Jugendlicher diskutiert (178,187). Eine Beziehung zwischen Länder-Makroindikatoren in Form aggregierter Wohlstandsmaße und der Prävalenz eines Gesundheitsproblems bei Jugendlichen konnte bislang jedoch ausschließlich in Hinblick auf den national unterschiedlich ausgeprägten mittleren familiären Wohlstand und die selbstberichtete Gesundheit belegt werden (178). Dabei wurde – vergleichbar mit den oben erwähnten Ergebnissen aus den Niederlanden (166) – gezeigt, dass Jugendliche aus Ländern mit einer durchschnittlich hohen Verfügbarkeit materieller Güter weniger Gesundheitsprobleme berichten als solche aus Ländern mit geringerem materiellen Wohlstand – auch wenn für ihren individuellen SES kontrolliert wird (178). Der Makroindikator zeigte hierbei einen additiven, jedoch keinen Interaktionseffekt. Zudem wurde festgestellt, dass vor allem der auf nationaler (im Gegensatz zur regionalen) Ebene aggregierte Wohlstand eine Rolle spielt, seine Bedeutung aber bei älteren Heranwachsenden geringer ist (178). Inwiefern dieser für die selbstberichtete Gesundheit beobachtete Zusammenhang auch in Bezug auf die Raten psychischer Auffälligkeiten bei Jugendlichen besteht, kann der einschlägigen wissenschaftlichen Literatur bislang nicht entnommen werden.

Eine andere und recht kontrovers diskutierte These in Hinblick auf makroökonomische Einflussvariablen setzt die Prävalenzraten von Gesundheitsproblemen nicht in Bezug mit dem *Ausmaß* sondern mit der *Verteilung* des Wohlstands in einer Gesellschaft. Die bekanntesten Verfechter dieses Zusammenhangs – Richard Wilkinson und Kate Pickett – konnten unter anderem für die Raten psychischer Erkrankungen in zwölf Industrieländern (AU, BE, CA, DE, ES, FR, IT, JP, NL, NZ, UK, US) eine hohe Korrelation ($r=0.79$, $p=0.002$) mit einem Maß für die Ungleichheit der Einkommensverteilung zeigen, das den Einkommensanteil der reichsten 20% der Bevölkerung durch den der ärmsten 20% dividiert (188). Diese Ergebnisse deuten im Sinne der sogenannten relativen Einkommenshypothese darauf hin, dass jenseits des Effekts des materiellen Lebensstandards (nach der sogenannten absoluten Einkommenshypothese) die soziale Ungleichheit als solche mit einer schlechteren Gesundheit der Bevölkerung einhergeht (189). Dass sich auch dieser Effekt am stärksten auf nationaler Ebene zeigt, wird darauf zurückgeführt, dass soziale Stratifizierungsmechanismen primär durch die

Organisation von Nationalstaaten geprägt werden ³² und die Erfahrung relativer Deprivation auf sozialen Vergleichen basiert, die über das eigene Wohnquartier hinausgehen (190). Auch der Umstand, dass innerhalb einzelner Länder ein deutlicher sozialer Gradient bspw. für Mortalität besteht, dieser sich aber für Aggregatdaten (durchschnittliches Pro-Kopf-Einkommen vs. Mortalität auf Länderebene) reicherer Länder nur noch sehr schwach zeigt, wird als Indikator dafür gewertet, dass der Gesundheitszustand nicht nur von der Verfügbarkeit materieller Güter abhängt, sondern gesellschaftliche und soziale Faktoren der relativen Deprivation wesentlich beteiligt sind (189,190). Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der These der epidemiologischen Transition, nach der das allgemein hohe materielle Niveau in wohlhabenderen Ländern kaum gesundheitliche Limitationen im absoluten Sinne bewirkt.

Erklärungsansätze für die beobachtete Bedeutsamkeit der Ungleichverteilung wurzeln in der Annahme einer höheren sozialen Kohärenz egalitärer Gesellschaften (189). Wilkinson und Pickett, die vergleichbare Zusammenhänge unter anderem auch für so verschiedene Raten wie die von Übergewicht, Teenager-Schwangerschaften, Morden oder Bildungserfolg berichten, argumentieren, dass sich in ungleicheren Ländern die relative Deprivation vor allem durch eine erhöhte Statuskonkurrenz negativer auswirkt (188,191): Soziale Degradierung ist in solchen Gesellschaften kränkender, durch die größere soziale Distanz vergrößert sich die Mühe eines sozialen Aufstiegs – aber auch die des „Oben-Bleibens“, so dass letztlich auch die Mittelklasse und reiche Bevölkerungsschichten in ungleicheren Gesellschaften ungesünder sind (172,188, 191,192). Die Korrosion der sozialen Beziehungen sowie der größere Stress und die daraus resultierenden gesundheitlichen Probleme gelten somit als die wesentlichen Faktoren, die eine ungleiche Verteilung und schlechtere Bevölkerungsgesundheit miteinander verbinden (188, 189,190,191,192). Die Literatur lässt jedoch weitgehend offen, inwiefern diese Zusammenhänge auch für die psychische Gesundheit von Jugendlichen gelten. Durch die sich einleitende eigene soziale Positionierung in dieser Lebensphase – mit der Notwendigkeit, einen Schulabschluss zu erlangen und eine Ausbildung zu erhalten – könnte sich eine erhöhte Statuskonkurrenz in ungleicheren Gesellschaften in der Jugend besonders deutlich auswirken.

Es wurde bereits angedeutet, dass im Zusammenhang mit der relativen Einkommenshypothese darauf verwiesen wird, dass die variierende Steilheit des sozialen Gradienten wesentlich durch das Ausmaß der Einkommensungleichheit einer Gesellschaft bestimmt sei (189). Auch für die damit angesprochene Abhängigkeit der Assoziation zwischen individueller Benachteiligung und Gesundheit von Makroindikatoren liegen Daten – sogar für das Jugendalter –

³² Einkommensungleichheit wird als Maß der Stärke der sozialen Stratifizierung in einer Gesellschaft betrachtet.

vor. Hierbei wurde allerdings nicht ein Maß der Einkommensungleichheit sondern eine Typologie von Wohlfahrtsstaaten als unabhängige Variable verwendet. Eine internationale Untersuchung von 31 Ländern bestätigte so zumindest teilweise die Hypothese, dass die Assoziationen zwischen individueller sozialer Benachteiligung einerseits und Gesundheitsoutcomes andererseits³³ in Abhängigkeit von der Organisation des Wohlfahrtsstaats verschieden stark ausgeprägt sind. Sie zeigte, dass sozialdemokratisch bzw. konservativ organisierte Wohlfahrtsstaaten mit stärker redistributiven Eigenschaften im Vergleich mit liberalen, mediterranen und postkommunistischen Systemen die individuellen Armutsrisiken besser abfedern (187). Dieses Ergebnis erscheint angesichts geringerer sozialer Unsicherheit und somit reduziertem Stress in diesen Staaten plausibel. Im Gegensatz dazu wurde jedoch in einer anderen Untersuchung für die selbstberichtete Gesundheit eine hohe Uniformität ihrer Assoziation mit individueller sozialer Benachteiligung in 22 verschiedenen Ländern beobachtet und als Hinweis auf die Unabhängigkeit der zugrundeliegenden Prozesse von allgemeinen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen interpretiert (178).³⁴

Neben den durch die oben skizzierten Untersuchungen angesprochenen Fragen nach den Zusammenhängen zwischen (a) dem Wohlstandsniveau eines Landes und den dortigen *Raten* psychischer Auffälligkeiten sowie (b) zwischen der Wohlstandsverteilung und der Höhe der *Raten* und (c) zwischen der Wohlstandsverteilung in einem Land und der Stärke der *Assoziation* von SES mit dem psychischem Gesundheitszustand, ist auch (d) ein Zusammenhang zwischen dem länderspezifischen Wohlstandsniveau und den *Assoziationen* auf individueller Ebene denkbar. So kann vermutet werden, dass in ärmeren Ländern der Zusammenhang zwischen einem niedrigeren familiären Wohlstand und Gesundheitsoutcomes stärker ausgeprägt ist, da ein Leben in (relativer) Armut dort größere absolute Einbußen bedeutet. Zu dieser Hypothese liegen jedoch bislang bezogen auf Jugendliche und ihre psychische Gesundheit keine (der Autorin bekannten) Erkenntnisse vor.

Grundsätzlich sind die Interpretationsmöglichkeiten von auf dem Niveau aggregierter Daten beobachteten Zusammenhängen jedoch methodisch sehr umstritten und insbesondere die relative Einkommenshypothese wird in diesem Zusammenhang scharf kritisiert (193,194). So werden die Befunde, dass die Wohlstandsverteilung innerhalb eines Landes einen Einfluss auf die individuelle Gesundheit nimmt, auch als ökologische Fehlschlüsse in Frage gestellt

³³ (hier jedoch spezifisch subjektive Gesundheit, Wohlbefinden, Beschwerden, Gesundheitsverhalten)

³⁴ Die Vermutung, dass abweichende Ergebnisse auf uneinheitliche Methoden zurückzuführen seien, erscheint jedoch nicht gerechtfertigt, da Zambon et al. (2006, 187) auf Grundlage der gleichen Studie (WHO-Jugendgesundheitsstudie) – wenn auch eines anderen Durchgangs – zu anderen Ergebnissen kommen.

(193,194). Die Kritik hebt im Kern darauf ab, dass die Beziehung zwischen SES und Gesundheit nicht linear ist: Aufgrund des abnehmenden Grenznutzens bei zunehmendem Einkommen,³⁵ muss sich bei ungleicheren Gesellschaften die ausgeprägtere Armut der sozial Benachteiligten zwangsläufig deutlicher auf einen gesellschaftlichen Mittelwert auswirken als der ausgeprägtere Reichtum der Bessergestellten. Studien weisen jedoch auf einen über diesen methodischen Artefakt hinausgehenden eigenständigen Einfluss sozialer Ungleichheit hin (siehe z.B. 189). Somit erscheint der Rat zur Bevorzugung der Analyse von Individualdaten (193) nur teilweise berechtigt. Ein solches Vorgehen schließt zwar ökologische Fehlschlüsse aus, würde aber auch zu einem „*methodischen Individualismus*“ (189, S. 377) führen, da eine solche Beschränkung die Untersuchung der Effekte sozialer Verhältnisse, die nicht als Personeneigenschaften erfassbar sind, verunmöglichen würde. So ist aus Studien innerhalb einzelner Länder nicht ableitbar, ob der soziale Gradient aufgrund absoluter Einkommensunterschiede oder wegen der damit verbundenen Position in der sozialen Hierarchie besteht (188).

2.3.5 Kulturbedingte Variationen von Prävalenzen und Prädiktoren

Auch wenn die oben berichteten Prävalenzstudien kulturübergreifend auf hohe Raten psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen hinweisen, ist die Schwankungsbreite zwischen den verschiedenen Ländern doch beträchtlich. Angesichts der uneinheitlichen Vorgehensweisen der Studien (siehe 2.2.1) lässt sich jedoch schwerlich eine Aussage darüber treffen, ob diese variierenden Raten lediglich methodische Artefakte darstellen, oder ob sie auf „echte“ kulturelle Unterschiede hinweisen (41,138). Auch in Hinblick auf die oben skizzierten Erkenntnisse zum Einfluss des SES wird kritisiert, dass häufig Unterschiede, die primär vielfältigen sozialen Faktoren geschuldet sind, fälschlicherweise als Kultureffekte interpretiert werden. Zudem könnten durch Interaktionen kultureller und sozialer Charakteristika Gruppenunterschiede übertrieben aber auch verkannt werden (45).

Nichtsdestotrotz werden kulturelle Faktoren als maßgebliche Einflüsse auf die psychische Gesundheit diskutiert (4,145,146). So zeigt ein Überblick über elf Studien, die jeweils die Symptombelastung eines Landes mit der in den USA verglichen, dass in sechs Studien (aus Belgien, China, Jamaica, Kenia und den Niederlanden) keine signifikanten Unterschiede zu den USA zu finden waren, während fünf Vergleiche signifikante Unterschiede zwischen den

³⁵ (also der Tatsache, dass reichen Menschen zusätzliches Einkommen wenig Gesundheitsgewinn verschafft, während der gleiche Zuwachs für arme Menschen größere Effekte erzielt)

jeweiligen Ländern (Australien, Frankreich, Griechenland, Puerto Rico und Thailand) und den USA zeigten (43).³⁶ Ein Vergleich zwischen selbstberichteten emotionalen und Verhaltensproblemen von 11- bis 18-Jährigen aus Australien, China, Israel, Jamaica, den Niederlanden, der Türkei und den Vereinigten Staaten zeigte kleine bis mittlere Mittelwertsunterschiede (139). Elternberichtete Symptombelastungen aus Australien, Belgien, China, Deutschland, Griechenland, Israel, Jamaica, den Niederlanden, Puerto Rico, Schweden, Thailand und den Vereinigten Staaten zeigten ebenfalls Kulturunterschiede mit einer Effektgröße von 11% Varianzaufklärung (140). Andere Studien fanden innerhalb Europas nicht nur Mittelwertsunterschiede zwischen Ländern wie Norwegen und Finnland, Norwegen und Großbritannien oder Frankreich und Großbritannien sondern sogar zwischen Nord- und Südnorwegen mit Effekten von bis zu Cohen's $d=0.24$ (89,123). Auch wenn das letzte Resultat den Kulturbezug der Unterschiede fragwürdig erscheinen lässt, werden derlei Abweichungen von Symptom scores in verschiedenen kulturellen Settings – unter Berücksichtigung einiger methodischer Einschränkungen – als Hinweise auf echte kulturelle Unterschiede diskutiert (41,139, 140).

Weitere Hinweise auf kulturelle Unterschiede ergeben sich aus Vergleichen zwischen Heranwachsenden mit und ohne Migrationshintergrund. So können bspw. in Großbritannien Unterschiede in den Raten psychischer Auffälligkeiten zwischen Kindern verschiedener ethnischer Gruppen gezeigt werden, wobei vor allem Kinder von pakistanischen, bengalischen und indischen Eltern – und hier insbesondere die Mädchen mit indischem Hintergrund – deutlich geringere Raten an ICD-10 Diagnosen aufweisen (121,195,196,197). Diese geringen Raten wurden auch für in London lebende Kinder aus Bangladesch reproduziert, obwohl diese ethnische Minderheit die größte sozioökonomische Benachteiligung erlebte (198). Die Ergebnisse dieser Vergleiche von Populationen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen implizieren demnach auch verschiedene Effekte sozialer Benachteiligung in den jeweiligen Gruppen (196). Ähnliche Hinweise auf unterschiedliche Auswirkungen eines niedrigen SES zeigen auch Ergebnisse, die für ethnische Minderheiten in den USA berichtet wurden. Hier erwies sich das Risiko für Depressionen insbesondere bei weißen Jugendlichen mit geringerem SES erhöht während dieser Zusammenhang bei Nicht-Weißen weniger stark war (199). Im Rahmen einer anderen Studie zeigte sich, dass ein Haushaltseinkommen unter der Armutsgrenze bei 9- bis 17-Jährigen aus New Haven in Connecticut mit einer um 40% höheren Auffälligkeitsrate einherging als bei Gleichaltrigen aus San Juan in Puerto Rico (45).

³⁶ Alle Vergleiche wurden für den sozioökonomischen Status kontrolliert.

Dass sich der Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und der psychischen Befindlichkeit auch in verschiedenen europäischen Ländern unterschiedlich gestaltet, konnte anhand einer Vergleichsstudie zwischen den Niederlanden und der Slowakei gezeigt werden. Hier wirkten sich die Arbeitslosigkeit von Mutter oder Vater in Abhängigkeit von Land und Geschlecht verschieden aus. Als mögliche Gründe hierfür werden die oben bereits thematisierten Makroindikatoren wie Länderunterschiede bzgl. der Arbeitslosenquote und der verfügbaren Arbeitslosenunterstützung, aber auch unterschiedliche Einstellungen bzgl. Arbeitslosigkeit und Geschlechterrollen diskutiert (200).

Kulturelle Unterschiede in den Raten psychischer Auffälligkeiten sowie hinsichtlich des Einflusses sozialer Benachteiligung werden allgemein auf kulturelle Variationen von Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit zurückgeführt (4, 146,196). So ist die Ausprägung protektiver Faktoren (wie bspw. familiärer Rückhalt, Religiosität, gegenseitige soziale Unterstützung, funktionale Coping-Strategien der Eltern oder die Einbindung der Eltern in Entscheidungen Heranwachsender) und negativer Faktoren (so z.B. Beschränkungen der Autonomieentwicklung junger Mädchen) in Abhängigkeit von kulturell geprägten Wertvorstellungen stärker oder schwächer (4,45,146,198,196). Aber auch länderspezifische Unterschiede in der subjektiven Bedeutung von Ressourcen und Belastungen sind denkbar, die abweichenden Wertvorstellungen oder gesellschaftlichen Rahmenbedingungen geschuldet sein können. So kann sich bspw. die Bedeutung der Schule als Stressor in verschiedenen Ländern durch unterschiedliche kulturelle Bedeutung von „Leistung“ aber auch durch unterschiedliche Arbeitsmarktsituationen verschieden darstellen. Auch die Bedeutsamkeit der Familie ist durch kulturspezifische Wertvorstellungen geprägt. Die Bedeutung von Familienkonflikten kann aber auch mit Faktoren wie bspw. dem Wohnungsmarkt oder dem Ausbildungssystem variieren, die darauf Einfluss nehmen, wie viel Zeit Jugendliche im Elternhaus verbringen (müssen). Zudem sind selbst bei einer vergleichbaren Verfügbarkeit sozialer Ressourcen in verschiedenen Ländern kulturspezifische Unterschiede in deren Gebrauch und Auswirkungen denkbar. So hängt die Inanspruchnahme und Wirkung sozialer Unterstützung von kulturell geprägten Annahmen über Beziehungen und über die Wirksamkeit sozialer Unterstützung ab (201). Besonders deutlich lassen sich solche Unterschiede zwischen der westlichen Kultur und asiatischen Kulturen zeigen (34,201).

Insgesamt besteht jedoch hinsichtlich kultureller Unterschiede in der psychischen Gesundheit Jugendlicher sowie der kulturspezifischen Bedeutung verschiedener Einflussfaktoren – insbesondere in Europa – noch umfangreicher Forschungsbedarf (146,186).

2.3.6 Nehmen psychische Auffälligkeiten zu? Zeitliche Trends

Über zeitliche Trends im Sinne einer gesellschaftlichen Zunahme oder Abnahme psychischer Auffälligkeiten bei Jugendlichen lassen sich nur sehr beschränkt Aussagen treffen, da kaum wiederholte vergleichbare Studien hierzu vorliegen (4,108,202,203). So konnten Roberts et al. in ihrem umfassenden Review (1998;40) keinen Anstieg der Prävalenzen bis einschließlich der 80er Jahre feststellen, die späteren Studien ließen sich aufgrund methodischer Unterschiede nicht mit den älteren Untersuchungen vergleichen. Andere Studien beobachteten jedoch eine – zumindest leichte – Zunahme psychischer Auffälligkeiten bei Jugendlichen (204). So berichten Rutter & Smith (1995; 205) von einem Anstieg der Häufigkeit psychosozialer Störungen in den westlichen Industrieländern nach dem zweiten Weltkrieg und auch andere Reviews gelangen zu dieser Schlussfolgerung, jedoch nicht für psychische Auffälligkeiten im Allgemeinen sondern bezogen auf spezifische Probleme wie Depression, Suizid, antisoziales Verhalten und Substanzgebrauch bzw. Suchtprobleme (206,207).

Unter den berichteten zeitlichen Trends finden sich jedoch nicht nur solche, die Zunahmen indizieren. Auch Rückgänge und Stagnationen der Häufigkeiten psychischer Auffälligkeiten werden berichtet. Die publizierten Ergebnisse variieren nicht nur mit der Störungsform (wie Verhaltensprobleme versus emotionale Störungen), sondern stellen sich auch in verschiedenen Ländern unterschiedlich dar (202). So gelangen auch Studien auf Grundlage gut vergleichbarer Daten zu widersprüchlichen Ergebnissen: bspw. wurden für Großbritannien zwischen 1986 und 1999 deutliche Zunahmen bei Verhaltens- und emotionalen Störungen beobachtet (208), während in den Niederlanden zwischen 1983 und 1993 keine solche Entwicklung festgestellt werden konnte (209). Für Deutschland ließen sich bei limitierter Datenqualität ebenfalls keine Trends feststellen (203). Es zeigen sich folglich auch hinsichtlich der zeitlichen Entwicklung von Prävalenzraten Hinweise auf Unterschiede zwischen den verschiedenen europäischen Ländern.

Wo Zunahmen psychischer Auffälligkeiten festgestellt werden, werden unter Bezugnahme auf sozialisationstheoretische Konzepte oftmals soziostrukturelle Veränderungen als mögliche Gründe diskutiert: der Lebensalltag von Jugendlichen mit seinen einhergehenden Belastungen und Ressourcen (bspw. in den Bereichen Ausbildung und sozialen Beziehungen) verändert sich im Zuge allgemeiner gesellschaftlicher Entwicklungen (142). Somit erscheint es nicht nur in Hinblick auf den Status quo sondern auch hinsichtlich zukünftiger Entwicklungen angemessen, näher zu untersuchen, inwiefern die Gestaltung jugendlicher Lebenswelten Möglichkeiten bietet, psychische Auffälligkeiten sowie soziale Ungleichheiten zu reduzieren.

Zusammenfassung

Die **international und innerhalb Europas berichteten Prävalenzen** psychischer Auffälligkeiten bei Heranwachsenden zeigen eine große Spannweite, die in einigen Reviews Raten zwischen 1% und 51% bzw. zwischen 8% und 57% umfasst. Die meisten der insgesamt schlecht miteinander vergleichbaren Angaben bewegen sich jedoch im Bereich zwischen 15% und 22%. Im internationalen Forschungsstand finden sich am häufigsten Untersuchungen aus den USA sowie Großbritannien. Eine eigene auf europäische Länder beschränkte Literaturrecherche erbrachte 15 Studien, die Raten zwischen 4% und 29% berichten.

In Hinblick auf ein Globaloutcome „psychische Auffälligkeiten“ sind **Alter und Geschlecht** keine starken Prädiktoren. Bei Differenzierung in spezifischere Formen weist die Literatur jedoch mehrheitlich auf mehr externalisierende Störungen bei Jungen und mehr internalisierende Störungen bei Mädchen hin. Mehrere Studien deuten zudem an, dass die externalisierenden Probleme mit zunehmendem Alter abnehmen während die internalisierenden ansteigen. Insgesamt scheinen auch bzgl. des Globaloutcomes Jungen etwas häufiger betroffen zu sein.

Ein niedriger **sozioökonomischer Status (SES)** stellt in der Mehrheit der hierzu vorliegenden Studien einen Risikofaktor für die psychische Gesundheit dar. Die teilweise uneinheitlichen Ergebnisse könnten sowohl aus realen Länderunterschieden als auch aus variierenden Operationalisierungen nicht nur psychischer Auffälligkeiten sondern auch des SES resultieren. Die insbesondere im Jugendalter inkonsistenten Ergebnisse werden jedoch auch als Hinweise auf eine größere soziale Gleichheit in dieser Lebensphase gewertet, die durch die jugendspezifische Ausgestaltung der in einer psychosozialen Perspektive relevanten Mediatoren der Beziehung zwischen sozialer Lage und psychischer Gesundheit (v.a. Schule, Familie und Gleichaltrigengruppe) bedingt sein soll.

Auch Einflüsse **sozioökonomischer Makroindikatoren** in Form des *Ausmaßes* sowie der *Verteilung* des gesellschaftlichen Wohlstands auf die Prävalenzen von Gesundheitsproblemen konnten bereits gezeigt werden. Die negativen Auswirkungen größerer gesellschaftlicher Ungleichheit werden dabei im Sinne der relativen Einkommenshypothese mit Verweis auf eine Korrosion der sozialen Beziehungen und mehr Stress durch erhöhte Statuskonkurrenz erklärt. Zum Einfluss von Makroindikatoren auf die *sozialen Gradienten* von Gesundheitsproblemen liegen bislang widersprüchliche Ergebnisse vor. Insgesamt sind die Erkenntnisse in diesem Bereich – insbesondere hinsichtlich der psychischen Gesundheit Jugendlicher – eher spärlich und werden angesichts der Problematik potentieller ökologischer Fehlschlüsse sehr kontrovers diskutiert.

Einige Studien konnten zwar **kulturelle Unterschiede in der Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten** anhand von Ländervergleichen zeigen, die deutlichsten Hinweise ergeben sich jedoch aus Vergleichen unter Heranwachsenden verschiedener ethnischer Gruppen innerhalb der gleichen Länder. Als Gründe werden kulturspezifisch verschiedene Ausprägungen protektiver wie negativer Einflussfaktoren diskutiert, die auch die unterschiedlichen Effekte sozialer Benachteiligung in einzelnen Subgruppen erklären könnten.

Änderungen der Prävalenzraten im Zeitverlauf können nicht eindeutig festgestellt werden. Während einige Reviews auf Zunahmen zumindest einzelner Störungsgruppen hinweisen, finden andere Untersuchungen – teilweise auf Grundlage gut vergleichbarer Daten – keine solchen Trends. Auch hier sind länderspezifische Entwicklungen anzunehmen, die ggf. in Zusammenhang mit soziostrukturellen Veränderungen stehen, die sich im Lebensalltag Jugendlicher niederschlagen.

„Epidemiology counts [...], but it does far more than that”
(Costello & Angold 2006, 30, S.42)

2.4 Sozialepidemiologische Erkenntnisse als Grundlage zielgerichteter Prävention

Auch wenn sich nur sehr eingeschränkt beurteilen lässt, inwiefern psychische Auffälligkeiten bei Jugendlichen tatsächlich zunehmen (siehe 2.3.6), unterstreichen doch die Verbreitung und die Chronizität psychischer Auffälligkeiten bei Jugendlichen sowie die einhergehenden Beeinträchtigungen die Bedeutung effektiver Präventionsmaßnahmen. Auch nach Einschätzung der Europäischen Kommission (5), die seit dem Maastrichter Vertrag 1993 über ein Mandat für Prävention und Gesundheitsförderung verfügt, kann diesem Morbiditätsgeschehen nicht mehr durch klassische Therapiemaßnahmen alleine beigegeben werden.

Um die erforderlichen Präventionsmaßnahmen effektiv ausrichten und die Bedeutung sozialer Lebensumstände hierbei angemessen berücksichtigen zu können, sind sozialepidemiologische Erkenntnisse über die Zusammenhänge zwischen psychischen Auffälligkeiten und sozialen Variablen von besonderem Interesse. Hierbei ermöglicht vor allem ein breiteres Verständnis der Sozialepidemiologie als „*Teilbereich der Epidemiologie, der betrachtet wie soziale Interaktionen und kollektive menschliche Aktivitäten die Gesundheit beeinflussen*“ (210, S.3, Eigenübersetzung) nicht nur, die Rolle soziodemographischer Faktoren wie Geschlecht, Alter, Nationalität und sozioökonomischem Status zu analysieren (211), sondern auch Themen wie soziale Unterstützung und soziales Kapital als Prädiktoren des psychischen Gesundheitszustands einzubeziehen (212). Das Identifizieren solcher grundsätzlich beeinflussbarer Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten erlaubt praxisrelevante Schlußfolgerungen über sinnvolle Ansatzpunkte für die Planung von Präventionsmaßnahmen (41).

Präventionsstrategien haben definitionsgemäß zum Ziel, dem Auftreten einer Erkrankung durch den Abbau von Krankheitsrisiken vorzubeugen (213). Dabei können in Abhängigkeit vom Zeitpunkt des Eingriffs in die Störungsentwicklung Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (213,214,215) oder in Abhängigkeit von der Zielgruppe einer Maßnahme universale, selektive und indizierte Prävention (216) unterschieden werden. Zudem wird zwischen Verhältnisprävention, die sich auf Rahmenbedingungen gesundheitlicher Entwicklungen richtet, und Verhaltensprävention, die individuelles Risikoverhalten fokussiert, differenziert (214,215).

Im Unterschied zur Prävention orientiert sich die Gesundheitsförderung an einem positiven Verständnis von Gesundheit (217) und richtet sich – unabhängig von Krankheitszuständen – auf das Aufbauen von Gesundheitspotentialen (213). Dabei unterliegt der Gesundheitsförderung der Gedanke eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums, so dass sie auch innerhalb

der großen Masse der „Gesunden“ noch einmal differenzieren kann und der Tatsache Rechnung trägt, dass „nicht krank sein“ nicht zwangsläufig gleichbedeutend mit einer guten Gesundheit ist.³⁷ Diese Perspektive ist vorteilhaft, wenn Maßnahmen darauf zielen, auch den Gesundheitszustand der „Gesunden“ weiter zu steigern.³⁸

Die durch das Ziel von Präventionsmaßnahmen Erkrankungen zu verhindern implizierte Dichotomisierung in gesund und krank hingegen erscheint insbesondere bzgl. psychischer Gesundheit oftmals willkürlich. Andererseits bietet die Präventionsperspektive den Vorteil, sich gezielt auf Probleme zu konzentrieren. Soll im Rahmen einer Maßnahme also primär die Anzahl der tatsächlich psychisch auffälligen Individuen reduziert werden (und nicht das Wohlbefinden aller gesteigert), ist das Präventionsverständnis zielführender.

Die Begriffe „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ werden jedoch insbesondere im Bereich psychischer Gesundheit nicht einheitlich gebraucht und teilweise auch synonym verwendet. Obwohl theoretisch die verschiedenen Ziele von Gesundheitssteigerung versus Krankheitsvermeidung verschiedene Praxisstrategien implizieren (219),³⁹ überlappen sich die Aktivitäten in der Praxis und werden häufig auch nicht explizit unterschieden (220).

So haben Maßnahmen der Gesundheitsförderung häufig neben der Gesundheitssteigerung auch die Vermeidung psychischer Auffälligkeiten zum Ziel (219). Umgekehrt schließt die WHO-Definition von Prävention psychischer Störungen *alle* organisierten Aktivitäten zu deren Verhinderung ein – und damit ausdrücklich auch gesundheitsförderliche Maßnahmen zur Steigerung des Wohlbefindens (221). Überschneidungen der beiden Paradigmen ergeben sich zudem zwangsläufig aus ihrem gemeinsamen Fokus auf Determinanten des psychischen Befindens (219), denn viele Einflussfaktoren weisen eine doppelte Valenz auf und können je nach Ausprägung sowohl Determinanten von Krankheit (Risikofaktoren) als auch Determinanten von Gesundheit (Schutzfaktoren) darstellen (222). Experten schätzen insofern auch, dass sich zukünftig Konzepte durchsetzen werden, die auf eine Integration beider Ansätze hinarbeiten (213).

Für Präventions- wie Gesundheitsförderungsmaßnahmen stellt die Modifikation lebensweltlicher Rahmenbedingungen einen wichtigen Ansatzpunkt dar. Hier hat sich der Setting-

³⁷ Im Sinne ihrer allgemeinen Gesundheitsdefinition von 1948 sieht die WHO auch für die psychische Gesundheit eine positive Definition vor. „Positive mental health“ wird hier als *“a state of well-being in which the individual realises his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community”* definiert (217, keine Seitenangabe). Auch die Europäische Kommission (5,16) unterscheidet in diesem Sinne zwischen „*positive*“ und „*negative mental health*“ bzw. „*mental ill-health*“, wobei sie mit letzteren die Störungen nach ICD-10 und DSM-IV bezeichnet.

³⁸ Der Ansatz der Gesundheitsförderung kann hier nur sehr verkürzt und unter Auslassung konstituierender Elemente wie bspw. des Prozesses zur „Kompetenzstärkung von einzelnen und Gruppen“ (218, S.186) beschrieben werden.

³⁹ Dies ist der Fall, da sich Prävention auf die Determinanten von Krankheit richten muss während Gesundheitsförderung vorhandene Potentiale in den Blick nimmt und die Determinanten von Gesundheit fokussiert.

Ansatz als Schlüsselstrategie zur Gestaltung von Lebenswelten etabliert (223,213). Ein Setting beschreibt dabei „*ein abgegrenztes soziales System*“ (224; S.16) in Form von Organisationen, Institutionen oder Netzwerken (z.B. Schulen, Betriebe oder Gefängnisse) oder auch Sozialräume wie ganze Städte oder Regionen, in denen sich veränderte Rahmenbedingungen auf die Gesundheit auswirken können (224). Auch wenn der Setting-Ansatz historisch mit dem Konzept der Gesundheitsförderung verwoben ist, kann auch im Rahmen verhältnispräventiver Maßnahmen eine Gestaltung der Lebensbedingungen im „Setting“ erfolgen. Solche Maßnahmen bieten insbesondere den Vorteil, dass sie keine „Komm-Strukturen“ aufweisen und somit bspw. auch sozial benachteiligte Gruppen besser erreichen können, bei denen Präventionsmaßnahmen allgemein auf geringere Akzeptanz stoßen (214,225,226).

In Hinblick auf die Planung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung stellt die Berücksichtigung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten nicht nur aufgrund der oben beschriebenen Erkenntnisse über den Zusammenhang von sozioökonomischen Status und psychischen Auffälligkeiten eine zentrale Anforderung dar. Seit der Verabschiedung des Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ im Mai 1998 durch 51 Staaten der europäischen Region der WHO besteht auch auf gesundheitspolitischer Ebene die Selbstverpflichtung, durch „*relevante regionale und nationale Konzepte und Strategien*“ (227, S.V) die Chancengleichheit zu fördern. Die ersten beiden der 21 Ziele dieser Erklärung betreffen erstens die Reduktion des gesundheitlichen Gefälles innerhalb der Europäischen Region sowie zweitens die Reduktion der gesundheitlichen Ungleichheiten innerhalb der einzelnen Länder.⁴⁰

Fazit

Aus dem oben Dargestellten leitet sich ab, dass für eine Verbesserung der psychischen Gesundheit Jugendlicher wegen der allgemein hohen Raten universale Präventionsstrategien – also unabhängig von einem spezifischen Risikoprofil – angemessen wären, die vor allem primärpräventiv ausgerichtet sind aber ggf. auch darüber hinaus negative Konsequenzen psychischer Auffälligkeiten in verschiedenen Settings zu reduzieren suchen (3).

Sozialepidemiologische Erkenntnisse können möglichst zielgerichteten Interventionen unter anderem Vorschub leisten, indem sie sowohl gesundheitliche Ungleichheiten als auch die Relevanz verschiedener Lebensbereiche (als Hinweise auf geeignete Interventions-Settings) für die psychische Gesundheit von Jugendlichen quantifizieren.

Unter diesem Leitgedanken soll im Folgenden der Forschungsstand zu den wesentlichen psychischen Herausforderungen und relevanten Lebensbereichen im Jugendalter skizziert werden.

⁴⁰ Weitere in diesem Rahmenkonzept an prominenter Stelle benannte Ziele sind zudem die Verbesserung der Gesundheit junger Menschen (Ziel 4) und die Verbesserung der psychischen Gesundheit (Ziel 6).

2.5 Das Jugendalter und relevante Lebenswelten bzgl. psychischer Auffälligkeiten

Im Jugendalter müssen in verschiedensten Lebensbereichen eine Vielzahl von Entwicklungsaufgaben bewältigt werden, die „aktive Anpassungs- und Bewältigungsleistungen“ (213, S.20) erfordern. Dies betrifft bspw. die zunehmende Unabhängigkeit und Ablösung vom Elternhaus, die Bewältigung der schulischen Bildungsanforderungen und eine berufliche Perspektiventwicklung, das Erlernen sozialer Normen, der Umgang mit Genußmitteln und Konsum, die Etablierung neuer und tieferer Freundschaften, die Konfrontation mit gesellschaftlichen Geschlechterrollenerwartungen, die sexuelle Entwicklung und die Aufnahme intimer Beziehungen, die Veränderung des Körperbildes, die Entwicklung eines eigenen Weltbildes und im Zuge der Identitätsentwicklung auch eines tieferen Verständnisses der eigenen Person (4,32,36,143,228,229). Die Jugendzeit stellt somit eine Übergangsperiode mit besonderer Vulnerabilität für psychische Auffälligkeiten dar (5,213,230). Können diese und andere Entwicklungsaufgaben nicht bewältigt und die Ablösungs- und Entwicklungstendenzen im Rahmen der Persönlichkeitsentwicklung nicht ausgewogen integriert werden, birgt dies Risiken für die psychische Gesundheit (142,229).

Die Bedeutung der Geschehnisse in den hier angesprochenen sozialen Lebenswelten Schule, Familie und Gleichaltrigengruppe für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten lässt sich im theoretischen Rahmen des biopsychosozialen Modells betrachten, das neben der individuellen Vulnerabilität auch körperliche, psychische und soziale Stressoren einbezieht, die die Bewältigungsmöglichkeiten eines Individuums übersteigen können (23,24,142). Im Rahmen eines solchen „Belastungs-Bewältigungs-Modells“ (231) können psychische Auffälligkeiten Jugendlicher als Fehlanpassungen bzw. dysfunktionale Verarbeitungsform belastender und überfordernder Anforderungen verstanden werden (32,142,231).

Damit ist in sozialisationstheoretischer Sicht (232) ⁴¹ die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten auch ein möglicher Ausdruck von ungünstigen Bedingungen in den drei wichtigsten Sozialisationsinstanzen des Jugendalters: der Schule, der Familie und der Gleichaltrigengruppe (132,213,233), wenn die mit den dort herrschenden Lebensumständen einhergehenden Belastungen die Bewältigungsressourcen eines Jugendlichen übersteigen (32,34,142,213). Tatsächlich zeigen Studien, dass die von Jugendlichen am häufigsten berichteten Stressoren in den Bereichen Schule, Eltern und Gleichaltrigenbeziehungen angesiedelt sind und dass die alltäglichen Probleme in diesen Bereichen einen stärkeren Prädiktor der psychischen Gesund-

⁴¹ Nach neueren sozialisationstheoretischen Konzepten versteht man unter Sozialisation „die produktive Auseinandersetzung des Menschen mit den sozialen und materiellen Lebensbedingungen und den sich in diesem Rahmen bietenden Entwicklungsmöglichkeiten auf der einen Seite und der eigenen Person in Form von Körper und Psyche, Bedürfnissen, Wünschen und Ansprüchen auf der anderen Seite“ (232, S.75).

heit darstellen als kritische Lebensereignisse wie Todesfälle oder schwere Verletzungen (234). In einer qualitativen Studie, die Jugendliche aus 17 Ländern nach ihren Hauptstressoren fragte, nahmen Probleme in der Familie und in der Schule universal die Spitzenpositionen ein (235). Eine Zusammenschau von Studien aus den USA, Puerto Rico, Kanada und Neuseeland erbrachte vergleichbare Ergebnisse (42). Die Familie und Ausbildungsstätten werden folglich auch in den zehn Empfehlungen für europäische Strategien zur Förderung der psychischen Gesundheit als die wesentlichen Settings benannt (5,230). Das Auftreten von Störungen wird besonders durch gehäufte Probleme in diesen Entwicklungsbereichen begünstigt (213).

Die angesprochenen Sozialisationsinstanzen Schule, Familie und Gleichaltrigengruppe sind in der Jugend jedoch nicht nur Quell belastender Entwicklungsaufgaben sondern auch als soziale Ressourcen für die psychische Gesundheit besonders bedeutsam (132,213,222). So bieten sie Strukturierungs- und Verarbeitungshilfen sowie Anerkennung und soziale Unterstützung, die Heranwachsende zur Bewältigung der ihnen gestellten Anforderungen benötigen (213). Mit dem Ausmaß der verfügbaren Ressourcen steigen dabei die Chancen einer erfolgreichen Bewältigung der Entwicklungsaufgaben (132,236).

Der Einfluss sozialer Ressourcen bzw. „sozialen Kapitals“ auf die Gesundheit wird in der Forschung mehr und mehr beachtet (222). Obwohl soziales Kapital auch in einer sozialräumlichen Perspektive als Ressource eines Kollektivs verstanden werden kann (222), wird es oft als individuelle Ressource konzeptualisiert. Theoretisch angelehnt an Pierre Bourdieu (1983) versteht man darunter konkret das Vorhandensein und die Qualität informeller sozialer Netzwerke, auf die jemand zurückgreifen kann, wenn Unterstützung benötigt wird (222,233, 237,238). Dieses Verständnis wird hier übernommen, auch wenn in komplexeren Konzeptualisierungen soziale Netzwerke nur einen Aspekt sozialen Kapitals darstellen (neben bspw. bürgerschaftlichem Engagement und lokaler Identität) und auch nicht mit sozialer Unterstützung gleichzusetzen sind (239). Das soziale Kapital von Jugendlichen wird vor allem in vier zentralen Lebensbereichen verortet: der Familie, der Freundesgruppe, der Nachbarschaft und der Einbindung in Institutionen. So können eine gute Eltern-Kind-Beziehung, die Möglichkeit, mit Familienmitgliedern über wichtige Dinge zu reden und das elterliche schulbezogene Engagement (familiäres soziales Kapital), vertrauensvolle Freundschaftsbeziehungen (soziales Kapital in der Freundesgruppe), ein gutes Verhältnis zu NachbarInnen (nachbarschaftliches soziales Kapital) sowie ein hohes Wohlbefinden in der Schule oder Zugehörigkeiten zu Vereinen und Jugendgruppen (soziales Kapital in Institutionen) durch die verfügbare Unterstützung aber auch aufgrund der hier erfahrenen Anregungen für die

Persönlichkeitsentwicklung einen zentralen Faktor der Belastungsbewältigung bilden (222,236,237,238).

Familie, Gleichaltrige, Nachbarschaft und Institutionen nehmen folglich als Lebenswelten durch die mit ihnen verbundenen Belastungen und Ressourcen Einfluss auf die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten im Jugendalter. Als jeweils eigene Settings im Sinne von Orten und Kontexten sozialen Handelns (224) stellen sie zudem realistische Ansatzpunkte für Präventionsmaßnahmen dar, die bspw. die Bildung von Sozialkapital unterstützen können. Dies scheint insbesondere im Jugendalter sinnvoll, da sich das soziale Kapital bei Heranwachsenden mit steigendem Alter reduziert: die Beziehung zur Familie wird zunehmend problematisch, Vereinsaktivitäten nehmen ab und die Schule wird vermehrt als Belastung erlebt (222).

Geht man davon aus, dass eine Umverteilung des gesellschaftlichen Wohlstands in naher Zukunft nicht zu erwarten ist, bieten Präventionsmaßnahmen in diesen Lebensbereichen zudem eine Alternative, soziale Ungleichheiten hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten zumindest zu reduzieren. Wie bereits unter 2.3.3 angesprochen, gelten die Unterschiede bzgl. vorhandener Belastungen und Ressourcen als wesentliche Mediatoren zwischen sozialem Status und Gesundheit und in Schule, Familie und Peergruppe geht ein geringerer SES oftmals mit mehr Belastungen und eingeschränkten Ressourcen einher (174,222,240,241). So betrachten auch Lampert und Schenk (2004;242) in ihrem auf Heranwachsende zugeschnittenen Lebenslagenkonzept diese Lebensbereiche als relevant, da sie mit ihrer schichtspezifischen Prägung Bindeglieder zwischen den auf die elterliche Arbeitswelt bezogenen schichtungssoziologischen Kategorien und ungleichen Gesundheitschancen der Jugendlichen bilden (**Abbildung 1**). Die Auswirkungen u.a. auf Persönlichkeitseigenschaften und indirekt auf die psychische Gesundheit werden dabei primär im Sinne sozialer *Verursachung* verstanden, auch wenn Rückkopplungen im Sinne sozialer Selektion gleichfalls anerkannt werden (242).

Richter (2005; 181) schlägt auf Basis seiner umfangreichen Betrachtung von gesundheitlichen Ungleichheiten im Jugendalter ein ähnliches Modell vor, in dem die Lebensbereiche Schule, Peer Group und Familie die Beziehung zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit vermitteln. Diese drei Lebensbereiche wirken sich dabei direkt wie indirekt über das Gesundheitsverhalten auf den Gesundheitszustand aus, wobei auch das Geschlecht besonders in Hinblick auf psychosoziale Belastungen und Ressourcen einen relevanten Faktor darstellt. Insbesondere die Sozialisationsinstanzen Schule und Gleichaltrigengruppe seien in der Sozialepidemiologie bislang aber nahezu völlig ignoriert worden, so dass Richter hier erheblichen Forschungsbedarf sieht (181).

Abbildung 1. Analysemodell gesundheitlicher Ungleichheiten nach Lampert & Schenk (2004, 242)



Graue Pfeile: Haupteinflusspfade, Schwarze Pfeile: Rückkopplungen, Hervorhebungen nicht im Original

Die in dem Schema nach Lampert & Schenk (242) sowie von Richter (181) angesprochenen Lebensbereiche Schule, Familie und Gleichaltrigengruppe decken sich nicht nur mit den nach Hurrelmann (213) zentralen Sozialisationsinstanzen des Jugendalters, sie spielen zudem auch in Hinblick auf die oben thematisierte These des Jugendalters als Phase größerer sozialer Gleichheit (2.3.3) eine wichtige Rolle. So werden die sozial durchmischteren Sekundarschulen und Freundschaften – jeweils geprägt durch eine weitgehend „klassenlose“ Jugendkultur – teilweise als Einflüsse betrachtet, die aus der sozialen Situation der Familie resultierende gesundheitliche Ungleichheiten reduzieren (179).

Da die Prädiktoren psychischer Gesundheit nicht nur in Abhängigkeit vom Alter und SES sondern auch in Abhängigkeit vom kulturellen Kontext variieren, erfordern gezielte Präventionsmaßnahmen auch Erkenntnisse über kulturelle Unterschiede (179,234). In der Folge werden darum die vorliegenden Erkenntnisse über das Wohlbefinden in den nach Hurrelmann (2003,213) zentralen Sozialisationsinstanzen (A) Schule, (B) Familie und (C) Gleichaltrigengruppe und ihre Assoziation mit psychischen Auffälligkeiten zusammengefasst und dabei gesondert nicht nur alters- und geschlechtsspezifische Aspekte sondern auch die Bedeutung verschiedener sozialer und kultureller Kontexte berücksichtigt.⁴²

⁴² Die Nachbarschaft wird im Folgenden nicht weiter berücksichtigt, weil in dieser Studie keine adäquaten Daten hierzu vorliegen. Da mit diesem Bereich aber keine Entwicklungsaufgaben verbunden sind und der Einfluss der Nachbarschaft bei Jugendlichen eher gering ist, lässt sich dies auch inhaltlich rechtfertigen (222). Die Einbindung in Institutionen wird hier auf den besonders bedeutsamen Lebensbereich Schule reduziert.

2.5.1 Das schulische Umfeld und psychische Auffälligkeiten

Die Schule muss schon allein aufgrund der langen Zeit, die Heranwachsende dort verbringen, als ein wichtiger Lebensbereich für Jugendliche mit maßgeblichen Auswirkungen auf ihre Entwicklung gelten. Die Einflüsse der Schule wurden aber bislang vorwiegend in Hinblick auf die kognitive Entwicklung untersucht, so dass über ihre Bedeutung für die soziale und emotionale Entwicklung wenig bekannt ist (233,243). Die Schule ist jedoch nicht nur ein Ort der Wissensvermittlung sondern bestimmt als sozialer Lebensraum die Persönlichkeitsentwicklung Heranwachsender entscheidend mit und nimmt so auch Einfluss auf ihre psychische Gesundheit (32,142,229,243,237). Dabei kann die Schule als wichtige Quelle sozialer Unterstützung einen förderlichen Einfluss nehmen (142,233,237) und durch positive Erfahrungen mit MitschülerInnen und LehrerInnen – unabhängig von einem hohen Leistungsniveau – das Selbstvertrauen fördern (229,237). Wird die Schule jedoch als Belastung oder sogar Bedrohung wahrgenommen, wirkt sie sich sehr nachteilig aus (142,229).

Die meisten AutorInnen weisen der Schule gerade in der Adoleszenz eine bedeutende Rolle zu. So wächst in dieser Zeit die Bedeutung sozialer Erfahrungen mit Gleichaltrigen – eigene Beziehungen müssen etabliert und vertieft werden – und auch andere zu bewältigende Entwicklungsaufgaben wie das Erreichen emotionaler Unabhängigkeit von den Eltern und die Übernahme von Geschlechtsrollen sind eng mit der schulischen Umwelt verknüpft (233,243). Besonders auf die berufliche Perspektiventwicklung nimmt die Schule durch die Vergabe von Zeugnissen und Abschlüssen erheblichen Einfluss. Im Rahmen eines Wettbewerbs- und Leistungssystems, das letztlich gesellschaftlichen Selektions- und Allokationsinteressen dient, erfolgen Weichenstellungen hinsichtlich der Zukunftspläne und Lebenswege der Heranwachsenden (32,142). Insbesondere wenn Leistungsprobleme vorliegen und SchülerInnen den eigenen oder fremden Erwartungen nicht entsprechen, kann dies eine starke psychische Belastung verursachen, das Selbstwertgefühl reduzieren sowie die Beziehung zu Dritten (insbesondere zu den Eltern) belasten (32,142,143).

Die durch die Schule gestellten Anforderungen sind folglich komplex und berühren fachliche, soziale und Persönlichkeitsaspekte (142). Ein Scheitern an diesen Anforderungen ist für die SchülerInnen mit einem steigendem Erwartungsdruck nicht nur in der Schule selbst, sondern auch im weiteren sozialen Umfeld (z.B. Familie, Freundeskreis) verbunden, so dass sich im ungünstigsten Fall die Bewältigungsprobleme permanent verstärken können (142).

Fragt man die SchülerInnen, wie stark sie sich durch das in der Schule Geforderte belastet fühlen, berichtet in Deutschland jedeR Vierte eine einigermaßen oder sehr starke Belastung (142). International variiert der Anteil der SchülerInnen, die unter schulischem Druck leiden, sehr stark. In den 40 an der WHO-Jugendgesundheitsstudie teilnehmenden Ländern bewegte sich der Anteil der 11-Jährigen, die schulischen Druck empfinden, zwischen 9% und 45%, bei den 15-Jährigen waren es bereits zwischen 23% und 68% (244). Dabei empfanden die SchülerInnen in westeuropäischen Ländern wie Deutschland, Österreich, der Schweiz, den Niederlanden oder Frankreich aber auch solche aus Grönland seltener Druck. Sehr viele SchülerInnen fühlen sich in Portugal, England, der Türkei oder Malta unter Druck gesetzt. Weiterhin zeigte sich ein mit dem Alter umkehrender Geschlechterunterschied: während unter den 11-Jährigen eher die Jungen Druck empfinden, kehrt sich das Verhältnis bereits bei den 13-Jährigen um. Bei den 15-Jährigen leiden Mädchen deutlich häufiger unter den Anforderungen in der Schule (244).

Nichtsdestotrotz berichtet auch ein Großteil der SchülerInnen Freude an der Schule. So sagen in Deutschland 30% der SchülerInnen, die Schule gefalle ihnen „sehr gut“, weiteren 49% gefällt sie wenigstens „einigermaßen gut“ (142). Mit steigendem Alter nimmt die Freude an der Schule jedoch deutlich ab. Im internationalen Durchschnitt gefällt es den SchülerInnen der 5. Klassen noch zu 38% „sehr gut“ in der Schule, in der 7. Klasse nur noch zu 25% und in den 9. Klassen zu 20%. Die Schwankungsbreite der nationalen Werte reicht dabei von 15% bis 77% bei den jüngeren SchülerInnen und von 6% bis 48% bei den älteren SchülerInnen. Die Mädchen haben in den meisten Ländern signifikant mehr Freude an der Schule als Jungen – die Geschlechterdifferenz wird mit steigendem Alter jedoch geringer (244).

Bei dieser recht positiven globalen Beurteilung sollte jedoch bedacht werden, dass die Freude an der Schule wohl häufig aus sozialen Aspekten entsteht – also aus der Freude darauf FreundInnen zu treffen und weniger aus Lern- und Leistungsaspekten. LehrerInnen scheinen – zumindest in Deutschland – diese soziale Komponente der Schule jedoch nur bedingt positiv zu beeinflussen: 39% der SchülerInnen geben an, dass ihre LehrerInnen kein persönliches Interesse an ihnen haben, 28% nehmen ein solches Interesse wahr, weitere 30% sind unentschieden (142). Bezüglich der sozialen Unterstützung durch die Gleichaltrigen hingegen empfinden im internationalen Durchschnitt die Mehrheit der Befragten die KlassenkameradInnen als „nett und hilfsbereit“. Auch hier zeigt die WHO-Studie aber eine große Schwankungsbreite. So wird vor allem in osteuropäischen Ländern wenig soziale Unterstützung berichtet, wo der geringste Wert mit 30% in Bulgarien zu finden ist, während in

Norwegen, der Schweiz und Mazedonien Werte von fast 90% erreicht werden. Es zeigen sich keine konsistenten Geschlechtsunterschiede, jedoch werden mit zunehmendem Alter die MitschülerInnen seltener als nett und hilfsbereit wahrgenommen (233,244).

Ein höherer sozioökonomischer Status steht nach diesen Daten nur in wenigen Ländern im Zusammenhang mit größerer Schulfreude und weniger Druck. Jedoch zeigt er für Jungen in der Hälfte der Länder und für Mädchen in einem Drittel der Länder eine positive Assoziation mit der sozialen Unterstützung durch KlassenkameradInnen (241,244).

Die Daten der internationalen WHO-Jugendgesundheitsstudie weisen demnach darauf hin, dass bzgl. der Wahrnehmung der Schule als Belastung aber auch hinsichtlich ihrer Funktion als Ressource starke Unterschiede zwischen verschiedenen Ländern bestehen und Alters- und Geschlechtsunterschiede hier eine wichtige Rolle spielen. Für die Prävention psychischer Auffälligkeiten erweisen sich diese Unterschiede als relevant, da subjektive Strukturmerkmale der schulischen Umwelt, wie z.B. das von den Jugendlichen wahrgenommene Schul- oder Klassenklima, signifikante Prädiktoren der psychischen Gesundheit darstellen (241,243). Während objektive makrostrukturelle Eigenschaften, wie z.B. Schul- und Klassengröße oder der Lehrplan, kaum Einfluss auf die psychische Gesundheit der SchülerInnen nehmen (243), ist das individuelle Erleben des schulischen Umfelds als stressreich mit internalisierenden Auffälligkeiten wie Ängsten und Depressionen assoziiert (243,245). Relevante Aspekte der Schulkultur sind hierbei die Unterrichtsqualität und die Schülerautonomie (132), aber auch die oben aufgeführten international stark variierenden Faktoren wie das Zurechtkommen mit schulischen Leistungsanforderungen, Schulstress, Schulfreude und das Klima unter den MitschülerInnen weisen teilweise starke Zusammenhänge mit der psychischen Gesundheit auf (142,245). Auch die durch LehrerInnen verfügbare soziale Unterstützung ist mit weniger psychischen Symptomen wie bspw. Depressivität oder Angst assoziiert (201,241,246). Grundsätzlich ist dabei die schulische Umwelt bei Mädchen ein stärkerer Prädiktor der psychischen Gesundheit als bei Jungen (142,201,243,246,247).

Vergleichbare Ergebnisse fanden Untersuchungen zum Einfluss der „school connectedness“ auf die psychische Gesundheit der SchülerInnen. Dieses Konstrukt wird in der Literatur zwar sehr unterschiedlich definiert (248), bezieht sich aber in der Regel auf das Ausmaß, in dem sich SchülerInnen von MitschülerInnen und LehrerInnen persönlich respektiert und unterstützt fühlen. Prospektive Studien an 12- bis 14-Jährigen konnten zeigen, dass eine niedrigere „school connectedness“ mit einer höheren Chance einer depressiven Symptomatik oder Angstsymptomen ein bzw. zwei Jahre später verbunden war (249,250). Auch für deviantes

Verhalten (Substanzkonsum, Delinquenz, gewalttätiges Verhalten) konnte „school connectedness“ in einer prospektiven Studie als signifikanter Prädiktor bestätigt werden (251).⁴³

Es sind also sowohl die leistungsbezogene Dimension, und hier v.a. (subjektiv erlebtes) Schulversagen (243) als auch die interpersonelle Dimension der Schule mit psychischen Auffälligkeiten assoziiert, wobei bei letzterer v.a. mangelnde gegenseitige Unterstützung und schwierige Beziehungen unter den SchülerInnen oder zu den LehrerInnen bedeutsam sind. Ungünstigerweise gehen die beiden größten schulbezogenen Risikofaktoren „schulischer Misserfolg“ und „soziale Desintegrationserfahrungen“ oft Hand in Hand (243).

2.5.2 Das familiäre Umfeld und psychische Auffälligkeiten

Die Familie bildet eine zentrale Sozialisationsinstanz im Leben von Jugendlichen, deren übertragende Bedeutung als Gesundheits-Umwelt sich vor allem aus ihrer primären Zuständigkeit für die elementaren Bedürfnisse der Heranwachsenden ableitet (213,222,252). Die Verbreitung bestimmter Familienformen ist jedoch kulturabhängig. So wird bspw. in Ost- und Südeuropa noch deutlich häufiger geheiratet als in Nord- und Westeuropa. Andererseits weisen viele osteuropäische Länder auch sehr hohe Scheidungsraten auf (253). Sogar zwischen alten und neuen Bundesländern zeigen sich deutliche Unterschiede z.B. hinsichtlich des Anteils der Minderjährigen, die in Ein-Eltern-Haushalten aufwachsen (14% bzw. 22%) (254).

Die familiäre Interaktion und Kommunikation aber auch das Arrangieren des Alltags der Heranwachsenden durch ihre Eltern nimmt einen wesentlichen Einfluss auf die Gewohnheiten, Freizeitbeschäftigungen und den Umgang Jugendlicher sowie auf ihre Persönlichkeitsentwicklung (32,252). Neben zentralen lebenspraktischen Bedürfnissen wie Schutz, Versorgung und instrumenteller Hilfe ist in Hinblick auf die psychische Gesundheit besonders die psychosoziale Versorgung bezüglich emotionaler Bedürfnisse bedeutsam. So befördert das Erfahren von Liebe, Wertschätzung, Vertrauen, Verlässlichkeit und Zugehörigkeit die Entwicklung von sozioemotionalen Kompetenzen und Persönlichkeitsmerkmalen wie Selbstwirksamkeitserwartung oder Optimismus. Diese beeinflussen wiederum das Bewältigungsverhalten von Heranwachsenden und können so im Sinne einer Abschirmwirkung bei der Bewältigung von Belastungen eine wichtige Rolle spielen (132;252, 255).

Als förderlich gilt ein autoritativer Erziehungsstil, der durch viel liebevolle Zuwendung und Unterstützung einerseits und einem ebenfalls „*hohen Maß an Anspruch und Forderung*“

⁴³ Derlei „klimatische Aspekte“ könnten auch als vermittelnde Faktoren in der Beziehung zwischen dem mittleren Einkommen und den Raten internalisierender Auffälligkeiten auf Schulebene (160) bedeutsam sein.

(252, S.35) andererseits gekennzeichnet ist. Autoritative Erziehungspraktiken setzen jedoch spezifische Elternkompetenzen voraus, da die Eltern bereit und fähig sein müssen, mit den Bedürfnissen und Empfindungen ihrer Kinder sensitiv und responsiv umzugehen (252).

Eine positive Eltern-Kind-Beziehung, in der sich der/die Heranwachsende von den Eltern verstanden und als Person geachtet fühlt, ist nicht nur für das Wohlbefinden und die Persönlichkeitsentwicklung förderlich, sondern stellt auch durch die verfügbare emotionale und praktische Hilfe eine bedeutsame Ressource dar. Diese kann in Belastungssituationen eine produktive Verarbeitung der Anforderungen befördern und im Sinne einer Pufferwirkung einhergehende negative Auswirkungen reduzieren (222,255,252).

Auch ein harmonisches Familienklima im Allgemeinen sowie die Qualität der familiären Kommunikation spielen eine Rolle. Diese sind nicht nur für die Beziehungen unter den Familienmitgliedern und damit auch für die Entwicklung sozialer Kompetenz entscheidend sondern ermöglichen auch eine gute Stressbewältigung auf familiärer Ebene, da sie eine zentrale Voraussetzung für eine koordinierte Problemlösung darstellen, wenn die Familie als Ganze unter Druck gerät (252).

Im Rahmen der WHO-Jugendgesundheitsstudie wurde zur familiären Kommunikation erfasst, wie leicht es 11- bis 15-jährigen SchülerInnen fällt, mit verschiedenen Familienmitgliedern über Dinge zu reden, die ihnen wirklich nahe gehen (244). In allen Ländern zeigte sich, dass die Schwierigkeiten, sich in der Familie mitzuteilen, mit zunehmendem Alter wachsen. In Deutschland fiel es bspw. unter den 11-Jährigen nur 12% schwer, mit den Eltern über wichtige Dinge zu sprechen, unter den 15-Jährigen waren es bereits 28%. Hierbei zeigen Mädchen häufiger Probleme (24%) in der familiären Kommunikation als Jungen (17%) (255). Auch in den anderen Ländern zeigt sich diese Geschlechterdifferenz, wobei Mädchen besonders in der Kommunikation mit dem Vater Schwierigkeiten haben (244). Dieser Geschlechterunterschied zugunsten der Jungen zeigt sich so auch in anderen Studien zu Quellen sozialer Unterstützung von Jugendlichen (siehe z.B. 186). Die WHO-Studie weist auch auf deutliche Länderunterschiede hinsichtlich der familiären Kommunikation hin. So bewegt sich bspw. der Anteil der Jugendlichen, die berichten, gut mit Vater bzw. Mutter reden zu können, in den 40 Ländern zwischen 41% und 74% bzw. 65% und 89% (244). Vor allem in ehemaligen Ostblock-Ländern wird eine bessere Kommunikation mit den Eltern berichtet (so z.B. in Slowenien, Rumänien und Polen).

Die soziale Unterstützung durch die Eltern – operationalisiert über die Möglichkeit, mit den Eltern gut sprechen zu können – wurde in vielfältigen Studien als Prädiktor der psychischen

Gesundheit Jugendlicher identifiziert (222,237,241). So zeigen prospektive Studien, dass Defizite in der elterlichen Unterstützung mit einem erhöhten Risiko depressiver Störungen verbunden sind (201,256). Auch problematisches Essverhalten, Substanzkonsum und Suizidversuche treten seltener bei Jugendlichen auf, die mit ihren Eltern gut reden können und den Eindruck haben, dass diese sich um sie sorgen (257). Dabei weist die Bedeutung der sozialen Unterstützung aus dem Elternhaus für die psychische Gesundheit keine eindeutigen geschlechtsspezifischen Unterschiede auf, so war sie in vereinzelt Studien für Jungen größer (247), in anderen für Mädchen (246).

Erhart & Ravens-Sieberer (2008, 255) zeigten für deutsche Jugendliche, dass eine schwierige familiäre Kommunikation mit einer deutlich größeren Chance für eine unterdurchschnittliche mentale Gesundheit verbunden ist (OR=2.6; KI_{95%}: 2.3-3.0). Eine weitere deutsche Untersuchung weist auf eine Abhängigkeit dieses Zusammenhangs vom Geschlecht und der Familienform hin. Probleme, mit Mutter oder Vater zu sprechen, korrelierten bei Heranwachsenden, die bei beiden leiblichen Eltern lebten, in geringerem Ausmaß mit einem mentalen Gesundheitsindex (Jungen: $r=-0.2$; Mädchen: $r=-0.3$) als bei Kindern alleinerziehender Mütter (Mädchen: $r=-0.4$; Jungen $r=-0.3$) (222). Damit korrespondierend zeigten die Regressionsmodelle von Erhart & Ravens-Sieberer (2008, 255), dass die in mehreren Studien gefundenen negativen Auswirkungen des Aufwachsens in Ein-Eltern- oder Stief-Familien auf die psychische Gesundheit (121,129) über die schlechte familiäre Kommunikation erklärt werden können (255). Dies unterstützt die Auffassung, dass auch in Ein-Eltern-Familien die Qualität der Eltern-Kind Beziehung entscheidend ist, die jedoch insbesondere durch Armutsbedingungen gefährdet ist und nicht durch die Familienkonstellation als solche (252).

Allgemein hängt die Chance, ein gutes Familienklima und eine gute psychosoziale Versorgung etablieren und aufrechterhalten zu können, stark von der spezifischen familiären Lebenslage und damit auch vom sozioökonomischen Status der Familie ab (222,237). Familien in Armutslagen sind stärkeren psychosozialen Belastungen ausgesetzt, die mit Beeinträchtigungen auf der Beziehungs- und Interaktionsebene einhergehen (252). Zudem geht das Zusammenspiel von Faktoren wie relativer Armut, geringer Bildung und einer prekären Erwerbssituation teilweise mit Defiziten in der Erziehungskompetenz der Eltern einher (252). So pflegen bspw. sozial benachteiligte Familien seltener einen autoritativen aber häufiger einen rigideren und weniger sensiblen Erziehungsstil (252). Entsprechend bildet ein niedriger familiärer Wohlstand in fast allen an der WHO-Jugendgesundheitsstudie teilnehmenden Ländern einen bedeutsamen Risikofaktor für Schwierigkeiten in der familiären Kommunikation (241,244).

Neben den hier vorwiegend behandelten familiären Ressourcen in Form positiver emotionaler Bindungen und gegenseitiger Unterstützung, können die Lebensumstände in der Familie auch zur Verursachung psychischer Auffälligkeiten beitragen (252). So können nicht nur die bereits angesprochen möglichen Schwierigkeiten zwischen Jugendlichen und Eltern, sondern außerdem anhaltende Partnerschaftsprobleme der Erziehenden die Gesundheit beeinträchtigen wenn bspw. Trennungen oder eine feindselige Atmosphäre Jugendliche belasten (222,252). Für derlei Beziehungsstörungen wurde ein erhöhtes Risiko des Auftretens dissozialer Auffälligkeiten berichtet, während für emotionale Störungen überprotektive Erziehungsmuster von Bedeutung sind (24). Aber auch schwerwiegendere Probleme wie Gewalt, Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch können gravierende psychische Konsequenzen haben (255).

2.5.3 Die Integration in die Gleichaltrigengruppe und psychische Auffälligkeiten

2.5.3.1 Die Bedeutung von Freundschaften

Die Etablierung und Vertiefung von Beziehungen zu Gleichaltrigen und damit verbunden der Aufbau eines eigenen Unterstützungsnetzwerks gehört im Jugendalter zu den wichtigsten Entwicklungsaufgaben (132,258). Mit dem Heranwachsen eines Kindes steigt die mit Gleichaltrigen verbrachte Zeit an und ist bei Jugendlichen besonders umfangreich (258,259). Die mit der Pubertät zumeist erfolgende Ablösung von der Familie geht einher mit einer stärkeren Orientierung an Gleichaltrigen und einem verstärkten Bedürfnis nach Akzeptanz und Beliebtheit durch FreundInnen (32,244,258,259). Studien der 70er und 80er Jahre zeigten, dass die starke Orientierung an Peers zwischen 12 und 13 Jahren ihren Höhepunkt erreicht und während der späteren Jugendzeit allmählich wieder nachlässt, wenn sich die Beziehung zu den Eltern neu etabliert (zusammengefasst bei Fuligni et al. 2001;259). Auch wenn genaue Altersgrenzen bzgl. der Stärke des Peereinflusses kaum vorliegen und wohl auch zeit-, geschlechts- und kulturabhängig sind, besteht doch ein Konsens darüber, dass in allen Kulturen während der Jugend der Einfluss von FreundInnen am größten ist (258).

Freundschaften erfüllen vielfältige Funktionen. Neben dem Wert von Freundschaft um ihrer selbst willen, deren intrinsische Belohnung in der Erfüllung basaler menschlicher Bedürfnisse wie dem nach Verbundenheit besteht (260), bilden Peergruppen durch ihre emotionale und praktische Unterstützung eine bedeutsame Quelle sozialen Kapitals. Sie begleiten Entwicklungserfahrungen, helfen in stressreichen Lebenssituationen und unterstützen die Identitätsentwicklung sowie die Ausbildung personaler und sozialer Kompetenzen (222,244,258).

Von den im Rahmen der WHO-Jugendgesundheitsstudie befragten deutschen SchülerInnen hatten 84% drei oder mehr enge gleichgeschlechtliche Freundschaften (258). Im Durchschnitt trafen sich die SchülerInnen an drei Nachmittagen und zwei Abenden in der Woche mit FreundInnen (258). Ein Ländervergleich im Rahmen der WHO-Studie zeigt jedoch auch hier eine große Schwankungsbreite zwischen den verschiedenen Ländern: während in einigen Ländern nur knapp mehr als die Hälfte der Befragten drei oder mehr enge Freundschaften haben (Malta, Griechenland, Polen), sind es in anderen Ländern 90% und mehr. Die Länder mit einem höheren Potential sozialer Unterstützung liegen vor allem in Nord- und Westeuropa (bspw. Norwegen, Großbritannien, Irland) (244). Hinsichtlich der Rolle des SES zeigte sich, dass drei oder mehr FreundInnen zu haben in über der Hälfte der teilnehmenden Länder signifikant mit einem höheren familiären Wohlstand assoziiert war (244).

Der Einfluss des Geschlechts auf die verfügbare soziale Unterstützung durch Freunde stellte sich in den Ländern und Altersgruppen nicht ganz einheitlich dar. In vereinzelt Ländern wie den USA, Kanada oder Malta hatten Mädchen geringfügig häufiger viele (≥ 3) Freundschaften als Jungen. In den meisten Ländern bestand der Geschlechtsunterschied jedoch zugunsten der Jungen, die vor allem in den osteuropäischen Ländern – aber auch in Griechenland und Italien – deutlich häufiger viele Freundschaften pflegten (244). Dies steht im Widerspruch zu anderen bislang vorliegenden Forschungsergebnissen, die mehrheitlich darauf hinweisen, dass Mädchen eher über mehr soziale Unterstützung durch FreundInnen verfügen (186,261). Allerdings könnte dieser Widerspruch dadurch bedingt sein, dass sich der oben beschriebene internationale Vergleich auf die Anzahl der Freundschaften bezieht, die nicht notwendigerweise mit der verfügbaren sozialen Unterstützung korreliert sein muss.

Peerbeziehungen weisen geschlechtsspezifische Unterschiede auf, die sich auch hinsichtlich der sozialen Unterstützung niederschlagen, da das Hilfesuch-Verhalten und die Wahrnehmung von Bedarf an Unterstützung durch Geschlechterrollen geprägt sind (186). So teilen sich Mädchen eher über Gefühle und Probleme mit, suchen eher bei FreundInnen Rat und Unterstützung und legen in Freundschaften mehr Wert auf gegenseitige Unterstützung als Jungen (186,259). Jungen hingegen legen in Freundschaften mehr Wert auf gemeinsame Interessen und Aktivitäten (186). Zudem können sie sich Gruppendruck unter Gleichaltrigen schlechter entziehen und zeigen mit ihren Freunden häufiger Problemverhalten (259).

Der angesichts der umfangreichen im Jugendalter mit FreundInnen verbrachten Zeit und der angesichts der wichtigen Funktion von Freundschaften anzunehmende erhebliche Einfluss der Peergruppe auf die psychische Gesundheit Heranwachsender konnte bereits vielfach

nachgewiesen werden. Auch wenn der Einfluss Gleichaltriger häufig mit negativen Effekten assoziiert wird (Verleiten zu Substanzkonsum oder anderem Risikoverhalten), nehmen gleichaltrige Freunde und Freundinnen jedoch einen überwiegend positiven Einfluss auf die Entwicklung Heranwachsender (258).⁴⁴ So zeigten mehrere Studien eine protektive Wirkung sozialer Unterstützung durch FreundInnen hinsichtlich depressiver Symptomatiken (186,244). Die prospektive Durchführung einiger dieser Studien weist auf soziale Unterstützung als Prädiktor für Depression hin und entkräftet Einwände, die Unterstützung sänke ausschließlich als Folge depressiver Problematiken (186,262). Nichtsdestotrotz liegen auch Studien vor, die eine umgekehrte Wirkrichtung longitudinal zeigen konnten (256), so dass eine bidirektionale Beziehung angenommen werden kann (132).

Bezüglich geschlechtsspezifisch unterschiedlicher Wirkungen sozialer Unterstützung liegen verschiedene Ergebnisse vor. Teilweise scheint die soziale Unterstützung durch Freunde bei Mädchen einen größeren Einfluss auf die psychische Gesundheit zu nehmen als bei Jungen (263). Dies korrespondiert mit Ergebnissen darüber, dass soziale Unterstützung im Allgemeinen für Mädchen wichtiger ist, unabhängig von wem sie kommt (so auch die von Eltern oder LehrerInnen) (264). In anderen Untersuchungen wird hingegen eine vergleichbare Bedeutung der sozialen Unterstützung durch Freunde bei den Geschlechtern festgestellt (201).

2.5.3.2 Probleme mit Gleichaltrigen: Bullying

Gleichaltrige wirken jedoch nicht nur positiv auf die psychische Gesundheit. Probleme von Jugendlichen mit Gleichaltrigen in Form von Bullying finden zwar bislang in den Gesundheitswissenschaften noch nicht viel Beachtung (265), können sich aber sehr nachteilig auswirken. Bullying kann in einer indirekten Form auftreten und Erfahrungen umfassen wie systematisch ausgeschlossen zu werden oder Gegenstand verbreiteter Gerüchte zu sein. Direktes Bullying hingegen beinhaltet unmittelbare Schikanen oder gar körperliche Gewalt (266). Die WHO-Jugendgesundheitsstudie definiert eineN SchülerIn dann als Opfer, wenn er oder sie wiederholt negativen Handlungen von einzelnen oder mehreren MitschülerInnen mit feindseliger Absicht ausgesetzt ist (244,265). Diese umfassen absichtlich zugefügte verbale oder non-verbale Unannehmlichkeiten (Gestik, soziale Ausgrenzung etc.) oder auch physische Verletzungen, die sich in einem ungleichen Kräfteverhältnis vollziehen (142). Dieses wird durch die Übergriffe verfestigt (244) und das Opfer kann sich nicht adäquat zur Wehr setzen (246).

⁴⁴ Negative Auswirkungen von Peergruppen sind zumeist eine Verstärkung bereits vorhandener Tendenzen. So suchen sich Heranwachsende, die bspw. Autoritäten ablehnen oder Substanzkonsum zugeneigt sind, eher gleichgesinnte Jugendliche, mit denen sie dann gemeinsam deviantes Verhalten zeigen (259).

Je nach Altersgruppe berichten 11% bis 14% der SchülerInnen in Deutschland, mindestens zwei Mal wöchentlich schikaniert zu werden (142). In Deutschland wie auch in den anderen Ländern der WHO-Jugendgesundheitsstudie sind Jungen sowohl unter den Opfern als auch unter den Tätern überrepräsentiert (142,246,267) und sind eher in Bullying mit Drohungen und physischer Gewalt involviert als Mädchen (246). Zudem sinkt mit steigendem Alter die Häufigkeit von Bullying (246,267). So waren in der WHO-Studie 15% der Fünftklässler aber 10% der Neuntklässler betroffen. Auch international variiert die Bullying-Inzidenz (246,268). Während in Schweden, Spanien, Tschechien und Island eine Auftretenshäufigkeit von etwa 5% oder weniger beobachtet werden kann, berichten insbesondere SchülerInnen ehemaliger Ostblock-Länder (Bulgarien, Estland, Lettland, Litauen, Ukraine) sowie Befragte aus Griechenland, Grönland und der Türkei Raten von bis zu 33% (244). Die WHO-Studie zeigt weiterhin, dass – zumindest in einigen Ländern – auch der SES mit Bullying assoziiert ist. So ist vor allem für Mädchen in Nord- und Westeuropa die Wahrscheinlichkeit, Bullying zu erleiden, erhöht, wenn sie einen geringeren SES aufweisen (241,244,269).

Die Bullying-Opfer zeigen eine deutlich beeinträchtigte mentale Gesundheit (142,241). So zeigten türkische SchülerInnen der neunten, zehnten und elften Klassen, die Bullying erlitten, signifikant höhere Werte hinsichtlich internalisierender wie externalisierender Störungen (269). Eine schlechtere psychische Gesundheit der Betroffenen konnte auch in verschiedenen anderen Untersuchungen gezeigt werden, wobei insbesondere affektive Störungen wie Angst und Depressionen sowie erhöhte Suizidraten auftreten (266,267,268,270,271,272). Teilweise zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede, so war bspw. in der Untersuchung von Rigby (2000;246) Bullying vor allem bei Mädchen mit Ängsten und Depressionen assoziiert.

2.5.4 Verwobenheit und relative Bedeutung der verschiedenen Lebensbereiche

Die hier voneinander abgegrenzt dargestellten Lebensbereiche und die mit ihnen assoziierten Belastungen und Ressourcen weisen selbstverständlich Wechselwirkungen auf. So nimmt die Familie bspw. Einfluss auf die besuchte Schule und FreundInnen (222,233) und erweitert durch ihre eigene Einbindung in soziale Netzwerke, z.B. innerhalb der Nachbarschaft, oder durch Freundschaften zu anderen Familien die sozialen Ressourcen von Kindern.

Vor allem die Wechselbeziehung zwischen der Familiensituation und der Bedeutung der Gleichaltrigengruppe erscheint äußerst komplex. Einige Studien weisen auf eine kompensierende Funktion von Peers hin, wenn Jugendliche aus konfliktbelasteten oder wenig unterstützenden Elternhäusern die Defizite durch den Rückhalt in Freundschaften ausgleichen

(222,258,259). So spielt sowohl bei Jugendlichen mit äußerst restriktiven Eltern ebenso wie bei solchen ohne jegliche elterliche Kontrolle und Unterstützung und bei solchen aus prekären Familienverhältnissen die Unterstützung durch Gleichaltrige eine besonders wichtige Rolle (222,259). Andere Studien wiederum weisen auf einen eher additiven als kompensatorischen Effekt hin, bei dem gute Unterstützung durch Peers den Mangel an elterlicher Unterstützung nicht voll ausgleichen kann (259) oder postulieren sogar eine wechselseitige positive oder negative Verstärkung. Demnach wirkt sich Unterstützung durch Peers dann positiv auf die psychische Gesundheit aus, wenn zusätzlich eine hohe Unterstützung durch die Eltern gegeben ist – andernfalls ist sie eher nachteilig (222,273). Umgekehrt wird sowohl berichtet, dass eine gestörte Integration in die Gleichaltrigenrunde eine höhere Bedeutung der Familie nach sich zieht (222) als auch, dass Jugendliche mit intensiveren Freundschaften positivere Einstellungen gegenüber der Familie aufweisen (258).

Die Bereiche Schule und Peers überschneiden sich ebenfalls, da die Schule als sozialer Lebensraum einen wichtigen Anknüpfungspunkt für Freundschaften bildet. Nichtsdestotrotz nimmt die soziale Unterstützung durch KlassenkameradInnen und FreundInnen auch einen unabhängigen Einfluss auf die psychische Gesundheit Jugendlicher (247). Auch Bullying findet vor allem in der Schule statt (229) und weist zudem einen Zusammenhang mit schulischen Faktoren wie der Integrationskompetenz der LehrerInnen, Vertrauen zu den LehrerInnen und aggressivem LehrerInnenverhalten auf (265). Für das Bullying zeigen sich noch weitere Wechselbeziehungen mit anderen Lebensbereichen. So stammen Bullying-Opfer häufiger aus Elternhäusern mit Schwierigkeiten in der Kommunikation oder einem negativen Familienklima (265,269) oder weisen im Allgemeinen mit dem Schließen von Freundschaften Probleme auf (269,274).

Nur wenige Studien haben bislang die relative Bedeutung der einzelnen Lebensbereiche untersucht. Eine italienische Studie zeigte, dass alle drei Bereiche vermittelt über die Selbstwirksamkeitserwartung auf das psychosoziale Wohlbefinden Einfluss nehmen (233), während eine englische Studie in einer gemeinsamen Regression keinen Einfluss der Schule fand und auf die besondere Bedeutung familiärer Faktoren hinwies (275). Auch wenn die Unterschiede teilweise leicht abweichenden Konstrukten bzw. Operationalisierungen geschuldet sein werden, wird auch über kulturelle Faktoren spekuliert, wie etwa abweichende Erziehungsstile oder Schulformen (233). Die nachfolgende Untersuchung der relativen Bedeutung einzelner Lebensbereiche in Hinblick auf das Auftreten psychischer Auffälligkeiten unter Berücksichtigung der sozialen Lage und kultureller Unterschiede kann zum Schließen dieser Lücke beitragen.

Zusammenfassung

In der durch vielfältige Entwicklungsaufgaben gekennzeichneten Lebensphase der Jugend besteht eine besondere Vulnerabilität für psychische Auffälligkeiten als dysfunktionale Verarbeitungsformen überfordernder Belastungen. Stressoren aber auch soziale Ressourcen und somit Einflussfaktoren der psychischen Gesundheit bilden in dieser Zeit insbesondere die drei Sozialisationsinstanzen **Schule, Familie und Gleichaltrigengruppe**. Diese Lebenswelten sind zudem als Ansatzpunkte präventiver Maßnahmen von Interesse, da sie mit ihren schichtspezifischen Prägungen als wesentliche Mediatoren zwischen sozialer Lage und Gesundheit gelten und auch als Gründe für eine größere soziale Gleichheit im Jugendalter diskutiert werden.

Die **Schule** stellt als sozialer Lebensraum sowie in Hinblick auf ihre Leistungsaspekte einen wichtigen Prädiktor der psychischen Gesundheit von Jugendlichen dar. International schwankt jedoch der Anteil der SchülerInnen erheblich, die ihre MitschülerInnen als unterstützend wahrnehmen bzw. die schulischen Druck oder auch Freude an der Schule empfinden. Generell wird die Schule von Jungen und mit steigendem Alter negativer wahrgenommen. In vielen Ländern kann zudem eine Assoziation zwischen niedrigem SES und negativerem Schulerleben festgestellt werden.

Auch die Interaktion und Kommunikation innerhalb der **Familie** bildet einen wesentlichen Prädiktor der psychischen Gesundheit, da sie zentrale lebenspraktische wie psychosoziale Bedürfnisse berührt und hierdurch u.a. Einfluss auf die Fähigkeit von Jugendlichen nimmt, schwierige Situationen zu bewältigen. Die Qualität der familiären Kommunikation unterscheidet sich jedoch im internationalen Vergleich deutlich. In den meisten Ländern berichten besonders Mädchen und ältere Jugendliche größere Schwierigkeiten, gut mit Mutter oder Vater reden zu können. In Familien mit einem niedrigeren SES, der mit stärkeren psychosozialen Belastungen und weniger vorteilhaften Erziehungsstilen assoziiert ist, bestehen in vielen Ländern häufiger Probleme mit der familiären Kommunikation.

Insbesondere im Jugendalter bildet auch die **Gleichaltrigengruppe** durch die hier bestehenden **Freundschaften** und dem damit einhergehenden sozialen Kapital einen protektiven Faktor für die Entwicklung. Die durchschnittliche Anzahl enger FreundInnen im Jugendalter variiert in verschiedenen Ländern allerdings beträchtlich und deutet auf eine größere Verfügbarkeit sozialer Unterstützung in nord- und westeuropäischen Ländern hin. In den meisten Ländern berichten zwar Jungen mehr enge Freundschaften als Mädchen, die aus den Beziehungen resultierende soziale Unterstützung scheint wegen geschlechtsspezifischer Unterschiede der Peerbeziehungen aber dennoch bei Mädchen größer zu sein. Auch ein sozialer Gradient hinsichtlich der Freundschaftsbeziehungen ist in der Mehrheit der Länder feststellbar, da sozial bessergestellte Jugendliche mehr enge Freundschaftsbeziehungen berichten.

Gleichaltrige können die psychische Gesundheit Heranwachsender durch **Bullying** jedoch auch schädigen. Dieses Phänomen tritt insbesondere in ehemaligen Ostblockländern häufig auf, und betrifft in allen Ländern mehr Jungen als Mädchen. Auch hier bildet die soziale Lage einen Einflussfaktor, wobei insbesondere sozial benachteiligte Mädchen häufiger Bullying erleiden.

Die hier getrennt voneinander betrachteten Lebensbereiche und die mit ihnen assoziierten Belastungen und Ressourcen weisen in der Lebenswirklichkeit von Jugendlichen selbstverständlich Wechselbeziehungen auf. Bislang liegen jedoch nur wenige Studien vor, die alle Lebensbereiche erfassen und entsprechend ihre **relative Bedeutsamkeit** hinsichtlich der psychischen Gesundheit abschätzen können. Diese Lücke soll die vorliegende Arbeit mit einem zusätzlichen Kulturvergleich füllen.

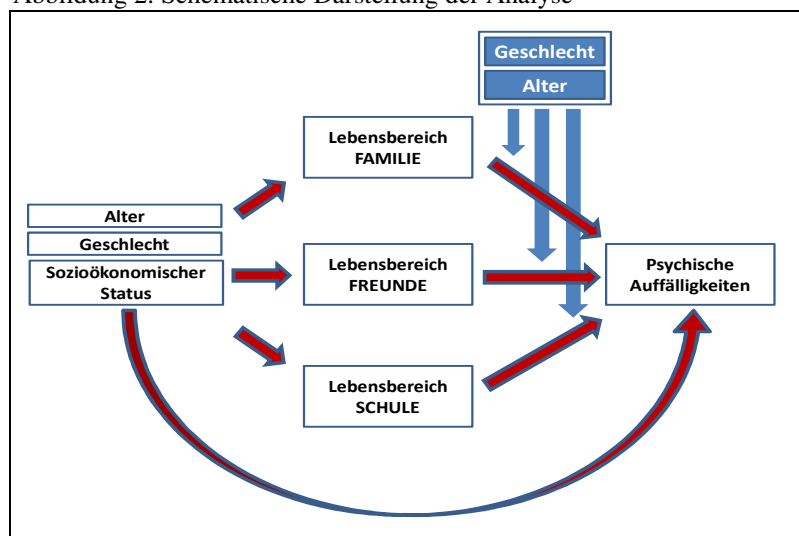
3 Ziele und Fragestellungen

Angesichts des oben dargestellten Mangels an international vergleichbaren Prävalenzstudien zu psychischen Auffälligkeiten bei Jugendlichen und der gleichzeitig bestehenden Notwendigkeit, effektive Präventionsmaßnahmen zu ergreifen, hat diese Arbeit zum Ziel, die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Jugendlichen aus verschiedenen europäischen Ländern zu untersuchen und die Bedeutsamkeit ausgewählter Einflussfaktoren zu quantifizieren, um präventionsrelevante Erkenntnisse zu erlangen.

Da Prädiktoren wie Alter, Geschlecht und sozioökonomischer Status (SES) lediglich Zielgruppen beschreiben können, selbst jedoch durch Prävention nicht beeinflussbar sind, werden hier zusätzlich die Zusammenhänge zwischen dem Befinden Jugendlicher in zentralen Lebensbereichen und dem Vorliegen psychischer Auffälligkeiten näher untersucht.

Da das Befinden in der Schule, mit der Familie und mit Peers innerhalb Europas stark variiert, sind nach Land stratifizierte Analysen geboten, die länderspezifische Defizite in einzelnen Lebensbereichen abbilden können und zudem zeigen können, inwiefern sich die Bedeutung der Bereiche für die psychische Gesundheit in den Ländern unterscheidet. Auch Analysen der Unterschiede in den Lebensbereichen nach Geschlecht, Alter und SES sowie zur relativen Bedeutsamkeit der Lebensbereiche im Vergleich miteinander sollen helfen, wichtige Zielgruppen und Settings gezielter zu fokussieren. Dabei zielt die Prüfung, inwiefern die Lebensbereiche Mediatoren des SES darstellen – sich also höhere Raten psychischer Auffälligkeiten bei niedrigem SES zumindest anteilig durch ein geringeres Wohlbefinden in der Schule, Familie und Gleichaltrigengruppe erklären lassen – besonders auf die Erzeugung handlungsrelevanten Wissens zur Reduktion sozialer Ungleichheit.

Abbildung 2. Schematische Darstellung der Analyse



Basierend auf den dargestellten Überlegungen und in Hinblick auf den oben zusammengefassten Forschungsstand behandelt die Arbeit folgende Fragestellungen:

(A) Verteilung psychischer Auffälligkeiten in verschiedenen Ländern, Alters- und Geschlechtsgruppen: Mit welcher Häufigkeit treten psychische Auffälligkeiten in verschiedenen europäischen Ländern auf? Unterscheiden sich die Auftretenshäufigkeiten in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht?

Hypothese (1): Die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten variiert in den verschiedenen Ländern. Der Range der Raten ist aufgrund der vergleichbaren Messung jedoch geringer als die in der Literatur zu findenden Länderunterschiede.

Hypothese (2): Die Gesamtauffälligkeit (internalisierende *und* externalisierende Auffälligkeiten) zeigt keine deutlichen Geschlechtsunterschiede. Für Mädchen wird ein Anstieg der Raten mit dem Alter erwartet. Wegen der kulturellen Prägung von Geschlechterrollen und altersspezifischen Anforderungen werden Länderunterschiede in der Assoziation psychischer Auffälligkeiten mit Alter und Geschlecht erwartet.

(B) Verteilung des SES in den verschiedenen Ländern und seine Rolle als Prädiktor psychischer Auffälligkeiten: Wie unterscheidet sich der SES von Jugendlichen in den verschiedenen europäischen Ländern? Inwiefern ist ein niedriger SES mit dem Vorliegen psychischer Auffälligkeiten assoziiert? Wie bedeutsam ist dieser Risikofaktor auf Populationsebene? Inwiefern ist die Verteilung des gesellschaftlichen Wohlstands für diese Beziehung relevant?

Hypothese (1): Der SES unterscheidet sich signifikant zwischen den einzelnen Ländern.

Hypothese (2): Auf der Individualebene ist ein niedriger SES signifikant mit höheren Raten psychischer Auffälligkeiten assoziiert. Aufgrund der verschiedenen Lebenslagen und kulturellen Bedeutungen, die in den einzelnen Ländern mit sozialer Benachteiligung verbunden sind, werden länderspezifisch verschiedene Stärken dieses Zusammenhangs erwartet.

Hypothese (3): Länder mit geringerem Wohlstand und solche mit einer ungleicheren Verteilung des Wohlstands weisen höhere Raten psychischer Auffälligkeiten sowie stärkere Assoziationen zwischen dem SES und psychischen Auffälligkeiten auf.

(C) Verteilung des Wohlbefindens in Schule, Gleichaltrigengruppe und Familie: Wie ist das Wohlbefinden Jugendlicher in den Lebenswelten Schule, Familie und Gleichaltrigengruppe in verschiedenen europäischen Ländern verteilt und inwiefern variiert die Ausprägung dieser potentiellen Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten mit dem Alter, Geschlecht und SES?

Hypothese (1): Das Wohlbefinden in den einzelnen Lebensbereichen unterscheidet sich signifikant zwischen den Ländern. Der Forschungsstand lässt für die osteuropäischen Länder höhere Wohlbefindenswerte in der Familie und in Mittel- bzw. Nord- und Westeuropa ein höheres Wohlbefinden in der Schule bzw. mit Peers erwarten.

Hypothese (2): Das Wohlbefinden in den einzelnen Lebensbereichen variiert in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und SES. Für das schulische Wohlbefinden werden niedrigere Werte bei Jungen und älteren Jugendlichen erwartet. Auch das familiäre Wohlbefinden ist bei höherem Alter geringer, hier weisen jedoch Mädchen schlechtere Werte auf. Das Wohlbefinden mit Peers wird durch weibliches Geschlecht begünstigt. Beim Bullying gehen männliches Geschlecht und geringes Alter mit schlechteren Werten einher. In allen Bereichen werden stärkere Beeinträchtigungen bei niedrigerem SES erwartet.

(D) Wohlbefinden in Schule, Familie und mit Gleichaltrigen als Prädiktor psychischer Auffälligkeiten: Ist das Wohlbefinden Jugendlicher in den Bereichen Familie, Schule und Gleichaltrigengruppe mit dem Vorliegen psychischer Auffälligkeiten assoziiert? Unterscheidet sich die Bedeutung der verschiedenen Lebensbereiche in verschiedenen Ländern, nach Alter oder Geschlecht? Inwiefern werden die nachteiligen Auswirkungen eines niedrigen SES auf die psychische Gesundheit über einzelne Lebenswelten vermittelt?

Hypothese (1): Das Wohlbefinden in den einzelnen Lebensbereichen weist signifikante Zusammenhänge mit dem Auftreten psychischer Auffälligkeiten auf.

Hypothese (2): Die Zusammenhänge zwischen den Lebensbereichen und dem Auftreten psychischer Auffälligkeiten werden teilweise durch Alter und Geschlecht moderiert. So bildet das schulische Wohlbefinden bei Mädchen einen stärkeren Prädiktor psychischer Auffälligkeiten. Mit steigendem Alter ist die Assoziation zwischen dem Wohlbefinden in der Familie und psychischen Auffälligkeiten geringer ausgeprägt, während der Zusammenhang zwischen dem schulischen Wohlbefinden und dem Befinden in der Gleichaltrigengruppe und psychischen Auffälligkeiten stärker ausgeprägt ist.

Hypothese (3): Für jeden der drei Lebensbereiche kann einzeln eine Mediatoren-Wirkung gezeigt werden: Ist ein geringer SES sowohl mit höheren Raten psychischer Auffälligkeiten als auch mit einem schlechteren Befinden im jeweiligen Lebensbereich assoziiert, lassen sich die negativen Auswirkungen eines geringen SES auf die psychische Gesundheit durch die Lebenswelt zumindest anteilig erklären (nähere Spezifikation siehe auch 4.3).

(E) Relative Bedeutung des Wohlbefindens in Schule, Familie und Gleichaltrigengruppe sowie des SES: Wie gestaltet sich die relative Bedeutung der einzelnen Lebensbereiche? Ist bei ihrer gemeinsamen Betrachtung ein besonders wichtiger Bereich identifizierbar? Ist der SES auch bei Kontrolle für die drei Bereiche ein signifikanter Prädiktor psychischer Auffälligkeiten?

Hypothese (1): Die Assoziationen zwischen den einzelnen Lebensbereichen und psychischer Auffälligkeit werden schwächer, wenn die Bereiche füreinander kontrolliert werden.

Hypothese (2): Bei gemeinsamen Einbezug der Lebensbereiche als Prädiktoren verliert der SES als Prädiktor psychischer Auffälligkeiten an Bedeutung. Das durch niedrigen SES bedingte populationsattributable Risiko reduziert sich folglich unter der Bedingung konstanter Wohlbefindenswerte der sozialen Strata.

Um abschätzen zu können, mit welcher Aussagekraft diese Fragen im Rahmen der hier vorgenommenen Untersuchung beantwortbar sind, müssen vorab die psychometrischen Eigenschaften der verwendeten Erhebungsinstrumente genauer betrachtet werden. Dabei ist insbesondere die interkulturelle Vergleichbarkeit der Messung des Outcomes „psychische Auffälligkeiten“ von Interesse (siehe 2.2.2), zumal das verwendete Instrument nicht in einem interkulturellen Ansatz entwickelt wurde:

(F) Psychometrische Qualität der Messungen: Kann die Auftretenshäufigkeit psychischer Auffälligkeiten in den verschiedenen Ländern und geschlechtsspezifisch mit vergleichbarer Messqualität erfasst werden? Werden die Prädiktoren reliabel erfasst?

Hypothese (1): Die Anzahl fehlender Werte (d.h. unvollständig ausgefüllter Fragebögen) unterscheidet sich nur geringfügig zwischen den einzelnen Ländern.

Hypothese (2a): Die internen Konsistenzen für den Gesamtproblemwert des SDQ-Symptomfragebogens erlauben trotz kleinerer Unterschiede in allen Ländern eine reliable Messung. Demgegenüber erreichen die störungsspezifischen Subskalen kein für Gruppenvergleiche geeignetes Niveau.

Hypothese (2b): Die internen Konsistenzen der KIDSCREEN-Skalen sind in allen Ländern ähnlich ausgeprägt und in zufriedenstellender Höhe.

Hypothese (3): Das dem SDQ zugrundeliegende Messmodell kann in Hinblick auf die postulierte Faktorenstruktur und die erwarteten einhergehenden Itemladungen in allen hier einbezogenen Ländern repliziert werden. Kleinere Übersetzungsprobleme lassen jedoch erwarten, dass die postulierte 5-Faktorenstruktur teilweise weniger deutlich sichtbar wird.

4 Methoden

4.1 Stichprobe & Sampling:

Diese Arbeit basiert auf den Daten des durch die Europäische Union geförderten KIDSCREEN-Projekts *'Screening for and Promotion of Health Related Quality of Life in Children and Adolescents – a European Public Health Perspective'* (5. EU-Rahmenprogramm QLG-CT-2000-00751).⁴⁵ Im Rahmen des KIDSCREEN-Projektes wurde zwischen 2001 und 2004 zunächst in Zusammenarbeit mit sieben europäischen Ländern ein Screeninginstrument zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen entwickelt (276,277). Anschließend wurde der entwickelte Fragebogen zum Zweck der Normierung und Validierung gemeinsam mit vielfältigen weiteren Instrumenten in repräsentativen Bevölkerungsstichproben von 8- bis 18-Jährigen Kindern und Jugendlichen aus 13 europäischen Ländern eingesetzt (278,279). Die Datenerhebung erfolgte im Jahr 2003 mit Ausnahme von Irland, wo die Daten erst 2005 erhoben wurden.

In den teilnehmenden Ländern Österreich (AT), Schweiz (CH), Tschechien (CZ), Deutschland (DE), Griechenland (EL), Spanien (ES), Frankreich (FR), Ungarn (HU), Irland (IE), den Niederlanden (NL), Polen (PL), Schweden (SE) und Großbritannien (UK) wurden verschiedene Samplingstrategien angewendet. Die meisten Länder (AT, CH, DE, ES, FR, NL) führten ein **telefonisches Sampling** durch, bei dem Telefonnummern geschichtet in bestimmten Ortsvorwahlbereichen angerufen wurden, um Haushalte mit Kindern zwischen 8 und 18 Jahren zu identifizieren. Willigte ein Elternteil ein, gemeinsam mit dem Zielkind (das Kind, das als nächstes Geburtstag hatte) an der Studie teilzunehmen, wurden die Fragebögen und vorfrankierte Rückumschläge postalisch versendet.⁴⁶ Erinnerungsschreiben wurden nach zwei und nach fünf Wochen verschickt. Andere Länder (EL, HU, IE, SE, PL) führten ein **Schulsampling** durch, bei dem der Survey während der Schulzeit (EL, HU, IE, SE) oder durch einen postalisch zugesendeten Fragebogen zu Hause erfolgte (PL). Die Auswahl erfolgte zufällig auf Grundlage von Listen der öffentlichen Schulen (EL, IE, PL) bzw. auf Klassenebene (HU) in zuvor festgelegten geographischen Regionen. In Schweden wurde ein Gelegenheitsprobe befragt. Für die Elternbefragung wurde ein Fragebogen mit nach Hause gegeben, der von den Kindern wieder in die Schule zurück gebracht werden sollte. Da in

⁴⁵ Hier werden lediglich die Angaben zu Sampling, Stichprobe und Responderaten aus den Publikationen der KIDSCREEN-Gruppe zusammengefasst, die für die Bewertung der präsentierten Analysen notwendig sind. Ausfüllraten bzgl. der hier ausgewerteten Instrumente und Substichprobe werden unter 5.2.1 genauer dargestellt.

⁴⁶ In Irland und Schweden wurden ausschließlich die Kinder und Jugendlichen selber, nicht aber Elternteile befragt.

Großbritannien das telefonische Sampling unbefriedigende Ergebnisse erbrachte, wurden Telefon- und Schulsampling kombiniert. In den Niederlanden wurden wegen schlechter Ergebnisse auf Grundlage der Zufallsnummern zusätzliche Nummern eines Datendienstleisters einbezogen. In Tschechien wurden im Rahmen eines mehrstufigen Zufallsverfahrens Gemeinden in allen Landesregionen und anschließend Haushalte aus örtlichen Telefonverzeichnissen ausgewählt. Die identifizierten Haushalte mit Kindern in der angezielten Altersgruppe wurden um Teilnahme gebeten. Bei Einverständnis wurden den Familien die Fragebögen gebracht und nach zwei bis fünf Tagen wieder abgeholt (278,279).

In allen Ländern, die ein Telefonsampling durchführten, sowie Tschechien und Polen wurden auch Non-Responder-Fragebögen bei den Eltern eingesetzt, die eine Studienteilnahme ablehnten. Dieser enthielt wenige Fragen zum Gesundheitszustand des Kindes und des befragten Elternteils sowie zum Familienstand und Bildungsniveau.

Die Befragung setzte eine schriftliche informierte Einwilligung der TeilnehmerInnen voraus und folgte den Datenschutzbestimmungen des Europäischen Parlaments sowie den gesetzlichen Vorgaben des jeweiligen Landes (279).

Die Kooperationsraten⁴⁷ lagen in den Ländern mit Telefonsampling deutlich niedriger (UK 42.8%, ES 51.2%, DE 52.3%, AT 54.7%, CH 55.7%, FR 58.2%, NL 49.2% und 76.5%) als in den Ländern mit Schulsampling (UK 69.0%, EL 72.0%, IE 82.5%, PL 82.7%, SE 91.2%, HU 97.2%) (279). Die Ausfüllraten⁴⁸ waren sehr hoch, wenn die Fragebögen in der Schule ausgefüllt wurden (92.6% in HU bis 100% in EL, IE, SE, UK) während sie in den postalischen Surveys starke Unterschiede aufwiesen (UK 44.1%, FR 45.3%, ES 47.2%, AT 64.5%, CH 72.1%, DE 77.6%, NL 97.8%). Entsprechend wurden die geringsten Responseraten⁴⁹ in Ländern mit Telefonsampling und postalischem Fragebogenversand und die höchsten in Ländern mit Schulsampling und Ausfüllen in der Schule erzielt (UK 18.9% und 69.0, AT 35.3%, CH 40.2%, DE 40.6%, ES 24.2%, FR 26.4%, EL 72.0%, HU 90.0% IE 82.5%, SE 91.2%, NL 48.1% und 74.8%). In Tschechien und Polen wurden mittlere Responseraten erzielt (PL 59.6%, CZ 71.5%) (279).

Ein Vergleich der Stichprobe mit den EUROSTAT-Referenzpopulationen zeigte, dass in der Mehrheit der Länder Mädchen leicht überrepräsentiert und Eltern mit einem geringeren Bildungsstand unterrepräsentiert sind (278,279). Ein Vergleich der Responder mit den Non-Respondern zeigte zudem, dass die teilnehmenden Eltern eine eher bessere Gesundheit für

⁴⁷ nach Berra et. al. (279): (der Studienteilnahme zustimmende / für Studienteilnahme angesprochene Eltern) * 100

⁴⁸ nach Berra et. al. (279): (Fragebogen-Ausfüllende / der Studienteilnahme zustimmende Eltern) * 100

⁴⁹ nach Berra et. al. (279): (Kooperationsrate * Ausfüllrate) / 100

sich und ihr Kind berichteten, eher verheiratet waren und einen höheren Bildungsabschluss hatten, aber seltener in größeren Städten lebten. Da die Abweichungen jedoch nicht stark ausgeprägt waren und differenzierte Analysen unter Verwendung verschiedener Gewichtungsmethoden zeigten, dass sie keine Auswirkungen auf die KIDSCREEN-Ergebnisse haben, wird das Sample von den StudienautorInnen als repräsentativ erachtet (277,278).

4.2 Instrumente

Da im Rahmen des KIDSCREEN-Surveys die Datenerhebung international abgestimmt wurde, liegen die Daten zu psychischen Auffälligkeiten und möglichen Prädiktoren in vergleichbarer Form als Fragebogenangaben der befragten Jugendlichen und Eltern vor.⁵⁰ Im Folgenden wird zunächst das eingesetzte Instrument zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten beschrieben und auf die bislang vorliegenden Erkenntnisse zur Aussagekraft dieses Instrumentes eingegangen. Weiterhin wird die Operationalisierung des sozioökonomischen Status (SES) und der Befindlichkeit in verschiedenen jugendlichen Lebenswelten dargestellt.

Für eine bestmögliche Aussagekraft werden in dieser Arbeit zur Feststellung psychischer Auffälligkeiten Eltern- und Selbstangaben kombiniert (siehe 4.2.1.2), die Prädiktoren hingegen ausschließlich über das Selbsturteil ermittelt, da dies bzgl. emotionaler und sozialer Befindlichkeiten am validesten ist (278). Auch die Rolle des SES wird auf Grundlage der Selbstangaben analysiert.

4.2.1 Psychische Auffälligkeiten: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

4.2.1.1 Symptomfragebogen, Impact-Supplement und Algorithmus

Psychische Auffälligkeiten wurden mit Hilfe des international weit verbreiteten Strengths and Difficulties Questionnaires (SDQ) bei allen Eltern und bei Jugendlichen ab 12 Jahren erfragt.⁵¹ Der SDQ beinhaltet zwei Teile: einen Symptomfragebogen (71,90) und das sogenannte Impact Supplement, das die mit den berichteten Symptomen einhergehende Beeinträchtigung erfasst (280). Beide Teile liegen als nahezu wortgleiche Eltern- und Selbstberichtsversion vor und beziehen sich auf den Zeitraum der letzten sechs Monate.

⁵⁰ Alle verwendeten Instrumente sind dem Anhang in deutscher Sprache beigelegt.

⁵¹ Im Rahmen des Surveys füllten 8- bis 11-Jährige einen kürzeren Fragebogen aus als die 12- bis 18-Jährigen. Da der SDQ nur im Jugendlichen-Fragebogen enthalten war, liegen hier nur selbstberichtete Daten von den 12- bis 18-Jährigen TeilnehmerInnen vor, die auch – wie vorgesehen – einen Jugendlichen-Fragebogen erhielten.

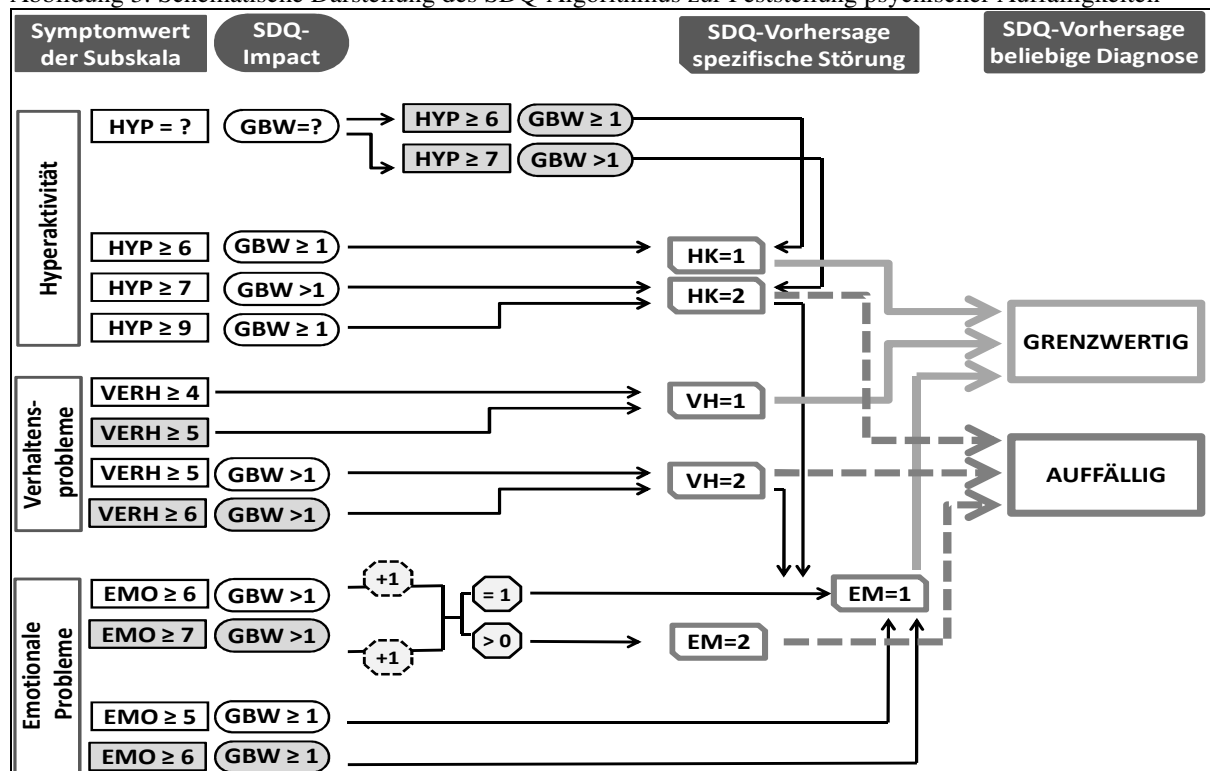
Der **SDQ-Symptomfragebogen** enthält 20 problembezogene Items, von denen jeweils fünf den Subskalen „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“ und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ (auch abgekürzt als „Peer-Probleme“) angehören (71). Eine weitere Skala „prosoziales Verhalten“ erfasst die sozialen Kompetenzen des Jugendlichen. Die teils positiv teils negativ formulierten Items können mit den Antwortoptionen „nicht zutreffend“, „teilweise zutreffend“ oder „eindeutig zutreffend“ beantwortet werden, die in der Auswertung mit den Werten 0, 1 und 2 kodiert werden. Aus allen problembezogenen Items wird ein sogenannter Gesamtproblemwert (GPW) gebildet, indem zunächst die positiv formulierten Items rekodiert und anschließend für die oben aufgeführten Subskalen Skalenscores aufsummiert werden, die wiederum zum GPW addiert werden. Liegen für eine Subskala zwei oder mehr fehlende Werte vor, wird kein Subskalenwert und somit auch kein GPW gebildet. Bei maximal einem Missing pro Subskala wird der fehlende Wert mit 0 kodiert und geht insofern als unauffällige Antwort in Subskalenwert sowie GPW ein. Die resultierenden Werte des GPWs liegen zwischen 0 und 40 und können nach statistisch definierten Grenzwerten den Kategorien „unauffällig“, „grenzwertig“ (oberhalb der 85. Perzentile) oder „auffällig“ (oberhalb der 90. bzw. 92. Perzentile) zugeordnet werden (71,94).

Das **SDQ Impact-Supplement** (280) zur Erfassung der mit den Symptomen einhergehenden Belastung erfragt, ob der oder die Jugendliche Schwierigkeiten in den Bereichen „Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit anderen“ hat. Da die meisten Menschen hier keine Probleme berichten (281), entfallen zumeist alle weiteren Fragen. Werden jedoch „leichte“, „deutliche“ oder „massive Schwierigkeiten“ berichtet, folgen weitere Items. In diesem Fall wird zusätzlich erfragt, inwiefern der oder die Jugendliche unter diesen Problemen leidet und inwiefern mit diesen Problemen Beeinträchtigungen zu Hause, mit FreundInnen, im Unterricht und in der Freizeit einhergehen. Sofern für diese fünf Items wenigstens eine Antwort vorliegt, werden die Antwortoptionen „gar nicht“ (=0), „kaum“ (=0), „deutlich“ (=1) und „schwer“ (=2) zum sogenannten Gesamtbeeinträchtigungswert (GBW) aufsummiert. Dieser erlaubt – wie der GPW – eine Fallklassifikation in drei Kategorien: ProbandInnen mit einem Wert von einem Punkt – also solche mit einer „deutlichen“ Beeinträchtigung in einem der Bereiche – werden als „grenzwertig“ klassifiziert. ProbandInnen mit Werten von zwei Punkten oder darüber, die demnach in wenigstens zwei Bereichen „deutliche“ Schwierigkeiten oder in einem Bereich „schwere“ Beeinträchtigungen aufweisen, gelten als „auffällig“. Für diesen GBW konnte gezeigt werden, dass er den klinischen Status von ProbandInnen valider vorhersagen kann als der GPW (280).

Die beste Vorhersage des klinischen Status ermöglicht jedoch die gemeinsame Verwendung beider Fragebogenteile (85,280). Zur Integration der Informationen aus Symptom- und Impact-Fragebogen sowie der Angaben aus den verschiedenen Beurteilerperspektiven (Selbsturteil, Elternurteil, aber auch LehrerInnenurteil) wurde theoriegeleitet ein Algorithmus entwickelt, der angibt, ob das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose „unwahrscheinlich“, „möglich“ oder „wahrscheinlich“ ist (106,282,283).

In diesen **SDQ-Algorithmus** gehen die Symptomscores der Subskalen „emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“ und „Hyperaktivität“ ein, so dass die drei in multivariaten Datenanalysen am häufigsten identifizierten Hauptkategorien der emotionalen, dissozialen und Hyperaktivitätsstörungen abgebildet werden (24). Sofern in Eltern- oder Selbsturteil für eine der Subskalen ein hoher Symptomwert und eine einhergehende Belastung berichtet wird, zeigt der Algorithmus für die jeweilige Störungsgruppe – sowie auch insgesamt – an, dass das Vorliegen einer (spezifischen) Störung „möglich“ bzw. „wahrscheinlich“ ist (siehe **Abbildung 3**).⁵² Obwohl der Algorithmus in Bezug auf emotionale Störungen sogar eine Komorbiditäts-

Abbildung 3. Schematische Darstellung des SDQ-Algorithmus zur Feststellung psychischer Auffälligkeiten



Graue Felder= Selbsturteil; weiße Felder = Elternurteil; HYP = Subskalenscore Hyperaktivität; VERH = Subskalenscore Verhaltensprobleme; EMO = Subskalenscore emotionale Probleme; GBW = Gesamtbeeinträchtigungswert; HK = Vorhersage Hyperaktivität; VH = Vorhersage Verhaltensstörung; EM = Vorhersage emotionale Störung

⁵² Sonderfälle gibt es in der Hyperaktivitätsskala, bei der das Selbsturteil nur bei fehlendem Elternurteil einbezogen wird, und hinsichtlich der Verhaltensprobleme, bei denen ein hoher Symptomscore auch ohne berichtete Belastung zu einem „grenzwertigen“ Outcome führen kann.

korrektur vorsieht, hat sich die Zuordnung zu einzelnen Störungstypen in Bevölkerungssamples nicht bewährt (282). Das Gesamtergebnis jedoch, das immer eine „mögliche“ bzw. „wahrscheinliche“ Diagnose anzeigt, sofern dies in mindestens einer Subskala der Fall ist, erlaubt eine gute Einschätzung des psychischen Gesundheitszustands eines Probanden bzw. einer Probandin. Bei der folgenden Darstellung der Aussagekraft der Ergebnisse auf Grundlage des SDQ-Algorithmus sowie bei der Präsentation und Diskussion der hier ermittelten Ergebnisse werden die Kategorienbezeichnungen „unauffällig“, „grenzwertig“ und „auffällig“ synonym zu den im englischen Original verwendeten Begriffen „unlikely“, „possible“ und „probable“ verwendet.

Das dreistufige SDQ-Algorithmus Outcome wird in Analysen meist dichotomisiert. Bei der **konservativen Dichotomisierung** wird eine strenge Definition psychischer Auffälligkeiten verwendet, so dass ausschließlich die ProbandInnen mit „auffälligen“ Werten als Fälle gelten und die verbleibenden ProbandInnen („grenzwertig“ und „unauffällig“) als Nicht-Fälle. Bei der **liberalen Dichotomisierung** hingegen werden im Sinne einer weiten Definition psychischer Auffälligkeiten die „grenzwertigen“ und „auffälligen“ ProbandInnen zu einer Problemgruppe zusammengefasst.

4.2.1.2 Aussagekraft hinsichtlich des Vorliegens psychischer Störungen

Eine Erprobung des SDQ-Algorithmus in einem Bevölkerungssample gegenüber einem klinischen Interview als Goldstandard liegt bislang ausschließlich aus Großbritannien vor (106). Hier zeigte eine Anwendung des Algorithmus auf ein großes Bevölkerungssample 5- bis 15-Jähriger auf Grundlage dreier Beurteilerperspektiven (Elternurteil, Selbsturteil und LehrerInnenurteil) für das konservativ dichotomisierte Outcome eine Sensitivität von 63%, eine Spezifität von 95%, einen positiven prädiktiven Wert (PPW) von 53% und einen negativen prädiktiven Wert (NPW) von 96%. Die Aussagekraft des SDQ-Algorithmus sinkt jedoch, wenn – wie in der hier durchgeführten Untersuchung – kein LehrerInnenurteil vorliegt. Ohne dieses Urteil betrug die Sensitivität in dem englischen Bevölkerungssample nur noch 41%, wobei emotionale Störungen deutlich besser entdeckt wurden als bspw. ADHS oder oppositionelles Verhalten (Sensitivität 63% bzw. 45% und 48%). Lag ausschließlich ein Elternbericht oder ausschließlich ein Selbstbericht vor, sank die Sensitivität des SDQ-Algorithmus bei den 11- bis 15-Jährigen erheblich auf nur noch 34% bzw. 16% (106). Obwohl das Selbsturteil nur von beschränkter Aussagekraft ist, gilt sein Einbezug jedoch als wichtig, da ein Verzicht mit einem Verkennen einiger emotionaler Störungen einherginge (106).

In dieser Arbeit kann der Umstand, dass die meisten Falsch-Negativen in dem oben beschriebenen Test des Algorithmus auf die Mittelkategorie entfielen, genutzt werden, um bessere Sensitivitätswerte zu erreichen (106). Eine eigene Berechnung zur diagnostischen Güte auf Grundlage selbiger Publikation zeigte, dass bei einer liberalen Dichotomisierung des Outcomes eine Sensitivität von 87% und eine Spezifität von 76% erreicht werden kann (PPW= 26%, NPW= 98%). Diese Zunahme an Sensitivität erscheint hier trotz der Reduktion der Spezifität und des stark abnehmenden PPWs wünschenswert, da auf diese Weise die hier interessierende und für Präventionsmaßnahmen relevante Risikogruppe maximal identifiziert werden kann. Da die zitierte Publikation nicht genügend Informationen enthält, um Sensitivität und Spezifität einer liberalen Dichotomisierung bei fehlendem LehrerInnenurteil berechnen zu können, ist hier leider keine genauere Bestimmung der damit einhergehenden Verluste hinsichtlich der Aussagekraft des SDQ-Algorithmus-Ergebnisses möglich.

Auch wenn obige Angaben zeigen, dass die Ergebnisse des SDQs vorsichtig zu interpretieren sind, sind derlei Defizite hinsichtlich des prognostischen Werts beim Identifizieren psychischer Auffälligkeiten durch Fragebogeninstrumente kaum vermeidbar. Wie unter 2.2.3. bereits beschrieben, ist derzeit kein international bewährtes Verfahren verfügbar, das bei vergleichbarer Praktikabilität ebenso gute Ergebnisse erbringen kann. Für die Eignung des SDQs zur Untersuchung epidemiologischer Fragestellungen in einem internationalen Kontext spricht neben seiner Kürze auch seine Mehrdimensionalität, die – bspw. im Gegensatz zur CBCL – eine Aussage über die allgemeine psychische Auffälligkeit Heranwachsender ermöglicht, ohne mehrere Verfahren zur Erfassung der vielfältigen Störungsarten und Beeinträchtigungen einsetzen zu müssen. Die vielen Untersuchungen zu den Eigenschaften des SDQs ermöglichen zudem eine Interpretation seiner Ergebnisse auf einer guten empirischen Grundlage. Die erfolgreiche Anwendung des ursprünglich für englische Stichproben entwickelten prädiktiven Algorithmus in Bangladesch zeigt eine „interkulturelle Robustheit“ des SDQ-Algorithmus (282). Der Algorithmus bietet zudem den Vorteil, dass sich sein Ergebnis auf den klinischen Status bzw. den Behandlungsbedarf richtet, so dass er im Gegensatz zu anderen quantitativen Instrumenten (41) auch für die Versorgungsplanung relevante Ergebnisse erbringen kann.

Auf Basis dieser Überlegungen werden im Folgenden die Raten nach dem liberal definierten SDQ-Algorithmus herangezogen, um eine für Präventionsmaßnahmen ansprechbare Risikogruppe zu identifizieren, die belastende Probleme des Verhaltens und Erlebens jedoch mehrheitlich keine klinische Störung aufweist. Die konservativ definierten Raten werden hingegen ausschließlich zur Schätzung der Auftretenshäufigkeit psychischer Störungen verwendet.

4.2.2 Der sozioökonomische Status auf individueller Ebene: Family Affluence Scale

Der sozioökonomische Status wurde mit Hilfe der Family Affluence Scale (FAS, 156,284) erfasst, deren Einsatz sich bereits in der WHO-Jugendgesundheitsstudie seit 1993/1994 bewährt hat. Da Heranwachsende oft keine reliablen Angaben über den beruflichen Status und noch weniger über das Einkommen ihrer Eltern machen können und zudem in der heutzutage größeren Vielfalt an Familienformen oft unklar ist, welcher (Stief-)Elternteil für das Einschätzen des sozioökonomischen Status relevant ist (155,156,285), erfragt die FAS einfach und eindeutig beurteilbare Merkmale materiellen Wohlstands. In der aktuellen Version aus der WHO-Jugendgesundheitsstudie 2000/01 (284) erfasst die Skala vier Merkmale, und zwar

- (A) ob die Familie kein (=0), ein (=1) oder mehrere Autos (=2) besitzt,
- (B) ob der bzw. die Jugendliche über ein eigenes Zimmer verfügt (nein=0, ja=1),
- (C) ob die Familie im letzten Jahr nie (=0), einmal (= 1) oder häufiger (=2) im Urlaub war
- (D) und ob die Familie keinen (=0), einen (=1) oder mehrere (=2) Computer besitzt.

Aus den Angaben wird ein Gesamtscore aufsummiert, der wiederum in die drei ordinalen Kategorien niedrigen (0-3 Punkte), mittleren (4-5 Punkte) und hohen (6-7 Punkte) Wohlstands unterteilt werden kann. Die Iteminhalte verdeutlichen jedoch auch, dass diese Art der SES-Erfassung eine regelmäßige Überprüfung der Aussagekraft und ggf. eine Anpassung der erfragten Indikatoren erfordert. So bestand die FAS auch zunächst nur aus den ersten drei der oben aufgeführten Items, die aus zuvor bereits in Studien zur gesundheitlichen Ungleichheit eingesetzten Deprivations-Skalen entnommen wurden (286,287). Nachdem diese FAS I in der WHO-Jugendgesundheitsstudie hohe Responseraten und wünschenswerte Verteilungscharakteristika erzielte, wurde für den Survey 2000/01 das Item zur Anzahl der Computer ergänzt (FAS II). Dieses kann aufgrund deutlicher Assoziationen mit dem Haushaltseinkommen insbesondere innerhalb reicherer Länder verschiedene Wohlstandsgruppen besser differenzieren (284). Durch die größere Verbreitung von Computern wird aber wohl auch dieses Item zukünftig an Aussagekraft verlieren. Neben dieser Zeitabhängigkeit weist die FAS noch weitere Limitationen auf. So lässt sie Stadt-Land-Unterschiede in Hinblick auf den Besitz eines Autos und kulturelle Unterschiede hinsichtlich der Bedeutung von „Urlaub“ (Dauer, Distanz) sowie hinsichtlich des Wohnens (gemeinsame vs. „eigene“ Zimmer) unberücksichtigt (284,288). Nichtsdestotrotz liegen für beide Versionen der FAS belastbare Daten vor, die sie als validen Indikator des familiären Wohlstands ausweisen. So korreliert sie mit anderen SES-Maßen wie bspw. der elterlichen Beschäftigung (156, 150) und kann auf

individueller Ebene gesundheitliche Ungleichheiten abbilden (siehe u.a. 149,156,174, 285). Für die FAS II wurden wie zuvor für die FAS I sehr geringe Anteile fehlender Werte beobachtet (< 3%, 149).⁵³ Aufgrund ihrer größeren Nähe zum Lebensalltag der Jugendlichen wurde auch bereits eine Überlegenheit der FAS gegenüber Maßen wie dem Einkommen oder der sozialen Position der Eltern diskutiert (288). Auch die im Gegensatz zu Maßen der sozialen Position bessere länderübergreifende Vergleichbarkeit ihrer Inhalte wird geschätzt (150).

4.2.3 Der sozioökonomische Status auf Länderebene: Makroindikatoren

Als Indikatoren des gesamtgesellschaftlichen Wohlstands, in dem Jugendliche heranwachsen, wurden in dieser Analyse verschiedene, in offiziellen Statistiken der Vereinten Nationen und ihrer Unterorganisationen publizierte Maße herangezogen. Neben den in der Folge beschriebenen *Indikatoren des gesellschaftlichen Wohlstands* (Family Affluence Scale, Bruttoinlandsprodukt und weitere) werden auch *Indikatoren der gesellschaftlichen Verteilung* dieses Wohlstands (Gini-Koeffizient, Quotienten der Teilhabe am Wohlstand) eingeführt.

Family Affluence Scale: Da sich die FAS nicht nur bei der Erfassung des individuellen SES (siehe 4.2.2) sondern auch als aggregiertes Maß bewährt hat, wurde der Anteil Heranwachsender mit niedriger FAS zudem als Makroindikator verwendet. Die hohen Korrelationen der FAS mit dem Pro-Kopf-Bruttoinlandsprodukt (BIP) auf Länderebene (178,288) sowie ihre im Vergleich mit dem Pro-Kopf-BIP stärkeren Assoziationen mit Gesundheitsindikatoren auf Populationsebene (288) belegen ihre Kriterien- und Konstruktvalidität als ökonomischer Makroindikator (178). Die in detaillierten Analysen festgestellte Limitation der Skala, dass sich der relative Beitrag der einzelnen Items zum Gesamtskalenwert in verschiedenen Ländern unterscheidet, stellt dabei keine Beeinträchtigung in Hinblick auf die hier geplante Untersuchung dar (289). Der Anteil Heranwachsender, die gemäß FAS einen niedrigen familiären Wohlstand aufweisen, lässt sich einerseits aus den eigenen Zahlen ermitteln, wurde für das Jahr 2001 jedoch auch in einem UNICEF-Report publiziert (290).

Bruttoinlandsprodukt (BIP): Auch das als klassischer Indikator der Wirtschaftsleistung geltende BIP (pro Kopf der Bevölkerung), das Armuts-Reichtums-Vergleiche von Volkswirtschaften erlaubt, wird hier herangezogen. Dabei werden Kaufkraftparitäten (KKP) berück-

⁵³ Für Maße, die auf Angaben zur elterlichen Beschäftigung beruhen können hingegen nicht selten bis zu 20% der Antworten nicht verwertet werden (285).

sichtigt, d.h. ein an der Kaufkraft der Währungen orientierter Umrechnungsfaktor, der ein Konvertieren der in nationalen Währungen dargestellten BIPs unabhängig von schwankenden Wechselkursen ermöglicht (291). Die entsprechenden länderspezifischen BIP-Werte für das Jahr 2003 wurden dem Human Development Bericht der Vereinten Nationen (United Nations Development Programme, UNDP) von 2005 entnommen (292).

Weitere Indikatoren: Als weitere Indikatoren dafür, wie sich die ökonomische Gesamtsituation eines Landes insbesondere für Heranwachsende darstellt, wurden dem UNICEF-Bericht von 2007 zusätzlich folgende auf Länderebene aggregierte Daten entnommen: (a) der Anteil von Haushalten mit Eltern im Arbeitsalter ohne ein arbeitendes Elternteil sowie (b) der Anteil von 0- bis 17-Jährigen, die in Haushalten mit einem Verdienst von weniger als 50% des Medianeinkommens leben (290). Weiterhin wurde der Anteil 15- bis 19-Jähriger, die 2003 nicht in Ausbildung oder Beschäftigung waren (290) sowie der im Human Development Report von 2003 berichtete Anteil 15- bis 24-Jähriger ohne Job in 2001 herangezogen (293). Während die ersten Maße eher das Ausmaß von Wohlstand bzw. Deprivation indizieren, bilden die letztgenannten eher den potentiell mit schlechten Perspektiven einhergehenden Stress ab.

Gini-Koeffizient: Der Gini-Index wurde dem Human Development Report von 2003 entnommen, der sich auf Zahlen der Weltbank von 2003 bezieht (293). Der Gini-Index beschreibt das Ausmaß, in dem die Einkommens- (bzw. Konsum-) Verteilung zwischen den Individuen bzw. Haushalten eines Landes von einer perfekten Gleichverteilung abweicht. Beginnend mit dem ärmsten Individuum bzw. Haushalt werden durch eine Lorenz-Kurve die kumulativen Prozentsätze des Gesamteinkommens gegen die kumulativen Prozentsätze der Empfänger abgetragen. Der Gini-Index beziffert das Verhältnis der Fläche zwischen der Lorenz-Kurve und der 45°-Linie völliger Gleichheit zur Gesamtfläche unterhalb der hypothetischen 45°-Linie. Seine Werte bewegen sich somit zwischen 0 und 100, wobei der niedrigste Wert völlige Gleichheit und der höchste Wert vollständige Ungleichheit indiziert. Der Index gewichtet die mittleren Einkommensgruppen stärker und die Extreme weniger (293).

Quotienten der Teilhabe am Wohlstand: Extreme in einer von einer Gleichverteilung abweichenden Einkommensverteilung kommen stärker in den ebenfalls regelmäßig durch die Vereinten Nationen berichteten Kennwerten zum Tragen, die das Verhältnis des Einkommensanteils der reichsten 10% bzw. 20% zu dem der ärmsten 10% bzw. 20% der Bevölkerung beziffern. Die den hier verwendeten Kennzahlen aus dem Human Development Report 2003 zugrundeliegenden Daten zu individuellen bzw. Haushaltseinkommen werden jeweils national repräsentativen Surveys entnommen (293).

4.2.4 Das Befinden in den Lebenswelten: die KIDSCREEN-Skalen

Alle im Datensatz enthaltenen Variablen wurden unter inhaltlichen Gesichtspunkten auf die Möglichkeit ihrer Verwendung als Indikatoren für das Wohlbefinden der Jugendlichen in einem der drei zu untersuchenden Bereiche (Schule, Familie, Gleichaltrige) hin bewertet. Ein weiteres Kriterium bei der Sichtung der Items und Skalen war ihr Einsatz in möglichst vielen der in den Survey einbezogenen Länder. Zudem wurde der Einbezug von im Selbsturteil vorliegenden Instrumenten angestrebt, da bereits Achtjährige in der Lage sind, reliable und valide Angaben zu ihrem Befinden in verschiedenen Lebensbereichen zu machen, und insbesondere bei Jugendlichen die Verwendung elternberichteter Daten zum subjektiven Befinden in sozialen Lebenswelten eine Fehlerquelle bildet (294). Darüber hinaus sollten Skalen gegenüber Einzelitems bevorzugt werden, da sie eine reliablere Messung erlauben (104).

Auf Grundlage dieser Kriterien fiel die Wahl auf vier Subskalen des KIDSCREEN-Fragebogens, die neben ihrer inhaltlichen Relevanz den Vorteil bieten, dass sie in allen Ländern des Surveys eingesetzt und getestet wurden und eine kulturübergreifend vergleichbare Messung ohne nennenswertes Differential Item Functioning ermöglichen (278,295). Jeweils eine der in die folgenden Analysen einbezogenen vier Skalen erscheint gut als Operationalisierung der Lebenswelten Schule und Familie geeignet. Der Lebensbereich der Gleichaltrigengruppe wird mit Hilfe zweier verschiedener Subskalen des KIDSCREEN-Instruments operationalisiert, von denen eine die Qualität vorhandener Freundschaftsbeziehungen erfasst, während eine andere Skala belastende negative Erfahrungen mit Gleichaltrigen erfragt.

Alle Items der hier beschriebenen Skalen weisen ein einheitliches fünfstufiges Antwortformat mit intensitätsbezogenen (überhaupt nicht/ ein wenig/ mittelmäßig/ ziemlich/ sehr) bzw. frequenzbezogenen (nie/ selten/ manchmal/ oft/ immer) Antwortmöglichkeiten auf. Das Scoring der Skalenwerte erfolgt mit Hilfe einer durch die KIDSCREEN-Studiengruppe publizierten Syntax, die den – ggf. nach Rekodierung – aufsummierten Itemwerten zwischen 1 und 5 die entsprechenden Schätzungen von Rasch-Personen-Parametern aber auch T-Werte zuweist (278). Die T-skalierten Skalen mit einem Mittel (m) von 50 und einer Standardabweichung (SD) von 10 beziehen sich auf die mit Hilfe des gesamten KIDSCREEN-Survey-Samples ermittelten europäischen Normwerte, d.h. auf ein Altersspektrum zwischen 8 und 18 Jahren.

Für den **Bereich „Schule“** kann aus den Daten die KIDSCREEN-Subskala „Schulisches Umfeld“ herangezogen werden. Diese Skala enthält sechs Items, die erfragen, inwiefern der oder die Jugendliche gerne zur Schule gegangen ist, dort glücklich gewesen ist, gut

zurecht gekommen ist und gut aufpassen konnte bzw. wie er oder sie mit den LehrerInnen zurecht kommt und wie zufrieden er oder sie mit diesen ist. Die hiermit in einem Gesamtscore zum schulischen Wohlbefinden integrierten Informationen umfassen demnach die unter 2.5.1 beschriebenen, für die psychische Gesundheit relevanten Aspekte des Zurechtkommens mit schulischen Leistungsanforderungen, Schulstress bzw. -freude sowie die Beziehungen zum Lehrpersonal. Auch wenn das Klima unter den MitschülerInnen durch diese Skala nicht direkt erfragt wird, kann diesbezüglich angenommen werden, dass es sich im Gesamtscore widerspiegelt (bspw. vermittelt durch Angaben zu Items wie „Bist du in der Schule glücklich gewesen?“). Die interne Konsistenz der Skala betrug für das europäische KIDSCREEN-Sample $\alpha = 0.87$ (278).

Im **Bereich „Familie“** wurde die KIDSCREEN-Subskala „Beziehung zu Eltern & Zuhause“ für geeignet befunden. Sie beinhaltet sechs Items, die die Beziehung zu den Eltern und die Atmosphäre im Elternhaus beschreiben. So berichten die Kinder, ob sie sich geliebt, verstanden und gerecht behandelt fühlen, inwiefern sie den Eindruck haben, dass die Eltern für sie verfügbar sind und ob sie sich zu Hause wohl fühlen. Auch diese Items erfassen demnach für die psychische Entwicklung wesentliche Aspekte des Familienlebens, wie das Erfahren von Liebe und Wertschätzung, Zuverlässigkeit sowie eine adäquate innerfamiliäre Kommunikation. Die interne Konsistenz der Skala betrug für das europäische KIDSCREEN-Sample $\alpha = 0.89$ (278).

Im **Bereich „Integration in die Gleichaltrigengruppe“** wurde die KIDSCREEN-Subskala „Gleichaltrige & soziale Unterstützung“ für geeignet befunden, um **Freundschaften** und die hierdurch vorhandene soziale Unterstützung zu erfassen. In den sechs Items berichten die Befragten zum einen, wie viel Zeit sie mit FreundInnen verbringen, und zum anderen, auch wie sich diese Freundschaften gestalten, z.B. inwiefern sie sich durch FreundInnen unterstützt fühlen und eine vertrauensvolle Beziehung zu ihnen haben. Hier wird die für die psychische Gesundheit bedeutsame soziale Unterstützung durch Peers folglich direkt erfasst. Die interne Konsistenz der Skala betrug für das europäische KIDSCREEN-Sample $\alpha = 0.85$ (278).

Um mögliche negative Einflüsse von Gleichaltrigen-Beziehungen im Sinn von **Bullying** zu erfassen, wurde die KIDSCREEN-Subskala „Soziale Akzeptanz (Bullying)“ für geeignet befunden. Diese Skala beinhaltet drei Items, in denen die Befragten berichten, ob sie Angst vor Gleichaltrigen hatten und ob sie Opfer von Hänseleien und Schikanen geworden sind. Die interne Konsistenz der Skala betrug für das europäische KIDSCREEN-Sample $\alpha = 0.77$ (278).

4.3 Statistische Analyse

Allgemeines Vorgehen: Alle Analysen werden unter Einbezug aller Länder durchgeführt, sofern die jeweiligen Daten vorliegen. Aufgrund fehlender SDQ-Daten in Irland und fehlender Daten zum familiären Wohlstand in Schweden, werden diese Länder von den betroffenen Analysen ausgeschlossen.

Alle Analysen wurden unter Verwendung von SPSS 15 durchgeführt und basieren auf der Annahme einfacher Zufallsstichproben in den einzelnen Ländern, obwohl teilweise (EL, HU, IE, SE, PL) schulbasierte Cluster-Samplings verwendet wurden.⁵⁴ Dieses Vorgehen kann für die betroffenen Länder zwar Verzerrungen der Analyseergebnisse bewirken (durch Unterschätzung der Varianz kleinere Konfidenzintervalle und ggf. fälschlicherweise signifikante Ergebnisse sowie Überschätzung der Effektgrößen), ist jedoch alternativlos, da die für eine Korrektur notwendigen Informationen zu den Auswahlwahrscheinlichkeiten der Cluster nicht vorlagen. Dieser Umstand wird bei der Diskussion der Ergebnisse jedoch berücksichtigt.

Stichprobenbeschreibung: Für die Stichprobenbeschreibung werden Häufigkeitsauswertungen für die Ländersamples und die Gesamtstichprobe vorgenommen (Samplegrößen, Geschlechtsverteilung). Mittelwerte und Standardabweichungen des Alters der TeilnehmerInnen werden ermittelt, sowie Altersunterschiede zwischen Mädchen und Jungen mittels t-Tests für unabhängige Stichproben überprüft. Um die Relevanz der Lebenswelt Schule für die Befragten zu prüfen, wird ermittelt, wie viele von ihnen noch die Schule besuchen.

Psychometrische Qualität der Erhebungsinstrumente: Um Hinweise auf mögliche Beschränkungen der interkulturellen Verwendbarkeit der Fragebogeninstrumente zu erlangen, werden Häufigkeitsauswertungen zur Anzahl fehlender Werte in den einzelnen Ländern vorgenommen. Weiterhin wird der Range der länderspezifischen internen Konsistenzen der verwendeten Skalen betrachtet und geprüft, inwiefern diese das für Gruppenvergleiche erforderliche Niveau von $\alpha = 0.7$ einhalten (104).

Um die Eignung des Strengths and Difficulties Questionnaires zur interkulturellen Erfassung psychischer Auffälligkeiten zu untersuchen, wird mit Hilfe explorativer Faktorenanalysen die Gültigkeit des zugrunde liegenden Modells in den in die Untersuchung einbezogenen Ländern überprüft. Um zu testen, inwiefern die Items der fünf Subskalen ihre höchsten Faktorladungen

⁵⁴ Die in einigen Ländern vorgenommene Schichtung der Stichprobe ist insofern vernachlässigbar, als hier kein Oversampling vorgenommen wurde, sondern lediglich die einzelnen Schichten ihrem Anteil in der Bevölkerung entsprechend berücksichtigt wurden.

tatsächlich auf einem der jeweiligen Skala zugrundeliegenden Faktor aufweisen, werden in Bezug auf Eltern- wie Selbstberichts-Version für jedes Land, sowie für die nach Geschlecht stratifizierten Ländersamples Varimax-rotierte Hauptkomponenten-Faktorenanalysen unter Vorgabe von fünf Faktoren durchgeführt. Da sich die Varimax-Rotation am Kriterium der Varianzmaximierung der Itemladungen über die verschiedenen Faktoren orientiert und auch inhaltlich sehr verschiedene Faktorenlösungen dieses mathematische Kriterium ähnlich gut erfüllen können, kann dieser Ansatz stärkere kulturelle Unterschiede in der faktoriellen Struktur suggerieren als bspw. explizit konfirmatorische Überprüfungen mittels entsprechender Verfahren (z.B. linearer Strukturgleichungsmodelle) (296). Aber auch wenn diese Vorgehensweise nur eine Annäherung an die Prüfung der kulturellen Invarianz des Messmodells des SDQs darstellt, ermöglicht sie doch die beste Vergleichbarkeit mit vielfältigen Publikationen zum SDQ (z.B. 55,57,84,85,94,95,98).⁵⁵ Die einhergehenden Einschränkungen werden bei der Interpretation der entsprechenden Ergebnisse berücksichtigt.

Zur Feststellung möglicher kulturspezifischer Unterschiede in der Bedeutsamkeit erhöhter SDQ-Subskalenscores (als Basis des SDQ-Algorithmus) werden die Assoziationen zwischen beobachteten erhöhten Symptomscores einerseits und dem Berichten einer einhergehenden Belastung andererseits mit Hilfe länderspezifischer logistischer Regressionsanalysen ermittelt. Hierbei werden die liberal dichotomisierten (unauffällig vs. grenzwertig und auffällig) Skalenscores der in den SDQ-Algorithmus einbezogenen Subskalen (emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität) als Prädiktoren zur Vorhersage des ebenfalls liberal dichotomisierten Impact-Scores verwendet. Zusätzlich wird als Prädiktor im Sinne eines zusammenfassenden Maßes die Angabe herangezogen, inwiefern in wenigstens einer der drei Subskalen ein nach liberaler Dichotomisierung auffälliger Symptomscore vorliegt.

Datengrundlage: Neben möglichen kulturspezifischen Unterschieden beim Ausfüllen der Fragebögen wird in Hinblick auf die verschiedenen Samplingstrategien auch die Datenvollständigkeit für alle Instrumente geprüft – also ermittelt, für wie viele ProbandInnen keinerlei Angaben (d.h. ausschließlich Missings) auf einem Instrument vorliegen. Da der SDQ-Algorithmus Angaben aus vier verschiedenen Quellen einbezieht (Symptomfragebogen und Impact in Eltern- und Selbstbericht) und das Fehlen verschiedener Angaben unterschiedliche Auswirkungen auf seine Aussagekraft hat, wird auch gesondert dargestellt, auf welchen Kombinationen von Datenquellen das Outcome „psychische Auffälligkeit“ in den verschiedenen Ländern beruht.

⁵⁵ Zudem ginge eine konfirmatorische Testung der kulturellen Invarianz weit über das Anliegen dieser Arbeit hinaus und wird Gegenstand zukünftiger Forschungsarbeiten der KIDSCREEN Studiengruppe sein.

Verteilung und Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten: Hinsichtlich potentieller Unterschiede der Raten psychischer Auffälligkeiten nach Ländern, Geschlecht, Altersgruppen (in Jahren) und FAS-Score wird zunächst mit Hilfe von $k \times \ell$ χ^2 -Tests jeweils geprüft, inwiefern sich die k Gruppen (zwölf Länder, zwei Geschlechter, sieben Altersgruppen bzw. acht FAS-Scores) gleichförmig (Nullhypothese) oder verschieden (Alternativhypothese) auf die $\ell = 3$ Ausprägungen des Merkmals „psychische Auffälligkeit“ verteilen, wobei die empirischen Randsummenverteilungen als erwartete Häufigkeiten genutzt werden (296).⁵⁶ Als Effektmaß wird Cramer-V berechnet, das im Fall von Vierfeldertabellen in den ϕ -Koeffizienten übergeht.⁵⁷ Diese Maße können grundsätzlich in Orientierung an den für Korrelationskoeffizienten empfohlenen Grenzwerten von 0.1, 0.3 und 0.5 als Untergrenzen für kleine, mittlere und große Effekte interpretiert werden (297).⁵⁸

Um Länderunterschiede in der Chance Jugendlicher, psychisch auffällig zu sein, quantifizieren zu können, werden binär logistische Regressionsanalysen des liberal wie auch des konservativ dichotomisierten SDQ-Outcomes auf eine dummykodierte Ländervariable unter Verwendung von Abweichungskontrasten durchgeführt, so dass die Ergebnisse als Abweichungen vom ungewichteten Mittel interpretiert werden können.

Auf Länderebene erfolgt neben der Auswertung der liberal und konservativ dichotomisierten SDQ-Algorithmus-Ergebnisse auch eine Schätzung der Häufigkeit klinisch relevanter psychischer Störungen. Diese basiert auf den hier ermittelten konservativ definierten Raten, die unter Berücksichtigung des publizierten (106) positiven prädiktiven Werts (PPW) von 53% und des negativen prädiktiven Werts (NPW) von 96% korrigiert werden. Die hier verwendete Korrekturformel $= \text{Fälle} * \text{PPW} + \text{Nicht-Fälle} * (1 - \text{NPW})$ reduziert hierfür die Anzahl der ermittelten Fälle um die anzunehmende Rate der Falsch-Positiven, ermittelt mit Hilfe des NPWs aus den Nicht-Fällen die Häufigkeit der Falsch-Negativen und addiert beide Schätzungen zu einer korrigierten Prävalenzrate.

⁵⁶ Um Ländervergleiche hinsichtlich der Verteilung des familiären Wohlstands vornehmen zu können, wurde zudem eine Deskription der Verteilungen vorgenommen sowie ein Kruskal-Wallis-Test durchgeführt.

⁵⁷ Während der ϕ -Koeffizient χ^2 lediglich durch n teilt und radiziert ($\phi = \sqrt{\chi^2/n}$), steht bei Cramers V das n multipliziert mit dem kleineren Wert der um 1 verminderten Zeilen oder Spaltenzahl im Nenner (Cramers $V = \sqrt{\chi^2/n * \min(\text{Spalten}-1, \text{Zeilen}-1)}$). Da χ^2 diesen Wert nicht überschreiten kann, hat Cramer-V einen einheitlichen Wertebereich von 0 bis 1.

⁵⁸ Da der Maximalwert von 1 nur unter bestimmten Bedingungen werden kann, wäre theoretisch auch eine leichte Korrektur dieser Grenzen in der Ergebnisinterpretation (auf 0.1, 0.25 und 0.4) möglich. Da diese Effektgrößen letztlich aber ohnehin nicht mehr als sehr grobe Hinweise auf länderspezifische Unterschiede geben können, sollten zur Quantifizierung der Unterschiede jedoch vielmehr die in der Folge beschriebenen detaillierteren Analysen herangezogen werden.

Neben den Länderunterschieden werden – stratifiziert nach Ländern – auch die Unterschiede in den Prävalenzraten nach Geschlecht, Alter und SES in binär logistischen Regressionsanalysen getestet, hier jedoch mit Indikatorkontrasten, bei denen die Mädchen, die Zwölfjährigen bzw. die Jugendlichen mit hohem SES als Referenzgruppe dienen. Grundsätzlich erfolgt in allen Analysen eine Kodierung des Geschlechts mit Mädchen=0 und Jungen=1, so dass die Mädchen die Referenzgruppe bilden. Da die FAS kein Intervallskalenniveau aufweist, wurde sie für die Regressionsanalysen mit den drei Kategorien „niedriger SES“, „mittlerer SES“ und „hoher SES“ dummy-kodiert, wobei die letzte Kategorie die Referenzgruppe bildet.

Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten auf Makroebene: Um mögliche Zusammenhänge zwischen der psychischen Gesundheit und ökonomischen Indikatoren auch auf Makroebene betrachten zu können, wurden die länderspezifischen liberal und konservativ definierten Raten psychischer Auffälligkeiten bzw. die länderspezifischen Assoziationen zwischen individuellem SES und psychischer Gesundheit einerseits und Indikatoren (der Verteilung) des gesellschaftlichen Wohlstands andererseits in Grafiken gegeneinander abgetragen. Zudem wurde ein gesonderter Datensatz erstellt, in dem jedes Land einen „Fall“ bildete. Auf dieser Grundlage konnten die interessierenden Assoziationen zwischen Indikatoren des *Ausmaßes* bzw. der *Verteilung* des Wohlstands einer Gesellschaft (z.B. Pro-Kopf-BIP oder Gini-Index, siehe 4.2.3) einerseits und den Raten psychischer Auffälligkeiten andererseits mit Hilfe von Korrelationskoeffizienten nach Pearson auch quantifiziert werden. Aufgrund der mit der niedrigen Anzahl statistischer Einheiten (n=11 bzw. 12) einhergehenden geringen Teststärke, hat diese Betrachtung jedoch eher deskriptiven Charakter.⁵⁹

Um der Kritik von möglicherweise ausschließlich durch individuelle SES-Effekte bedingte Assoziationen auf Makroebene (193,194) gerecht zu werden, wurden über das oben beschriebene, an Wilkinson & Pickett (188) orientierte Vorgehen hinaus zusätzlich Gewichtungen der länderspezifisch verschiedenen Anteile von Jugendlichen mit niedrigem, mittlerem und hohem SES auf ein europäisches Mittel vorgenommen und die Länderraten psychischer Auffälligkeiten auf dieser Grundlage neu ermittelt. Unter Rückgriff auf diese Raten ermittelte Assoziationen auf Makroebene können demnach als weitgehend unverzerrt durch individuelle SES-Effekte betrachtet werden und lassen eher Rückschlüsse auf reine Makroebenen-Effekte zu.

⁵⁹ Grundsätzlich ist es im Rahmen dieser Arbeit kaum möglich, die Effekte der Individual- klar von denen der Makroebene abzugrenzen. Hierfür wären Mehrebenenanalysen nötig, die jedoch wegen der wenigen Aggregations-einheiten (zwölf Länderstichproben) und der damit verbundenen Unzuverlässigkeit der Schätzung der Verteilung der Individualebenen-Koeffizienten über die Länder nicht durchgeführt wurden (298,299).

Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten - Basistabelle: Nach der oben beschriebenen Prüfung der bivariaten Zusammenhänge zwischen Alter, Geschlecht und SES einerseits und psychischen Auffälligkeiten andererseits (auf individueller Ebene) werden in binär logistischen Regressionsanalysen (länderspezifisch sowie für den Gesamtdatensatz) all diese Faktoren sowie mögliche Wechselwirkungen gemeinsam einbezogen und in einer *für die weitere Arbeit grundlegenden Tabelle* dargestellt. Die Variablen Geschlecht, Alter und FAS werden unabhängig davon, ob sie einen signifikanten Beitrag zur Erklärung des Outcomes beisteuern oder nicht, in allen Ländern grundsätzlich als Prädiktoren aufgenommen, da sie in den später auf dieser Analyse aufbauenden Auswertungen wichtige Kontrollvariablen darstellen.⁶⁰ Wechselwirkungen werden hingegen nur in das Modell aufgenommen, wenn sie einen signifikanten Beitrag zur Erklärung psychischer Auffälligkeiten liefern ($p < 0.05$). Um Multikollinearitätsprobleme beim Testen von Wechselwirkungstermen zu vermeiden, wird die Altersvariable vor Einbezug in die Regression grundsätzlich zentriert. Dabei werden in länderspezifischen Analysen die länderspezifischen Mittelwerte verwendet. In der länderübergreifenden Analyse wird die Altersvariable unter Berücksichtigung des Gesamtmittelwerts zentriert (Werte siehe **Tabelle 3**).

Ermittlung der populationsattributablen Risiken: Auf Grundlage der in dieser *grundlegenden Tabelle* aufgeführten Odds Ratios für einen niedrigen familiären Wohlstand wurden in der Folge die populationsattributablen Risiken (PAR) ermittelt. Dieses teilweise auch als ätiologische oder attributable Fraktion bezeichnete Maß wird klassischerweise auf Grundlage des Relativen Risikos (RR) mit Hilfe der Levin'schen Formel $PAR = (p \cdot (RR - 1)) / (p \cdot (RR - 1) + 1)$ ermittelt, wobei p den Anteil der Population bezeichnet, die dem Risikofaktor ausgesetzt ist (300,301). Das insbesondere bei Verwendung logistischer Regressionsanalysen übliche Vorgehen, anstelle des Relativen Risikos das Odds Ratio zur Berechnung populationsattributabler Risiken zu verwenden, konnte hier nicht angewendet werden, da unter der Bedingung der hohen Prävalenz psychischer Auffälligkeiten ein OR keine geeignete Approximation eines RRs mehr darstellt und größere Verzerrungen der Ergebnisse befürchtet werden müssten. Um derlei Probleme zu vermeiden, wurde vor der Berechnung der PARs die von Zhang & Yu (302) publizierte Korrekturformel zur Approximation Relativer Risiken durch Odds Ratios bei hohen Prävalenzen angewendet: $RR = OR / ((1 - P_0) + (P_0 \cdot OR))$, wobei P_0 die Prävalenz unter den Nicht-Exponierten (also hier der Jugendlichen mit hohem familiärem Wohlstand) bezeichnet.

⁶⁰ Da sich die anderen Koeffizienten durch die Aufnahme des in mehreren Ländern nicht signifikanten Prädiktors FAS nicht verändern, wird die Aufnahme des überflüssigen Prädiktors als vertretbar erachtet.

Verteilung der Wohlbefindensmaße nach Land, Geschlecht und Alter: Zur Feststellung von **Länderunterschieden** im Wohlbefinden in den Lebenswelten Schule, Familie und Gleichaltrigengruppe werden Kovarianzanalysen für die Mittelwerte der entsprechenden KIDSCREEN-Skalen unter Kontrolle für ggf. abweichende Geschlechtsverteilungen durchgeführt. **Geschlechtsunterschiede** im Befinden im jeweiligen Lebensbereich wurden für jedes Land und den Gesamtdatensatz mit Hilfe von Varianzanalysen geprüft. Da das Alter mit den Wohlbefindensmaßen meist nicht linear assoziiert war, wurde in diesen Analysen auf eine Kontrolle für das Alter verzichtet. Für die Darstellung der **Beziehungen zwischen dem Alter und den Wohlbefindensmaßen** werden darum auch lediglich die Ergebnisse der graphischen Überprüfung beschrieben und nur für die Subgruppen mit linearer Assoziation Regressionskoeffizienten berichtet. Für alle (Ko)varianzanalysen wird als Effektmaß das partielle η^2 (multipliziert mit 100) als Maß der prozentualen Varianzaufklärung berichtet. Gemäß den Leitlinien von Cohen (1988;297) werden η^2 –Werte als klein (1.0% bis <5.9%), mittel (5.9% bis <13.8%) und groß (> 13.8%) interpretiert. Zusätzlich wurde das anschaulichere Effektmaß Cohen's d berechnet, das Mittelwertsunterschiede in Einheiten gepoolter Standardabweichungen ausdrückt.

Bedeutung der Wohlbefindensmaße für psychische Auffälligkeiten: Um – bei einer gegebenen Assoziation zwischen SES und psychischen Auffälligkeiten – eine potentielle Mediatorwirkung der jeweiligen Lebenswelt zu testen, wurden die folgenden in der Literatur benannten Kriterien überprüft (303,304): (A) eine Assoziation des SES mit dem Lebenswelt-Prädiktor, (B) eine Assoziation des Lebenswelt-Prädiktors mit dem Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und (C) eine Reduktion des SES-Effekts hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten bei Aufnahme des Lebenswelt-Prädiktors in die Regressionsgleichung. Das zusätzlich in der Literatur benannte Kriterium der zeitlichen Abfolge (ein niedriger SES geht einem reduzierten Wohlbefinden im jeweiligen Lebensbereich zeitlich voraus) wurde als grundsätzlich erfüllt angesehen, da der SES Jugendlicher durch ihre Eltern bestimmt wird und eine umgekehrte Auswirkung eines schlechten Befindens in verschiedenen Lebensbereichen auf den SES (im Sinne der sogenannten „Drift“-Hypothese; 305) theoretisch abwegig ist.

Das Vorliegen einer Assoziation zwischen SES und psychischen Auffälligkeiten kann für alle Länder der oben eingeführten *grundlegenden Tabelle* entnommen werden. In Hinblick auf Kriterium (A) werden die länderspezifischen Beziehungen zwischen dem SES und dem jeweiligen Wohlbefindensmaß in bivariaten linearen Regressionsanalysen überprüft und die ermittelten Regressionskoeffizienten (sowie ihre 95% Konfidenzintervalle) in Abbildungen

gesondert veranschaulicht. Zur Überprüfung der durch Kriterium (B) geforderten Assoziation des jeweiligen Lebenswelt-Prädiktors mit dem Vorliegen psychischer Auffälligkeiten werden zunächst durch bivariate binär logistische Regressionsanalysen die entsprechenden rohen Odds Ratios mit ihren 95%-Konfidenzintervallen ermittelt. Zusätzlich kann die um die Faktoren Geschlecht, Alter, SES und ggf. Wechselwirkung Alter*Geschlecht bereinigte Assoziation des Wohlbefindens in dem jeweiligen Lebensbereich mit dem Vorliegen psychischer Auffälligkeiten einer weiteren Tabelle entnommen werden. Letztere dient jedoch vorwiegend zur Überprüfung des Kriteriums (C): Durch die Ergänzung der entsprechenden KIDSCREEN-Skala zu den Prädiktoren der binär logistischen Regressionsanalysen der *grundlegenden Tabelle* und den Vergleich des in dieser *grundlegenden Tabelle* aufgeführten ORs für einen niedrigen familiären Wohlstand mit dem in der zuletzt beschriebenen Analyse kann ermittelt werden, inwiefern die geforderte Reduktion bei Aufnahme des Lebenswelt-Prädiktors eintritt.

Um den Einfluss eines Lebensbereichs bereinigt um den Einfluss der anderen Lebensbereiche hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten beziffern zu können, wurden abschließend binär logistische Regressionsanalysen durchgeführt, in denen für jedes Land alle zuvor in den Einzelanalysen signifikanten Prädiktoren einbezogen wurden. Analog zum bisherigen Vorgehen wurden Alter, Geschlecht (und ggf. deren Wechselwirkung) sowie die FAS in die Regression eingeschlossen und darüber hinaus das Wohlbefinden in den vier untersuchten Bereichen sowie ggf. zuvor signifikante Wechselwirkungen der Wohlbefindensmaße mit Alter und/ oder Geschlecht einbezogen.

Für die nach Einbezug der jeweiligen lebensweltlichen Prädiktoren modifizierten Odds Ratios des SES in Hinblick auf psychische Auffälligkeiten werden mit Hilfe der oben angeführten Approximationsformel nach Zhang & Yu (302) die nach der vorgenommenen Korrektur verbliebenen populationsattributablen Risiken berechnet.

Prüfung der Voraussetzungen der verwendeten Verfahren: Für alle oben aufgeführten verwendeten statistischen Verfahren erfolgte eine Prüfung der in der Folge zusammengefassten Voraussetzungen.

Für die t-Tests unabhängiger Stichproben (Vergleich der Altersmittelwerte von Mädchen und Jungen) muss in den hier durchgeführten Analysen aufgrund der Stichprobengröße keine Normalverteilung vorliegen und entsprechend auch nicht geprüft werden. Weiterhin kann die für t-Tests unabhängiger Stichproben unabdingbare Unabhängigkeitsannahme hier grundsätzlich als erfüllt betrachtet werden. Insofern erfolgte ausschließlich die von Bortz vorgeschlagene Überprüfung der Voraussetzung gleicher Populationsvarianzen (296).

Die Ermittlung eines sinnvoll interpretierbaren Cronbach's α Wertes erfordert neben intervallskalierten Daten einen zugrundeliegenden homogenen Test, da andernfalls eine Unterschätzung der Reliabilität erfolgt (54). Diese Voraussetzungen werden bei den untersuchten SDQ- und KIDSCREEN-Skalen als erfüllt betrachtet.

Die durchgeführten Hauptkomponenten-Faktorenanalysen mit Varimax-Rotation setzen intervallskalierte Variablen sowie als orthogonale Verfahren unkorrelierte Faktoren voraus und sind somit als Verfahren möglicherweise nicht ganz optimal. Um uneingeschränkte Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wird diese – nahezu in der gesamten verfügbaren Forschung verwendete (siehe oben; 55) – Analysetechnik hier dennoch angewendet. Dies erscheint zudem akzeptabel, da die wenigen Publikationen, die aufgrund der Annahme korrelierter Faktoren oblimine Rotationen verwenden (78,79) darauf hinweisen, dass die auf diese Weise ermittelten Ergebnisse von denen mit einer Varimax-Rotation erzielten kaum abweichen (79). Jede Korrelationsmatrix wurde anhand des Kaiser-Meyer-Olkin-Kriteriums auf ihre Eignung zur Durchführung von Faktorenanalysen geprüft, wobei gute Werte von ≥ 0.70 sichergestellt wurden (306).

Für die durchgeführten k*I-Tests werden die Voraussetzungen einer Unabhängigkeit der Beobachtungen und eindeutigen Zuordenbarkeit zu den jeweiligen Kategorien hier grundsätzlich als erfüllt betrachtet. Die einzige jeweils zu prüfende Voraussetzung besteht demnach in einer unter 20% liegenden Auftretenshäufigkeit von Zellenhäufigkeiten ≤ 5 (296).

Ähnlich erfordert der Kruskal Wallis Test als nicht-parametrisches Verfahren keine nennenswerten Voraussetzungen. Ein ordinales Skalenniveau sowie unabhängige Beobachtungen zwischen den Gruppen können hier angenommen werden. Möglicherweise gehäuft auftretende Rangbindungen müssen aufgrund der im verwendeten Statistikprogramm automatisierten Korrekturverfahren nicht weiter berücksichtigt werden.

In Hinblick auf die Gültigkeit von Signifikanztests im Rahmen von Kovarianzanalysen gelten zunächst die Voraussetzungen der Varianzanalyse, d.h. erstens die Normalverteilung der (standardisierten) Residuen (durch Histogramme optisch beurteilt), zweitens die Varianzhomogenität der Fehlerkomponenten über die Faktorstufen (durch Levene-Test überprüft) und drittens die Unabhängigkeit der Fehlerkomponenten innerhalb und zwischen den Stichproben (aufgrund der Stichprobenauswahl als erfüllt betrachtet). Die Prüfung dieser Voraussetzungen im einzelnen ist hinsichtlich der hier vorgenommenen Analysen jedoch weitgehend irrelevant, da Abweichungen von der Normalität im Falle schiefer Populationsverteilungen (wie bei Wohlbefindenswertes grundsätzlich gegeben) vernachlässigbar sind und sich selbst heterogene

Varianzen bei ungleichen Stichprobenumfängen im Falle großer Stichproben als unproblematisch erweisen (296). Auch bei Hinzuziehen der bei Kovarianzanalysen zusätzlichen Voraussetzung der Homogenität der Regressionskoeffizienten in den Faktorstufen, bleibt das Verfahren bei hohen Fallzahlen gegen Verletzungen robust (296). Nur im Fall heterogener Innerhalb-Regressionen, ungleich großen Stichproben *sowie* nicht normalen Residuen ist es kontraindiziert (296).

Für lineare Regressionsanalysen wurde zunächst die Linearität der Beziehung zwischen abhängigen und kontinuierlichen unabhängigen Variablen optisch geprüft. Im Rahmen von Residualanalysen wurden die standardisierten Residuen gegen die jeweiligen unabhängigen Variablen abgetragen, um mögliche Korrelationen der unabhängigen Variablen mit dem Residuum sowie potentielle Verletzungen der Homoskedastizitätsannahme identifizieren zu können. Die Normalverteilung der Residuen wurde mit Hilfe eines P-P-Diagramms kontrolliert, in dem die empirischen kumulierten Häufigkeiten der beobachteten Werte mit den Häufigkeiten in einer perfekten Normalverteilung (diagonale Linie) verglichen wurden. Dabei wurde über geringfügige Verletzungen der Voraussetzungen durch die Variablen- bzw. Arrayverteilungen hinweggesehen, da solche lediglich mit „*tolerierbaren Verzerrungen der inferenzstatistischen Absicherung der Regressionsgleichung*“ (296; S.192) einhergehen.

Die Prüfung der Voraussetzungen binär logistischer Regressionsanalysen erfolgte nach einer Sichtung von einschlägiger Methodenliteratur in Orientierung an der diesbezüglich umfangreichsten Auflistung von Schendera (2008;307). Deren Durchsicht zeigte jedoch, dass viele der dort benannten 23 Kriterien inhaltlicher Natur sind, bzw. ihre Erfüllung oft selbstverständlich erscheint und keiner weiteren (statistischen) Prüfung bedarf. Zudem werden auch allgemeine methodische Hinweise aufgeführt bzw. idealtypische Situationen beschrieben.⁶¹

Die Forderung nach einem dichotomen Zieloutcome mit ausreichender Häufigkeit wird in den vorgenommenen Analysen ebenfalls durchgängig erfüllt: Da das kleinste Ländersample (ES) ein $n = 538$ aufweist, liegen pro Ausprägung der abhängigen Variable immer mindestens 25 Fälle vor. Zudem beinhaltet auch die Analyse mit dem Einschluss der meisten Prädiktoren nicht mehr als elf Kovariaten, so dass die Fallzahl für das seltenere Zielereignis („psychisch

⁶¹ Beispielhaft hierfür können die Forderung sachlogisch sinnvoller Kausalmodelle und die Vermeidung von „*Nonsensregressionen*“, 307, S.167), die Zugehörigkeit von unabhängiger und abhängiger Variable zum gleichen Objekt sowie ihrer „*idealerweise*“ (307, S.167) hohen Korrelation benannt werden. Auch auf allgemeine Hinweise bspw. zur Kodierung der Zielvariablen, zur Wahl der Regressionskoeffizienten, zur Prüfung der Vollständigkeit der Kategorialstufen, zu möglichen Verzerrungen durch systematisch fehlende Daten und Ausreißer oder Forderungen nach einer inhaltlich geleiteten Modellspezifikation wird hier nicht weiter eingegangen.

auffällig“) auch in kleineren Ländersamples und solchen mit niedrigeren Prävalenzraten immer mindestens das Zehnfache der Kovariatenzahl beträgt.

Eine statistische Überprüfung erfolgt für die hier durchgeführten Analysen jeweils hinsichtlich der Linearität des Zusammenhangs zwischen kontinuierlichen unabhängigen Variablen und dem Logit der abhängigen Variablen durch eine Box-Tidwell Transformation. Hierbei werden in die Regressionsmodelle Interaktionsterme zwischen kontinuierlichen Prädiktoren und ihren natürlichen Logarithmen ergänzt. Signifikante Interaktionsterme weisen auf nicht-lineare Zusammenhänge hin, bei denen das Ausmaß der Veränderung der abhängigen Variable bei Änderungen der unabhängigen Variable vom Wert der letztgenannten abhängt. Aufgrund der Annahme unabhängiger Samplings wird die Voraussetzung einer Unabhängigkeit der Residuen als erfüllt betrachtet.

Zur Identifizierung möglicher Probleme durch Multikollinearität wurden Korrelationen unter einzelnen Prädiktoren ermittelt, die jedoch in keinem Fall die kritische Grenze von ein $r > .7$ (307) auch nur annähernd erreichten. Zudem sollten maximal 20% der Zellen weniger als 5 Fälle aufweisen.

5 Ergebnisse

5.1 Stichprobenbeschreibung

Im Rahmen des KIDSCREEN-Surveys konnten in den 13 teilnehmenden Ländern 22863 Kinder und Jugendliche zwischen 8 und 18 Jahren befragt werden. 33 Fälle ohne Geschlechtsangabe wurden aus dem Datensatz entfernt, so dass 22830 Fälle verbleiben. Von diesen Befragten waren 6885 Kinder zwischen 8 und 11 Jahren und 15945 Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren. Da 291 Jugendliche nicht die Fragebögen für Jugendliche erhielten, sondern den für Kinder vorgesehenen kürzeren Fragebogen (ohne den SDQ) ausfüllten, reduziert sich die Anzahl der hier einbezogenen Fälle weiter auf $n=15654$.

In der resultierenden Stichprobe sind Mädchen mit 53.9% leicht überrepräsentiert. Die befragten Mädchen waren zudem mit durchschnittlich 14.51 Jahren ($SD=1.69$) leicht, aber signifikant älter als die Jungen ($m=14.39$; $SD=1.65$). Dieser Unterschied entspricht einer Effektgröße von $d=0.07$. Auf Länderebene findet sich lediglich in Ungarn ($m_{\text{Mädchen}}=14.80$, $SD=1.80$ versus $m_{\text{Jungen}}=14.41$, $SD=1.75$, $F_{(df=1)}=20.597$, $p<0.001$) und Griechenland ($m_{\text{Mädchen}}=14.71$, $SD=1.67$ versus $m_{\text{Jungen}}=14.51$, $SD=1.65$, $F_{(df=1)}=4.052$, $p=0.04$) ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Jungen und Mädchen.

Tabelle 3. Samplecharakteristika in den verschiedenen Ländern

| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE | NL | PL | SE | UK | Ges |
|-----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ProbandInnen: Gesamtanzahl | | | | | | | | | | | | | | |
| n | 957 | 1121 | 1036 | 1113 | 1174 | 555 | 655 | 1859 | 919 | 1207 | 1150 | 3283 | 916 | 15945 |
| ProbandInnen: Gültige Fälle | | | | | | | | | | | | | | |
| Davon J-FB ^a | 932 | 1097 | 1029 | 1071 | 1174 | 538 | 630 | 1856 | 901 | 1206 | 1035 | 3283 | 902 | 15654 |
| % von Gesamt | 97.4 | 97.9 | 99.3 | 96.2 | 100.0 | 96.9 | 96.2 | 99.8 | 98.0 | 99.9 | 90.0 | 100.0 | 98.5 | 98.2 |
| Geschlechtsverteilung | | | | | | | | | | | | | | |
| n | | | | | | | | | | | | | | |
| Jungen | 429 | 502 | 525 | 509 | 473 | 263 | 295 | 728 | 337 | 576 | 460 | 1674 | 451 | 7222 |
| Mädchen | 46.0 | 45.8 | 51.0 | 47.5 | 40.3 | 48.9 | 46.8 | 39.2 | 37.4 | 47.8 | 44.4 | 51.0 | 50.0 | 46.1 |
| | 54.0 | 54.2 | 49.0 | 52.5 | 59.7 | 51.1 | 53.2 | 60.8 | 62.6 | 52.2 | 55.6 | 49.0 | 50.0 | 53.9 |
| Altersverteilung | | | | | | | | | | | | | | |
| m | 14.58 | 14.59 | 14.93 | 14.74 | 14.63 | 14.81 | 14.59 | 14.65 | 14.63 | 14.64 | 15.05 | 13.66 | 14.14 | 14.46 |
| (SD) | (1.79) | (1.74) | (1.84) | (1.83) | (1.66) | (1.85) | (1.84) | (1.79) | (1.39) | (1.76) | (1.72) | (0.99) | (1.64) | (1.67) |
| Range | 12-18 | 12-18 | 12-18 | 12-18 | 12-18 | 12-18 | 12-18 | 12-18 | 12-18 | 12-18 | 12-18 | 12-15 | 12-18 | 12-18 |
| Lebensumstände | | | | | | | | | | | | | | |
| SchülerIn n | 841 | 883 | 1010 | 1001 | - | 520 | 532 | 1783 | - | 1138 | 1033 | - | 878 | 11694 |
| % ^b | 94.7 | 96.9 | 98.3 | 100.0 | - | 97.2 | 99.3 | 100.0 | - | 99.1 | 100.0 | - | 97.7 | 98.8 |

^aJ-FB = Jugendlichen-Fragebogen; ^b Angaben anteilig an den gültigen Werten. Der Anteil fehlender Werte schwankte für dieses Item in den Ländern zwischen 0.2% (CZ, PL) und 17% (CH) mit einem durchschnittlichen Anteil fehlender Werte: 5.31%.

5.2 Länderspezifische Unterschiede in der Datenqualität

5.2.1 Häufigkeiten fehlender Werte in SDQ, KIDSCREEN-Skalen und FAS

Tabelle 4 zeigt, dass die Jugendlichen aus Griechenland am seltensten alle Items des SDQ-Symptomfragebogens vollständig ausfüllten (78.5%), in den anderen Ländern lag dieser Anteil zwischen 87.5% (CH) und 95.5% (NL).⁶² Es lagen jedoch nur selten mehr als zwei Missings vor. Lediglich zwischen 0.1% (NL) und 3.0% (CH) der Jugendlichen ließen drei oder mehr Items aus. Wegen der auffällig großen Anzahl griechischer Jugendlicher, die ein oder zwei fehlende Werte im selbstberichteten Symptomfragebogen aufwiesen, wurde geprüft, inwiefern hierfür ein bestimmtes Einzelitem ursächlich sein könnte. Die Missing-Häufigkeit der einzelnen Items bewegte sich jedoch allgemein in dem auch in den anderen Ländern üblichen Rahmen von 0 bis 3% mit nur einer Ausnahme von 5% (siehe Anhang).

Der Elternbericht wies weniger fehlende Werte auf (pro Einzelitem 0 bis 2%, siehe Anhang). Zwischen 89.2% (EL) und 97.4% (DE) der Fragebögen wurden vollständig ausgefüllt und nur zwischen 0.2% (NL) und 2.1% (CH) wiesen drei oder mehr Missings auf (siehe **Tabelle 4**).

Tabelle 4. Häufigkeiten fehlender Werte im SDQ-Symptomfragebogen

| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE | NL | PL | SE | UK | Ges |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|----|------|------|------|------|-------|
| Selbsturteil | | | | | | | | | | | | | | |
| n ^a | 930 | 543 | 1029 | 1068 | 1148 | 532 | 323 | 1848 | - | 1205 | 1032 | 3277 | 638 | 13573 |
| 0 Missings | 94.3 | 87.5 | 95.4 | 94.8 | 78.5 | 92.3 | 92.0 | 92.9 | - | 95.5 | 95.4 | 88.8 | 91.8 | 91.2 |
| 1 – 2 Missings | 5.1 | 9.6 | 4.2 | 4.6 | 19.7 | 7.5 | 7.1 | 6.0 | - | 4.4 | 4.1 | 10.0 | 5.6 | 7.7 |
| 3 – 5 Missings | 0.5 | 2.2 | 0.2 | 0.2 | 1.6 | 0.0 | 0.6 | 0.5 | - | 0.1 | 0.3 | 0.9 | 0.6 | 0.6 |
| 6 – 10 Missings | 0.0 | 0.2 | 0.1 | 0.3 | 0.1 | 0.2 | 0.3 | 0.3 | - | 0.0 | 0.1 | 0.2 | 0.5 | 0.2 |
| 11 – 24 Missings | 0.1 | 0.6 | 0.1 | 0.2 | 0.2 | 0.0 | 0.0 | 0.4 | - | 0.0 | 0.1 | 0.2 | 1.4 | 0.2 |
| Elternurteil | | | | | | | | | | | | | | |
| n ^a | 900 | 1082 | 1028 | 1059 | 1020 | 527 | 603 | 1077 | - | 1180 | 1005 | - | 504 | 9985 |
| 0 Missings | 94.7 | 89.9 | 96.7 | 97.4 | 89.2 | 89.6 | 92.9 | 95.4 | - | 95.8 | 93.1 | - | 95.4 | 93.8 |
| 1 – 2 Missings | 5.0 | 7.9 | 3.0 | 2.3 | 9.2 | 8.7 | 6.0 | 4.4 | - | 4.1 | 5.0 | - | 4.2 | 5.3 |
| 3 – 5 Missings | 0.2 | 1.2 | 0.3 | 0.3 | 1.0 | 0.8 | 0.7 | 0.0 | - | 0.1 | 0.8 | - | 0.4 | 0.5 |
| 6 – 10 Missings | 0.1 | 0.8 | 0.0 | 0.0 | 0.3 | 0.4 | 0.3 | 0.1 | - | 0.1 | 0.1 | - | 0.0 | 0.2 |
| 11 – 24 Missings | 0.0 | 0.1 | 0.0 | 0.1 | 0.3 | 0.6 | 0.2 | 0.2 | - | 0.0 | 1.0 | - | 0.0 | 0.2 |

^a Einschluss nur derjenigen Fälle mit mindestens einer Angabe im Fragebogen

Der SDQ-Impact wurde von Jugendlichen in Schweden und Österreich am unzuverlässigsten ausgefüllt. Hier machten nur 79.8% (SE) bzw. 81.9% (AT) vollständige Angaben während dies in den anderen Ländern zwischen 88.7% (DE) und 98.3% (CZ) der Jugendlichen taten (**Tabelle 5**). Auch hier wies der Elternbericht weniger fehlende Werte auf. Der Anteil vollständig ausgefüllter Fragebögen lag zwischen 90.7% (CH) und 97.7% (CZ).

⁶² Bei den hier berichteten Häufigkeiten fehlender Werte wurden alle Fälle ausgeschlossen, in denen für das jeweilige Instrument ausschließlich Missings vorlagen, so dass Verzerrungen durch Personen, die den Fragebogen gar nicht erhalten oder die Seite versehentlich überblättert haben, vermieden werden.

Tabelle 5. Häufigkeiten fehlender Werte im SDQ- Impact-Supplement

| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE | NL | PL | SE | UK | Ges |
|----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|----|------|------|------|------|-------|
| Selbsturteil | | | | | | | | | | | | | | |
| n ^a | 929 | 539 | 1028 | 1054 | 1142 | 529 | 322 | 844 | - | 1201 | 1032 | 3226 | 621 | 13467 |
| Probleme Filterfrage | 5.4 | 4.3 | 0.1 | 4.8 | 0.7 | 0.9 | 2.2 | 2.7 | - | 0.2 | 1.7 | 2.9 | 2.6 | 2.4 |
| n ^b | 349 | 204 | 416 | 407 | 560 | 197 | 177 | 1005 | - | 331 | 587 | 878 | 247 | 5358 |
| 0 Missings | 81.9 | 90.7 | 98.3 | 88.7 | 95.0 | 94.4 | 96.6 | 91.3 | - | 97.3 | 94.2 | 79.8 | 93.9 | 90.6 |
| 1 – 2 Missings | 8.0 | 5.9 | 1.2 | 5.2 | 3.6 | 4.6 | 1.7 | 3.4 | - | 1.5 | 2.2 | 8.1 | 2.4 | 4.2 |
| 3 – 7 Missings | 10.0 | 3.4 | 0.5 | 6.1 | 1.4 | 1.0 | 1.7 | 5.3 | - | 1.2 | 3.6 | 12.1 | 3.6 | 5.1 |
| Elternurteil | | | | | | | | | | | | | | |
| n ^a | 900 | 1076 | 1029 | 1060 | 1017 | 526 | 603 | 1079 | - | 1206 | 1002 | | 507 | 9974 |
| Probleme Filterfrage | 9.3 | 8.1 | 0.6 | 2.6 | 0.4 | 0.6 | 3.2 | 0.8 | - | 0.0 | 1.4 | | 0.0 | 2.5 |
| n ^b | 259 | 322 | 393 | 375 | 262 | 148 | 330 | 517 | - | 333 | 445 | | 136 | 3520 |
| 0 Missings | 93.1 | 90.7 | 97.7 | 96.0 | 91.6 | 95.3 | 91.5 | 94.2 | - | 96.7 | 92.8 | | 99.3 | 94.4 |
| 1 – 2 Missings | 4.6 | 5.9 | 1.5 | 2.4 | 4.6 | 2.7 | 4.5 | 3.5 | - | 3.0 | 4.3 | | 0.7 | 3.5 |
| 3 – 7 Missings | 2.3 | 3.4 | 0.8 | 1.6 | 3.8 | 2.0 | 3.9 | 2.3 | - | 0.3 | 2.9 | | 0.0 | 2.0 |

^a Einschluss nur derjenigen Fälle mit mind. einer Angabe ^b Einschluss nur derjenigen Fälle, die in der Filterfrage Probleme angeben

Mit der Filterfrage im Impact-Supplement kamen Jugendliche wie Erwachsene gut zurecht. Nur 2.4% aller Befragten füllten trotz berichteter allgemeiner Probleme das Supplement gar nicht weiter aus (1.5%), füllten nur das Supplement aus aber nicht die Filterfrage (0.1%) oder machten weitere Angaben, obwohl sie keine allgemeinen Probleme angegeben hatten (0.9%).⁶³ Nur in der Schweiz (4.3%), in Deutschland (4.8%) und in Österreich (5.4%) gab es etwas häufiger Probleme mit der Filterführung (Tabelle 5).

Tabelle 6. Häufigkeiten fehlender Werte in KIDSCREEN-Skalen und Family Affluence Scale

| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE | NL | PL | SE | UK | Ges. |
|-------------------------------|------|------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| KIDSCREEN-Schule | | | | | | | | | | | | | | |
| n ^a | 888 | 1080 | 1024 | 1056 | 1171 | 525 | 618 | 1855 | 901 | 1195 | 1032 | 3282 | 889 | 15516 |
| 0 Missings | 97.7 | 97.3 | 99.2 | 98.4 | 98.6 | 98.1 | 98.2 | 99.4 | 98.8 | 98.5 | 99.0 | 97.1 | 99.0 | 98.3 |
| 1-2 Missings | 1.2 | 2.1 | 0.8 | 0.9 | 1.0 | 1.7 | 1.6 | 0.6 | 0.8 | 1.0 | 0.9 | 2.7 | 0.7 | 1.4 |
| 3-5 Missings | 1.0 | 0.6 | 0.0 | 0.7 | 0.3 | 0.2 | 0.2 | 0.1 | 0.4 | 0.5 | 0.1 | 0.2 | 0.3 | 0.3 |
| KIDSCREEN- Eltern | | | | | | | | | | | | | | |
| n ^a | 930 | 1094 | 1029 | 1071 | 1174 | 533 | 630 | 1855 | 901 | 1200 | 1035 | 3282 | 901 | 15635 |
| 0 Missings | 97.5 | 96.1 | 99.4 | 98.2 | 98.1 | 99.1 | 96.5 | 99.1 | 98.4 | 99.0 | 98.3 | 97.1 | 98.3 | 98.0 |
| 1-2 Missings | 2.2 | 3.7 | 0.6 | 1.5 | 1.7 | 0.8 | 2.9 | 0.8 | 1.6 | 0.7 | 1.5 | 2.7 | 1.7 | 1.8 |
| 3-5 Missings | 0.3 | 0.2 | 0.0 | 0.3 | 0.2 | 0.2 | 0.6 | 0.1 | 0.0 | 0.3 | 0.2 | 0.3 | 0.0 | 0.2 |
| KIDSCREEN-Peers | | | | | | | | | | | | | | |
| n ^a | 932 | 1096 | 1029 | 1071 | 1173 | 538 | 630 | 1856 | 901 | 1206 | 1035 | 3282 | 902 | 15651 |
| 0 Missings | 98.5 | 97.7 | 99.7 | 99.0 | 97.6 | 98.0 | 96.8 | 98.9 | 98.6 | 98.8 | 98.6 | 97.6 | 96.7 | 98.2 |
| 1-2 Missings | 1.4 | 2.1 | 0.2 | 0.9 | 2.4 | 2.0 | 3.0 | 1.1 | 1.4 | 0.9 | 1.3 | 2.3 | 2.5 | 1.7 |
| 3-5 Missings | 0.1 | 0.2 | 0.1 | 0.1 | 0.0 | 0.0 | 0.2 | 0.0 | 0.0 | 0.2 | 0.1 | 0.1 | 0.8 | 0.1 |
| KIDSCREEN-Bully | | | | | | | | | | | | | | |
| n ^a | 886 | 1094 | 1025 | 1059 | 1172 | 528 | 622 | 1855 | 899 | 1194 | 1033 | 3260 | 899 | 15526 |
| 0 Missings | 99.7 | 99.3 | 100.0 | 99.8 | 99.7 | 99.6 | 99.2 | 99.7 | 99.8 | 99.5 | 99.7 | 98.6 | 99.6 | 99.4 |
| 1-2 Missings | 0.3 | 0.7 | 0.0 | 0.2 | 0.3 | 0.4 | 0.8 | 0.3 | 0.2 | 0.5 | 0.3 | 1.4 | 0.4 | 0.6 |
| Family Affluence Scale | | | | | | | | | | | | | | |
| n ^a | 931 | 1096 | 1028 | 1066 | 1121 | 536 | 630 | 1826 | 898 | 1206 | 1033 | - | 857 | 12228 |
| 0 Missings | 99.1 | 98.4 | 99.8 | 99.2 | 97.7 | 99.3 | 97.8 | 99.2 | 99.6 | 99.2 | 98.7 | - | 99.2 | 99.0 |
| 1-2 Missings | 0.5 | 1.6 | 0.2 | 0.8 | 2.3 | 0.7 | 2.2 | 0.8 | 0.4 | 0.7 | 1.2 | - | 0.7 | 1.0 |
| 3 Missings | 0.3 | 0.1 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.2 | 0.1 | - | 0.1 | 0.1 |

^a Einschluss nur derjenigen Fälle mit mindestens einer Angabe im Fragebogen

⁶³ Wurden allgemeine Probleme verneint, wurden die Folgeitems gleich Null gesetzt. In den anderen Fällen erfolgte ein normales Scoring. Bei fehlenden Angaben in den Detailfragen führt dieses zu einem fehlenden Wert.

Tabelle 6 zeigt, dass die KIDSCREEN-Skalen nur selten fehlende Werte aufwiesen. So wurde die KIDSCREEN Schul-Skala von zwischen 97.1% (SE) und 99.4% (HU), die Familien-Skala von zwischen 96.1% (CH) und 99.4% (CZ), die Peers-Skala von zwischen 96.7% (UK) und 99.7% (CZ) und die Bullying-Skala von zwischen 98.6% (SE) und 100% (CZ) vollständig ausgefüllt. Die einzelnen Items wiesen zwischen 0% und 2.1% fehlender Werte auf (siehe Anhang).

Die Family Affluence Scale wurde insgesamt von 99.0% der teilnehmenden Jugendlichen komplett ausgefüllt, in keinem Land machten weniger als 97.7% (EL) die vollständigen Angaben. Die Anzahl der fehlenden Werte für die einzelnen Items liegen auch hier in der Mehrheit der Länder sehr niedrig (zwischen 0% und 1.5%).⁶⁴

Zusammenfassung

Die präsentierte Untersuchung basiert auf den Angaben von 15654 Jugendlichen im Alter von 12 bis 18 Jahren ($m=14.46$; $SD=1.67$) aus 13 europäischen Ländern. Mädchen sind in der Stichprobe mit 53.9% leicht überrepräsentiert.

Sofern für den SDQ bzw. das SDQ-Impact-Supplement mindestens eine Angabe vorlag, wurden die Instrumente in Eltern- und Selbstberichtsversion von über 90% der ProbandInnen auch vollständig ausgefüllt. Nur wenige Fragebögen wiesen mehr als ein oder zwei fehlende Werte auf. Die Filterführung des Impact-Supplements wurde von der Mehrheit der StudienteilnehmerInnen gut verstanden. Für die KIDSCREEN-Instrumente zur Erfassung des Wohlbefindens in den Lebenswelten sowie in der Family Affluence Scale zur Erfassung des sozioökonomischen Status lagen in mindestens 98% der Fälle vollständige Angaben vor.

Auch wenn nicht alle Länder gleichermaßen hohe Ausfüllraten erzielten und insbesondere die griechischen Selbstberichts-Daten höhere Raten fehlender Werte aufweisen, ergaben detailliertere Betrachtungen dieser Missings keine Hinweise auf kulturspezifische Schwierigkeiten beim Ausfüllen bestimmter Items.

⁶⁴ Auch diese Aussagen beziehen sich ausschließlich auf Fälle, in denen mindestens eine FAS-Angabe vorliegt. In Griechenland und Großbritannien ist jedoch die FAS von etwa 5% vollständig unbeantwortet geblieben (siehe Anhang).

5.2.2 Interne Konsistenz der verwendeten Instrumente

Eine Analyse der internen Konsistenz der verwendeten Instrumente zeigt, dass sich der Cronbach's α der SDQ-Gesamtskala zwischen 0.721 in Frankreich und 0.821 in Großbritannien (Selbstbericht, siehe **Tabelle 7**) bzw. zwischen 0.770 in Frankreich und 0.825 in Deutschland (Elternbericht, siehe **Tabelle 8**) bewegt. Die Werte für die einzelnen Subskalen liegen jedoch teilweise deutlich darunter. Insbesondere die Skalen Verhaltensprobleme und Peer-Probleme zeigen sehr niedrige α -Werte, aber auch die anderen Subskalen erreichen häufig nicht das für Gruppenvergleiche empfohlene Mindestniveau von $\alpha = 0.70$.

Tabelle 7 der Cronbach's α Werte für die **selbstberichteten Daten** zeigt weiterhin, dass die interne Konsistenz der Subskalen zwischen den Ländern teilweise beträchtlich schwankt. Am deutlichsten zeigen sich die Unterschiede in den *Verhaltensproblemen*, wo Ungarn und Griechenland mit 0.253 bzw. 0.388 einen extrem niedrigen Cronbach's α aufweisen und auch in sieben weiteren Ländern Werte ≤ 0.5 beobachtet werden, während Großbritannien als einziges Land eine interne Konsistenz ≥ 0.6 erreicht. In der Mehrheit der Länder wirkt sich speziell das Item „Normalerweise tue ich, was man mir sagt“ ungünstig auf den α -Wert aus. Bei den *Peer-Problemen* weist ebenfalls Großbritannien die höchste interne Konsistenz auf ($\alpha = 0.632$), der niedrigste Wert wird in den Niederlanden beobachtet ($\alpha = 0.448$) und auch hier bewegt sich die Gesamtheit der Länder auf einem niedrigen Niveau: zehn von zwölf erreichen keinen Wert ≥ 0.6 . Nachteilig sind in dieser Skala besonders die Angaben, besser mit Erwachsenen auszukommen, und die zum Bestehen mindestens einer guten Freundschaft.

Die Schwankungsbreite der internen Konsistenzen der *emotionalen Subskala* bewegt sich zwischen 0.647 (EL) und 0.731 (CZ), die der *Hyperaktivitäts-Subskala* zwischen 0.519 (PL) und 0.695 (NL) und die der *prosozialen Skala* zwischen 0.521 (ES) und 0.727 (CZ). Problematisch sind hier die Items zu körperlichen Beschwerden (emotional), zum Denken vor Handlungen (hyperaktiv) sowie zum Teilen und nett sein zu jüngeren Kindern (prosozial).

Im Ländervergleich weisen die Subskalen in Großbritannien und Österreich am häufigsten höhere interne Konsistenzen auf. Aber auch Tschechien zeigt in drei Subskalen mit die höchsten Cronbach's α Werte. Die in Ländern wie Spanien, Griechenland und den Niederlanden für die Subskalen beobachteten α -Werte fallen hingegen häufig auf die letzten Plätze.

Die geschlechtsspezifischen internen Konsistenzen deuten in den meisten Ländern auf eine höhere Reliabilität der Angaben der Jungen hin. So weisen in sieben der zwölf Länder (AT, CZ, FR, HU, NL, SE, UK) die Angaben der Jungen in drei der fünf Subskalen eine – wenn auch teilweise nur geringfügig – höhere Konsistenz auf. In der Schweiz ist dies sogar bei vier der fünf und in Griechenland bei allen Subskalen der Fall. Interessant ist die Betrachtung dieser Ergebnisse nach den einzelnen Subskalen: eine höhere Reliabilität der Jungenangaben zeigt sich besonders hinsichtlich der Verhaltensprobleme (in zehn der zwölf Länder) und für das prosoziale Verhalten (in neun Ländern). Die emotionalen Probleme werden hingegen in neun der zwölf Länder von den Mädchen mit einer höheren Konsistenz berichtet.

Tabelle 7. Cronbach's α des SDQ-Gesamtwerts (GPW) sowie der Subskalen (Selbstbericht) ^a

| | | GPW | | Emotionales | | Verhalten | | Hyperaktivität | | Peer-Probleme | | Prosoziales | |
|-----|---------------|---------------------|-------|---------------------|-------|---------------------|-------|---------------------|-------|---------------------|-------|---------------------|-------|
| | | α | n | α | n | α | n | α | n | α | n | α | n |
| AT | Gesamt | 0.729 | 923 | 0.709 | 927 | 0.413 | 927 | 0.647 | 929 | 0.566 | 926 | 0.642 | 928 |
| | Mädchen | 0.715 | 498 | 0.694 | 500 | 0.436 | 502 | 0.637 | 502 | 0.541 | 499 | 0.566 | 501 |
| | Jungen | 0.754 | 425 | 0.668 | 427 | 0.399 | 425 | 0.661 | 427 | 0.596 | 427 | 0.676 | 503 |
| CH | Gesamt | 0.731 | 535 | 0.692 | 540 | 0.515 | 538 | 0.642 | 537 | 0.563 | 537 | 0.613 | 538 |
| | Mädchen | 0.715 | 295 | 0.672 | 299 | 0.444 | 298 | 0.628 | 297 | 0.579 | 297 | 0.561 | 299 |
| | Jungen | 0.757 | 240 | 0.676 | 241 | 0.553 | 240 | 0.657 | 240 | 0.551 | 240 | 0.565 | 239 |
| CZ | Gesamt | 0.762 | 1024 | <u>0.713</u> | 1028 | 0.402 | 1026 | 0.685 | 1027 | 0.534 | 1025 | <u>0.727</u> | 1028 |
| | Mädchen | 0.750 | 501 | 0.715 | 504 | 0.356 | 503 | 0.661 | 503 | 0.549 | 501 | <u>0.693</u> | 504 |
| | Jungen | 0.774 | 523 | 0.656 | 524 | 0.429 | 523 | <u>0.706</u> | 524 | 0.520 | 524 | <u>0.730</u> | 524 |
| DE | Gesamt | 0.744 | 1063 | 0.679 | 1065 | 0.458 | 1064 | 0.658 | 1064 | 0.601 | 1063 | 0.627 | 1066 |
| | Mädchen | 0.755 | 560 | 0.694 | 560 | 0.443 | 560 | 0.643 | 560 | 0.615 | 560 | 0.617 | 561 |
| | Jungen | 0.732 | 503 | 0.569 | 505 | 0.467 | 504 | 0.675 | 504 | 0.589 | 503 | 0.609 | 505 |
| EL | Gesamt | 0.763 | 1132 | <u>0.647</u> | 1144 | 0.388 | 1143 | 0.616 | 1143 | 0.501 | 1139 | 0.657 | 1143 |
| | Mädchen | 0.720 | 681 | <u>0.573</u> | 685 | 0.373 | 683 | 0.609 | 684 | 0.428 | 683 | 0.610 | 685 |
| | Jungen | 0.810 | 451 | 0.708 | 459 | 0.407 | 460 | 0.625 | 459 | 0.579 | 456 | 0.694 | 458 |
| ES | Gesamt | 0.734 | 530 | 0.650 | 532 | 0.515 | 531 | 0.585 | 532 | 0.484 | 531 | <u>0.521</u> | 531 |
| | Mädchen | 0.731 | 271 | 0.651 | 273 | 0.514 | 272 | 0.602 | 273 | 0.416 | 272 | 0.519 | 272 |
| | Jungen | 0.748 | 259 | 0.592 | 259 | 0.499 | 259 | 0.554 | 259 | 0.554 | 259 | <u>0.507</u> | 259 |
| FR | Gesamt | 0.721 | 318 | 0.711 | 322 | 0.489 | 320 | 0.674 | 322 | 0.495 | 322 | 0.615 | 323 |
| | Mädchen | 0.736 | 174 | <u>0.719</u> | 176 | 0.432 | 176 | 0.678 | 176 | 0.490 | 176 | <u>0.517</u> | 177 |
| | Jungen | <u>0.695</u> | 144 | 0.592 | 146 | 0.560 | 144 | 0.667 | 146 | 0.504 | 146 | 0.672 | 146 |
| HU | Gesamt | 0.735 | 1833 | 0.700 | 1839 | <u>0.253</u> | 1840 | 0.582 | 1838 | 0.529 | 1836 | 0.684 | 1839 |
| | Mädchen | 0.740 | 1122 | 0.704 | 1123 | <u>0.229</u> | 1123 | 0.595 | 1123 | 0.524 | 1122 | 0.629 | 1124 |
| | Jungen | 0.733 | 711 | 0.627 | 716 | <u>0.263</u> | 717 | 0.562 | 715 | 0.530 | 714 | 0.693 | 728 |
| NL | Gesamt | 0.732 | 1203 | 0.663 | 1205 | 0.452 | 1205 | <u>0.695</u> | 1204 | 0.448 | 1204 | 0.619 | 1204 |
| | Mädchen | 0.729 | 627 | 0.675 | 629 | 0.365 | 629 | 0.702 | 628 | <u>0.406</u> | 628 | 0.579 | 628 |
| | Jungen | 0.732 | 576 | <u>0.566</u> | 576 | 0.518 | 576 | 0.687 | 576 | <u>0.485</u> | 576 | 0.627 | 576 |
| PL | Gesamt | 0.722 | 1030 | 0.709 | 1031 | 0.407 | 1031 | <u>0.519</u> | 1030 | 0.539 | 1030 | 0.640 | 1029 |
| | Mädchen | <u>0.698</u> | 572 | 0.703 | 573 | 0.351 | 573 | <u>0.502</u> | 572 | 0.539 | 572 | 0.623 | 572 |
| | Jungen | 0.756 | 458 | 0.686 | 458 | 0.463 | 458 | <u>0.542</u> | 458 | 0.539 | 458 | 0.611 | 457 |
| SE | Gesamt | 0.755 | 3251 | 0.692 | 3261 | 0.496 | 3267 | 0.607 | 3266 | 0.553 | 3265 | 0.647 | 3265 |
| | Mädchen | 0.752 | 1594 | 0.696 | 1597 | 0.445 | 1605 | 0.604 | 1605 | 0.568 | 1604 | 0.594 | 1603 |
| | Jungen | 0.763 | 1657 | 0.635 | 1664 | 0.522 | 1662 | 0.608 | 1661 | 0.537 | 1661 | 0.641 | 1662 |
| UK | Gesamt | <u>0.821</u> | 623 | 0.685 | 629 | <u>0.616</u> | 626 | 0.655 | 625 | <u>0.632</u> | 626 | 0.713 | 627 |
| | Mädchen | <u>0.825</u> | 308 | 0.614 | 310 | <u>0.598</u> | 309 | <u>0.714</u> | 310 | <u>0.668</u> | 309 | <u>0.693</u> | 310 |
| | Jungen | <u>0.820</u> | 315 | <u>0.728</u> | 319 | <u>0.632</u> | 317 | 0.588 | 315 | <u>0.599</u> | 317 | 0.705 | 317 |
| Ges | Gesamt | 0.743 | 13465 | 0.688 | 13523 | 0.430 | 13518 | 0.620 | 13517 | 0.527 | 13504 | 0.660 | 13521 |
| | Mädchen | 0.736 | 7203 | 0.679 | 7229 | 0.394 | 7233 | 0.619 | 7233 | 0.522 | 7223 | 0.618 | 7236 |
| | Jungen | 0.755 | 6262 | 0.645 | 6294 | 0.462 | 6285 | 0.621 | 6284 | 0.531 | 6281 | 0.665 | 6285 |

^a Die im Ländervergleich höchsten und niedrigsten Gesamt- und geschlechtsspezifischen Werte sind zur besseren Übersicht jeweils doppelt (die höchsten) bzw. einfach (die niedrigsten) unterstrichen.

Tabelle 8 der Cronbach's α Werte für die **elternberichteten Daten** zeigt ebenfalls im Ländervergleich deutlich schwankende interne Konsistenzen der Subskalen, die sich im Durchschnitt aber auf einem höheren Niveau bewegen als die der Selbstberichte. Auch hier zeigen sich besonders für die Subskala *Verhaltensprobleme* geringe interne Konsistenzen, wobei wieder Ungarn und Griechenland mit 0.466 bzw. 0.488 die niedrigsten Cronbach's α Werte aufweisen. Andererseits erreichen nur drei Länder (CZ, NL, UK) eine interne Konsistenz ≥ 0.6 , wobei auch der höchste Wert in Großbritannien $\alpha=0.65$ nicht übersteigt. Auch im Elternbericht erweist sich das Item zur allgemeinen Folgsamkeit in den meisten Ländern als am problematischsten für die interne Konsistenz, aber auch die Angabe zum Stehlen wirkt

Tabelle 8. Cronbach's α des SDQ-Gesamtproblemwerts (GPW) sowie der Subskalen (Elternbericht) ^a

| | | GPW | | Emotionales | | Verhalten | | Hyperaktivität | | Peer-Probleme | | Prosoziales | |
|-----|---------------|--------------|------|--------------|------|--------------|------|----------------|------|---------------|------|--------------|------|
| | | α | n | α | n | α | n | α | n | α | n | α | n |
| AT | Gesamt | 0.811 | 899 | 0.736 | 900 | 0.541 | 900 | 0.736 | 900 | 0.613 | 899 | 0.688 | 898 |
| | Mädchen | 0.801 | 483 | 0.736 | 484 | 0.539 | 484 | 0.684 | 484 | 0.571 | 483 | 0.686 | 483 |
| | Jungen | 0.821 | 416 | 0.732 | 416 | 0.546 | 416 | 0.755 | 416 | 0.645 | 416 | 0.686 | 415 |
| CH | Gesamt | 0.804 | 1065 | 0.696 | 1078 | 0.534 | 1080 | 0.744 | 1070 | 0.607 | 1079 | 0.663 | 1077 |
| | Mädchen | 0.811 | 577 | 0.688 | 582 | 0.541 | 583 | 0.712 | 578 | <u>0.635</u> | 582 | 0.648 | 582 |
| | Jungen | 0.798 | 488 | 0.708 | 496 | 0.526 | 497 | 0.753 | 492 | 0.572 | 497 | 0.657 | 495 |
| CZ | Gesamt | 0.794 | 1026 | 0.664 | 1027 | 0.616 | 1028 | 0.726 | 1027 | 0.507 | 1027 | 0.749 | 1028 |
| | Mädchen | 0.794 | 502 | 0.668 | 503 | 0.550 | 504 | 0.710 | 503 | 0.543 | 503 | <u>0.720</u> | 504 |
| | Jungen | 0.796 | 524 | 0.629 | 524 | <u>0.658</u> | 524 | 0.739 | 524 | 0.470 | 524 | <u>0.756</u> | 524 |
| DE | Gesamt | 0.825 | 1056 | 0.743 | 1058 | 0.562 | 1057 | 0.758 | 1059 | 0.612 | 1056 | 0.645 | 1058 |
| | Mädchen | 0.792 | 555 | 0.732 | 557 | 0.498 | 556 | 0.689 | 557 | 0.549 | 555 | 0.603 | 557 |
| | Jungen | <u>0.847</u> | 501 | <u>0.757</u> | 501 | 0.604 | 501 | 0.784 | 502 | 0.661 | 501 | 0.665 | 501 |
| EL | Gesamt | 0.773 | 1010 | 0.637 | 1015 | 0.488 | 1013 | 0.652 | 1013 | 0.472 | 1013 | 0.665 | 1016 |
| | Mädchen | 0.765 | 607 | 0.608 | 611 | 0.459 | 608 | 0.629 | 609 | 0.429 | 608 | 0.638 | 611 |
| | Jungen | 0.790 | 403 | 0.656 | 404 | 0.530 | 405 | <u>0.680</u> | 404 | 0.523 | 405 | 0.689 | 405 |
| ES | Gesamt | 0.773 | 521 | 0.599 | 524 | 0.540 | 523 | 0.746 | 524 | 0.499 | 522 | 0.608 | 522 |
| | Mädchen | 0.771 | 269 | <u>0.612</u> | 270 | 0.521 | 270 | 0.702 | 270 | 0.436 | 269 | <u>0.575</u> | 270 |
| | Jungen | <u>0.782</u> | 252 | <u>0.563</u> | 254 | 0.561 | 253 | 0.745 | 254 | 0.560 | 253 | <u>0.614</u> | 252 |
| FR | Gesamt | 0.770 | 594 | 0.614 | 600 | 0.572 | 601 | 0.755 | 600 | 0.457 | 595 | 0.665 | 600 |
| | Mädchen | <u>0.734</u> | 315 | 0.640 | 318 | 0.477 | 318 | 0.681 | 318 | <u>0.353</u> | 315 | 0.654 | 317 |
| | Jungen | 0.793 | 279 | 0.568 | 282 | 0.604 | 283 | <u>0.797</u> | 282 | 0.514 | 280 | 0.671 | 283 |
| HU | Gesamt | 0.779 | 1074 | 0.687 | 1075 | 0.466 | 1076 | 0.696 | 1074 | 0.489 | 1075 | 0.646 | 1074 |
| | Mädchen | 0.775 | 689 | 0.694 | 690 | <u>0.432</u> | 691 | 0.679 | 689 | 0.444 | 690 | 0.629 | 689 |
| | Jungen | 0.789 | 385 | 0.611 | 385 | <u>0.510</u> | 385 | 0.720 | 385 | 0.553 | 385 | 0.655 | 385 |
| NL | Gesamt | 0.817 | 1179 | 0.726 | 1180 | 0.608 | 1180 | 0.758 | 1180 | 0.598 | 1179 | 0.662 | 1179 |
| | Mädchen | 0.818 | 612 | 0.714 | 612 | 0.608 | 612 | 0.749 | 612 | 0.566 | 612 | 0.654 | 612 |
| | Jungen | 0.820 | 567 | 0.732 | 568 | 0.616 | 568 | 0.757 | 568 | 0.622 | 567 | 0.659 | 567 |
| PL | Gesamt | 0.792 | 991 | 0.667 | 993 | 0.553 | 996 | 0.651 | 993 | 0.523 | 995 | 0.706 | 991 |
| | Mädchen | 0.788 | 548 | 0.690 | 549 | 0.504 | 551 | <u>0.600</u> | 548 | 0.573 | 550 | 0.701 | 548 |
| | Jungen | 0.801 | 443 | 0.617 | 444 | 0.613 | 445 | 0.688 | 445 | <u>0.450</u> | 445 | 0.686 | 443 |
| SE | Gesamt | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | Mädchen | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | Jungen | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| UK | Gesamt | 0.821 | 502 | 0.730 | 504 | 0.646 | 503 | 0.785 | 503 | 0.639 | 504 | 0.744 | 504 |
| | Mädchen | <u>0.827</u> | 239 | <u>0.746</u> | 241 | <u>0.691</u> | 240 | <u>0.800</u> | 240 | 0.599 | 241 | 0.714 | 241 |
| | Jungen | 0.818 | 263 | 0.711 | 263 | 0.601 | 263 | 0.766 | 263 | <u>0.666</u> | 263 | <u>0.769</u> | 263 |
| Ges | Gesamt | 0.799 | 9917 | 0.684 | 9954 | 0.569 | 9957 | 0.724 | 9943 | 0.548 | 9944 | 0.679 | 9947 |
| | Mädchen | 0.794 | 5396 | 0.686 | 5417 | 0.535 | 5417 | 0.692 | 5408 | 0.529 | 5408 | 0.653 | 5414 |
| | Jungen | 0.808 | 4521 | 0.669 | 4537 | 0.601 | 4540 | 0.741 | 4535 | 0.564 | 4536 | 0.691 | 4533 |

^a Die im Ländervergleich höchsten und niedrigsten Gesamt- und geschlechtsspezifischen Werte sind zur besseren Übersicht jeweils doppelt (die höchsten) bzw. einfach (die niedrigsten) unterstrichen.

sich oft negativ aus. Bei den *Peer-Problemen* weist ebenfalls Großbritannien die höchste interne Konsistenz auf ($\alpha = 0.639$) während der niedrigste Wert in Frankreich beobachtet wird ($\alpha = 0.457$). Vergleichbar mit dem Selbstbericht ist auch hier die Aussage „*kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern*“ der internen Konsistenz am abträglichsten. Die Werte der weiteren Subskalen bewegen sich insgesamt auf einem etwas höheren Niveau und reichen bei der *emotionalen Skala* von 0.599 (ES) bis 0.743 (DE), bei der *Hyperaktivitäts-Skala* von 0.651 (PL) bis 0.785 (UK) und bei der *prosozialen Skala* von 0.608 (ES) bis 0.749 (CZ). Bei diesen drei Skalen wirken sich im Elternbericht in den meisten Ländern die gleichen Items am negativsten auf die interne Konsistenz aus wie im selbstberichteten SDQ: die Angaben zu häufigen Kopf- und Bauchschmerzen, das Item zum Nachdenken bevor man handelt, sowie das Berichten über das Teilen mit Anderen und über das Verhalten gegenüber jüngeren Kindern.

Auch bei den elternberichteten Daten fällt auf, dass Großbritannien im Ländervergleich in allen Subskalen mit die höchsten internen Konsistenzen aufweist. Auch Österreich, Deutschland und die Niederlande zeigen in der Mehrheit der Subskalen hohe Cronbach's α Werte. Die internen Konsistenzen in Griechenland, Spanien und Ungarn sind überwiegend niedrig und in anderen Ländern wie Tschechien und Frankreich zeigt sich ein gemischtes Bild, da hier einige Subskalen mit die höchsten und andere mit die niedrigsten Cronbach's α Werte aufweisen.

Die bereits in den selbstberichteten Daten beobachtete Tendenz einer höheren Reliabilität der Jungen-Angaben in den meisten Ländern ist in den elternberichteten Daten noch deutlicher ausgeprägt. Die geschlechtsspezifischen internen Konsistenzen zeigen, dass in acht der zwölf Länder die Angaben der Jungen mindestens in drei der fünf Subskalen eine – wenn auch teilweise nur geringfügig – höhere Konsistenz aufweisen. Dabei sind in zwei Ländern (CH, CZ) die Geschlechterunterschiede weniger deutlich ausgeprägt: hier liegen die Cronbach's α Werte der Jungen nur in drei Subskalen über denen der Mädchen. In drei anderen Ländern (ES, FR, HU) ist dies jedoch sogar bei vier der fünf und in weiteren drei Ländern (DE, EL, NL) sogar bei allen Subskalen der Fall. Nur in zwei Ländern (PL, UK) weisen in den meisten Subskalen (drei von fünf) die Angaben der Mädchen eine höhere Reliabilität auf.

Auch hier zeigen sich Unterschiede in Abhängigkeit vom Inhalt der einzelnen Subskalen – wenn auch nicht so deutlich wie im Selbsturteil. Eine höhere Reliabilität der Jungenangaben zeigt sich besonders deutlich hinsichtlich der Hyperaktivitäts-Probleme (in zehn von elf Ländern), hinsichtlich der Verhaltensprobleme und des prosozialen Verhaltens (in neun Ländern) sowie der Peerprobleme (acht Länder). Für die emotionalen Probleme sind hingegen in sieben der elf Länder höhere interne Konsistenzen der Mädchenangaben beobachtbar.

Tabelle 9. Cronbach's α der KIDSCREEN-Skalen (Selbstbericht) ^a

| | | KIDSCREEN-Schule | | KIDSCREEN-Familie | | KIDSCREEN-Freundschaften | | KIDSCREEN-Bullying | |
|-----|---------------|------------------|-------|-------------------|-------|--------------------------|-------|--------------------|-------|
| | | α | n | α | n | α | n | α | n |
| AT | Gesamt | 0.844 | 868 | 0.871 | 907 | 0.850 | 918 | 0.821 | 883 |
| | Mädchen | 0.843 | 470 | 0.889 | 488 | 0.849 | 494 | 0.801 | 482 |
| | Jungen | 0.847 | 398 | 0.841 | 419 | 0.855 | 424 | <u>0.844</u> | 401 |
| CH | Gesamt | 0.835 | 1051 | 0.859 | 1051 | 0.846 | 1071 | 0.755 | 1086 |
| | Mädchen | 0.819 | 560 | 0.884 | 570 | 0.831 | 580 | 0.754 | 590 |
| | Jungen | 0.854 | 491 | <u>0.812</u> | 481 | 0.864 | 491 | 0.756 | 496 |
| CZ | Gesamt | 0.866 | 1016 | 0.892 | 1023 | 0.857 | 1026 | 0.757 | 1025 |
| | Mädchen | 0.867 | 497 | 0.888 | 500 | 0.867 | 502 | 0.729 | 503 |
| | Jungen | 0.865 | 519 | 0.896 | 523 | 0.848 | 524 | 0.786 | 522 |
| DE | Gesamt | 0.837 | 1039 | 0.871 | 1052 | 0.851 | 1060 | 0.809 | 1057 |
| | Mädchen | 0.838 | 546 | 0.891 | 559 | 0.863 | 560 | 0.783 | 553 |
| | Jungen | 0.838 | 493 | 0.842 | 493 | 0.839 | 500 | 0.836 | 504 |
| EL | Gesamt | 0.815 | 1155 | 0.862 | 1152 | 0.849 | 1145 | 0.740 | 1169 |
| | Mädchen | <u>0.801</u> | 694 | 0.871 | 688 | 0.859 | 687 | <u>0.584</u> | 700 |
| | Jungen | 0.836 | 461 | 0.840 | 464 | <u>0.831</u> | 458 | <u>0.844</u> | 701 |
| ES | Gesamt | 0.854 | 515 | 0.892 | 528 | 0.835 | 527 | 0.735 | 526 |
| | Mädchen | 0.859 | 264 | <u>0.917</u> | 270 | 0.834 | 270 | 0.738 | 266 |
| | Jungen | 0.845 | 251 | 0.844 | 258 | 0.842 | 257 | 0.733 | 260 |
| FR | Gesamt | 0.829 | 607 | 0.879 | 608 | 0.879 | 610 | 0.692 | 617 |
| | Mädchen | 0.816 | 324 | 0.887 | 324 | 0.878 | 323 | 0.663 | 328 |
| | Jungen | 0.841 | 283 | 0.869 | 284 | 0.876 | 287 | <u>0.720</u> | 289 |
| HU | Gesamt | 0.832 | 1843 | 0.884 | 1839 | 0.831 | 1835 | 0.765 | 1850 |
| | Mädchen | 0.822 | 1122 | 0.895 | 1114 | <u>0.822</u> | 1113 | 0.757 | 1125 |
| | Jungen | 0.845 | 721 | 0.859 | 725 | 0.845 | 722 | 0.775 | 725 |
| NL | Gesamt | 0.830 | 1177 | 0.874 | 1188 | 0.847 | 1192 | 0.732 | 1188 |
| | Mädchen | 0.841 | 617 | <u>0.883</u> | 621 | 0.835 | 626 | 0.737 | 620 |
| | Jungen | <u>0.820</u> | 560 | 0.866 | 567 | 0.861 | 566 | 0.731 | 568 |
| PL | Gesamt | 0.841 | 1022 | 0.906 | 1017 | 0.876 | 1021 | 0.828 | 1030 |
| | Mädchen | 0.843 | 569 | 0.915 | 566 | <u>0.887</u> | 566 | <u>0.847</u> | 571 |
| | Jungen | 0.838 | 453 | 0.893 | 451 | <u>0.860</u> | 455 | <u>0.795</u> | 459 |
| SE | Gesamt | 0.862 | 3186 | 0.897 | 3186 | 0.847 | 3204 | 0.808 | 3213 |
| | Mädchen | 0.865 | 1559 | 0.908 | 1559 | 0.856 | 1564 | 0.808 | 1573 |
| | Jungen | 0.860 | 1627 | 0.879 | 1627 | 0.840 | 1640 | 0.808 | 1640 |
| UK | Gesamt | 0.886 | 880 | 0.912 | 886 | 0.886 | 872 | 0.826 | 895 |
| | Mädchen | <u>0.893</u> | 438 | 0.913 | 446 | <u>0.887</u> | 434 | 0.834 | 445 |
| | Jungen | <u>0.879</u> | 442 | <u>0.911</u> | 440 | <u>0.881</u> | 438 | 0.818 | 450 |
| Ges | Gesamt | 0.860 | 15249 | 0.892 | 15324 | 0.855 | 15369 | 0.782 | 15436 |
| | Mädchen | 0.857 | 8222 | 0.901 | 8264 | 0.856 | 8276 | 0.777 | 8317 |
| | Jungen | 0.865 | 7027 | 0.877 | 7060 | 0.856 | 7093 | 0.788 | 7119 |

^a Die im Ländervergleich höchsten und niedrigsten Gesamt- und geschlechtsspezifischen Werte sind zur besseren Übersicht jeweils doppelt (die höchsten) bzw. einfach (die niedrigsten) unterstrichen.

Tabelle 9 zeigt, dass die hier verwendeten KIDSCREEN-Skalen durchweg höhere interne Konsistenzen aufweisen als die zuvor beschriebenen SDQ-Subskalen. Drei der vier KIDSCREEN-Skalen (zur Erfassung des Wohlbefindens in der Familie, in der Gleichaltrigen-gruppe und in der Schule) überschreiten in allen Ländern einen Wert von Cronbach's $\alpha=0.80$. Die Bullying-Skala weist niedrigere interne Konsistenzen auf, die jedoch in allen Ländern – mit Ausnahme Frankreichs – das für Gruppenvergleiche geforderte Niveau von $\alpha=0.70$ dennoch erreichen (siehe 4.3). Auch in Frankreich wird dieser Wert mit einer internen Konsistenz von $\alpha=0.692$ nur knapp verfehlt.

Die Schwankungsbreite der internen Konsistenzen in den einzelnen Ländern ist für die Familien-Skala (zwischen 0.859 in CH und 0.912 in UK), die Gleichaltrigen-Skala (zwischen 0.831 in HU und 0.886 in UK) und die Schul-Skala (zwischen 0.815 in EL und 0.886 in UK) eher klein. Auch die Bullying-Skala weist mit Cronbach's α Werten zwischen 0.692 (FR) und 0.828 (PL) verglichen mit einigen SDQ-Subskalen (und hier vor allem der Verhaltensskala, aber auch der prosozialen, Hyperaktivitäts- und Peer-Skala) einen kleineren Range auf. Insgesamt zeichnen sich jedoch auch hier leichte Trends in Bezug auf Länderunterschiede ab: so weisen die Daten aus Großbritannien und Polen in vier bzw. drei Skalen mit die höchsten internen Konsistenzen auf, während bspw. Griechenland und die Niederlande in den meisten Skalen zu den Ländern mit den niedrigsten Werten gehören.

Für die Geschlechter zeichnen sich insgesamt keine systematischen Unterschiede hinsichtlich unterschiedlicher Reliabilitäten ab. Lediglich für die Familien-Skala fällt auf, dass in allen Ländern außer Tschechien die interne Konsistenz in den Daten der Mädchen höher liegt.

Zusammenfassung

Die Cronbach's α Werte der **SDQ-Gesamtskala** schwanken in den verschiedenen Ländern zwischen 0.72 und 0.82 (Selbstbericht) bzw. zwischen 0.77 und 0.83 (Elternbericht) und erreichen somit durchgehend das für Gruppenvergleiche erforderliche Mindestniveau von $\alpha = 0.70$.

Die Werte für die einzelnen **Subskalen** liegen jedoch teilweise deutlich darunter. Insbesondere für die Skalen Verhaltensprobleme und Peer-Probleme können in Eltern- wie Selbstbericht auch Werte ≤ 0.5 beobachtet werden, während die Ergebnisse für die emotionale Subskala, die Hyperaktivitäts-Subskala und die prosoziale Subskala etwas besser ausfallen. Die Betrachtung **geschlechtsspezifischer Reliabilitäten** erbrachte in den meisten Ländern Hinweise auf geringfügig konsistentere Angaben der Jungen (Selbstbericht) bzw. für die Jungen (Elternbericht). Dies gilt insbesondere hinsichtlich der Verhaltensprobleme. Insgesamt zeigten sich jedoch keine großen Geschlechterunterschiede.

Ansatzweise lassen sich systematische **Länderunterschiede** erkennen, da bspw. Großbritannien auffällig häufig die höchsten internen Konsistenzen aufweist, während sich andere Länder häufiger unter den Ländern mit den geringsten Werten befinden. Grundsätzlich lassen sich die charakteristischen Probleme im Bereich der Subskalen jedoch unabhängig von einzelnen Ländern durchgehend beobachten.

Die **KIDSCREEN-Skalen** weisen insgesamt recht hohe interne Konsistenzen von durchgehend $>.80$ bzw. in der kürzesten Skala von zumeist $>.70$ auf. Die Schwankungsbreite der verschiedenen länderspezifischen Werte ist hier recht klein und auch geschlechtsspezifische Unterschiede können nur sehr eingeschränkt beobachtet werden.

5.2.3 Faktorenstruktur des SDQs nach Land und Geschlecht

Um zu prüfen, inwiefern das dem SDQ zugrunde liegende Messmodell gleichermaßen auf die zwölf Länder angewendet werden kann, die den SDQ einsetzen, wurden für jedes Land drei Hauptkomponenten-Faktorenanalysen (Gesamtdaten, Mädchen, Jungen) durchgeführt. Dabei wurde geprüft, inwiefern die Items der fünf Skalen tatsächlich ihre höchsten Ladungen auf den postulierten fünf Faktoren emotionale, Verhaltens- und Peer-Probleme, Hyperaktivität sowie prosoziales Verhalten aufweisen. Da diese Analysen für alle elf (Elternbericht) bzw. zwölf (Selbstbericht) Länder insgesamt sowie geschlechtsspezifisch durchgeführt wurden, sind die Analyseergebnisse in Form von 33 Elternbericht- und 36 Selbstbericht-Tabellen dem Anhang beigelegt und werden hier lediglich in einer Zusammenfassung präsentiert.

Für den **elternberichteten SDQ-Symptomfragebogen** konnte in keinem der hier einbezogenen elf Länder die durch das Modell angenommene Faktorenstruktur perfekt reproduziert werden.⁶⁵

Wie die in **Tabelle 10** gegebene Übersicht zeigt, konnten in vier Ländern (CH, DE, NL, UK) für vier der fünf Skalen alle Items mit ihrer Hauptladung jeweils einem der Skala entsprechenden Faktor zugeordnet werden, in einem weiteren Land (AT) war dies für drei Skalen möglich. In den meisten Ländern (CZ, EL, ES, FR, HU) laden jedoch nur die Items zweier Skalen auf jeweils einen gemeinsamen Faktor und in einem Land (PL) war dies sogar nur für eine Skala der Fall.

Am häufigsten konnte für die Items der prosozialen Skala (in zehn Ländern) sowie für die Items der emotionalen Skala (in neun Ländern) ein gemeinsamer „dahinterliegender“ Faktor bestätigt werden. Bezieht man hierbei auch diejenigen Länder ein, in denen jeweils nur ein Skalenitem auf einem anderen Faktor höher lädt, können diese beiden Faktoren sogar in allen Ländern bestätigt werden. Die geschlechtsspezifische Betrachtung der Daten zeigt, dass der emotionale Faktor für die Mädchen häufiger gezeigt werden kann, der prosoziale Faktor aber bei beiden Geschlechtern gleichermaßen stark ausgeprägt ist (**Tabelle 10**). Der Hyperaktivitäts-Faktor lässt sich insgesamt in weniger als der Hälfte der hier untersuchten Länder reproduzieren (CH, DE, ES, NL, UK). Hier ist jedoch eine geringere Ausprägung dieses Faktors in den Daten der Mädchen festzustellen, die nur in zwei Ländern einen solchen Faktor anzeigen, während er bei den Jungen in fünf Ländern beobachtbar ist.

Bei Betrachtung der Übersichtstabelle (**Tabelle 10**) fällt jedoch insbesondere ins Auge, dass in keinem der elf Länder ein gemeinsamer Faktor für die Items der Verhaltensprobleme-Skala beobachtet werden konnte. Aus **Tabelle 10** ist zudem ersichtlich, dass auch in den vier

⁶⁵ Ohne die Festlegung von fünf Faktoren würden in allen Ländern mehr Faktoren mit Eigenwerten > 1 extrahiert: AT=7, CH=8, CZ=6, DE=6, EL=6, ES=8, FR=7, HU=7, NL=6, PL=6, UK=7

Ländern, in denen die Faktorenstrukturen am besten mit den Modellannahmen übereinstimmen, auf der Verhaltensprobleme-Skala mindestens ein (NL) oder zwei Items (CH, DE, UK) ihre höchste Faktorladung nicht auf dem jeweiligen Skalenfaktor – also auf dem Faktor, auf den die anderen Items der Skala überwiegend laden – zeigen. In allen diesen Fällen handelt es sich um die gleichen Items: das Item „*hat oft Wutanfälle, ist aufbrausend*“, das eine höhere Ladung auf dem emotionalen Faktor aufweist, sowie das Item „*im allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen*“, das höher auf dem prosozialen Faktor lädt. Diese beiden Items erweisen sich auch in den anderen Ländern als problematisch. Das Item bzgl. der allgemeinen Folgsamkeit lädt nur in einem Land – in Spanien – wie durch das Modell vorgesehen auf einem Verhaltensskalen-Faktor, während es in allen anderen Ländern der prosozialen Skala zugeordnet wird. Und auch das Item hinsichtlich der Wutanfälle wird in knapp der Hälfte der Länder der emotionalen Skala zugeordnet (**Tabelle 10**).

Tabelle 10. Übersicht der in Faktorenanalysen reproduzierten Faktoren der SDQ-Elternversion ^{a,b,c}

| beide Geschlechter | | | | | | Mädchen | | | | | | Jungen | | | | | |
|--------------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---|
| EMO | VER | HYP | PEE | PRO | Σ ^d | EMO | VER | HYP | PEE | PRO | Σ ^d | EMO | VER | HYP | PEE | PRO | Σ |
| AT | | | AT | AT | 3 | AT | | | AT | AT | 3 | (AT) | | | (AT) | AT | 2 |
| CH | | CH | CH | CH | 4 | CH | CH | | CH | CH | 3 | (CH) | (CH) | | CH | CH | 1 |
| CZ | | | | CZ | 2 | (CZ) | | | | CZ | 1 | CZ | | | CZ | CZ | 2 |
| DE | | DE | DE | DE | 4 | DE | | | | | 1 | DE | DE | DE | DE | DE | 4 |
| EL | | | | EL | 2 | EL | | | | EL | 1 | EL | | | | EL | 1 |
| ES | ES | ES | | ES | 2 | ES | | | | ES | 1 | | | ES | ES | ES | 2 |
| FR | | | | FR | 2 | FR | | | | FR | 1 | (FR) | | FR | | FR | 1 |
| HU | | | HU | HU | 2 | HU | | | HU | HU | 1 | HU | (HU) | | HU | HU | 1 |
| NL | NL | NL | NL | NL | 4 | NL | NL | NL | NL | NL | 2 | NL | NL | NL | NL | NL | 4 |
| PL | | | | PL | 1 | PL | | PL | PL | PL | 2 | | | | | PL | |
| UK | | UK | UK | UK | 4 | (UK) | | UK | | (UK) | 3 | UK | | UK | UK | UK | 4 |
| 9 ^e | 0 ^e | 5 ^e | 6 ^e | 10 ^e | | 8 ^e | 0 ^e | 2 ^e | 2 ^e | 7 ^e | | 5 ^e | 0 ^e | 5 ^e | 5 ^e | 7 ^e | |

EMO=Emotionale Probleme, VER= Verhaltensprobleme, HYP= Hyperaktivität, PEE= Peer-Probleme, PRO= Prosoziales Verhalten,
^a schwarzes Länderkürzel= alle fünf Items laden auf gemeinsamen Faktor, ^b graues, kursives Länderkürzel= vier Items laden auf gemeinsamen Faktor, ^c Klammern= eine andere Skala weist die meisten Ladungen auf dem gleichen Faktor auf,
^d Zeilensummen= Anzahl vollständig reproduzierter Skalen ^e Spaltensummen= Anzahl der Länder mit dem jeweiligen Faktor

Somit kann in den meisten Ländern für die Verhaltensprobleme-Skala nur aufgrund von drei (AT, CH, CZ, DE, PL, UK) oder vier Items (ES, NL), die auf einen gemeinsamen Faktor laden, auf einen Faktor „Verhaltensprobleme“ geschlossen werden. In vielen Ländern und auch in den geschlechtsspezifischen Auswertungen lässt sich jedoch kein solcher Faktor mehr erkennen, da sich die höchsten Faktorladungen der Verhaltensskala-Items über die Faktoren anderer Skalen (oder auch nicht eindeutig interpretierbarer Faktoren) verteilen (Gesamt: EL, FR, HU, Mädchen: AT, DE, EL, FR, HU, Jungen: AT, EL, FR, PL, UK). In anderen Ländern lädt zwar

die Mehrheit der Verhaltensprobleme-Items auf den gleichen Faktor, diesem ordnen sich dann jedoch auch Items anderer Skalen überwiegend zu, so dass er nicht als Verhaltensprobleme-Faktor interpretiert werden kann. So laden bei den Schweizer Jungen vier Verhaltensitems auf den gleichen Faktor wie alle Items der emotionalen Skala, bei den Jungen aus Tschechien laden drei Verhaltensitems auf den gleichen Faktor wie drei Hyperaktivitäts-Items und bei den Mädchen aus Großbritannien laden drei Verhaltensitems auf den prosozialen Faktor.

Dies verdeutlicht, dass viele Abweichungen von der postulierten Faktorenstruktur zu beobachten sind, die in der Mehrheit der Länder gleichermaßen auftreten (wie bspw. die Zuordnung einzelner Verhaltensitems), aber auch Abweichungen auftreten, die nach Land (und Geschlecht) verschieden ausgeprägt sind, so wie die Zuordnung von verhaltensproblembezogenen Items zu einem emotionalen, Hyperaktivitäts- oder auch prosozialen Faktor.

Betrachtet man nicht nur die Länder, in denen alle fünf oder zumindest vier Items einer Subskala auf einem gemeinsamen Faktor laden, sondern unterstellt auch für alle Skalen, bei denen mindestens drei Items auf dem selben Faktor die höchste Ladung aufweisen, einen solchen gemeinsamen Faktor, lässt sich in acht der elf Länder eine Faktorenstruktur im Sinne des Modells beobachten (**Tabelle 11**). Auch nach diesem weiten Kriterium ist jedoch die Faktorenstruktur in Griechenland, Frankreich und Ungarn nicht reproduzierbar. In keinem dieser Länder ist ein den Verhaltensproblemen gemeinsamer Faktor beobachtbar, vielmehr ordnen sich zumeist zwei Verhaltensprobleme-Items und zwei Hyperaktivitäts-Items einem undefinierten Faktor zu. Diese unklare Abgrenzung zwischen einem Verhaltensfaktor und einem Hyperaktivitätsfaktor lässt sich auch in anderen Ländern beobachten (AT, CZ), in denen auch zwei Hyperaktivitätsitems auf dem „Verhaltensprobleme“-Faktor laden.

In den geschlechtsspezifischen Analysen können nur für drei (Mädchen: CH, NL, PL) bzw. zwei Länder (Jungen: DE, NL) die Faktorenstrukturen des Modells repliziert werden. Vor allem weil oft kein eindeutig den Verhaltensproblemen zugrundeliegender Faktor beobachtbar ist (Mädchen: AT, DE, ES, FR, HU, UK; Jungen: AT, CH, CZ, EL, ES, HU, PL, UK), ergeben sich unklare Faktorenstrukturen. Teilweise zeigt sich ein Faktor, auf dem sowohl einige Verhaltensproblem-Items als auch einige Hyperaktivitätsitems die höchsten Ladungen aufweisen (Mädchen: AT; DE, ES, HU; Jungen: AT, CZ, HU). Aber auch andere Kombinationen von Items verschiedener Subskalen auf dem gleichen Faktor sind beobachtbar, wie bspw. die Kombination von Verhaltensproblem-Items mit prosozialen Items (UK Mädchen) oder emotionalen Items (Jungen CH) bzw. von emotionalen Problemen mit Hyperaktivitäts-Items (Mädchen CZ) oder mit Peer-Problem-Items (Mädchen: DE, UK; Jungen: AT, FR).

Tabelle 11. Übersicht der Hauptkomponenten-Faktorenanalysen (Varimax, Eltern-SDQ)^{a, b, c}

| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE | NL | PL | SE | UK |
|------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|----|-------------------------|-------------------------|----|-------------------------|
| Emotionale Probleme | | | | | | | | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.57 | 0.60 | 0.56 | 0.55 | 0.53 | 0.47 | 0.41 | 0.63 | | 0.62 | 0.49 | | 0.56 |
| viele Sorgen | 0.64 | 0.66 | 0.68⁺ | 0.66 | 0.57 | 0.54 | 0.74 | 0.70 | | 0.73 | 0.74 | | 0.75 |
| oft unglücklich | 0.69 | 0.62 | 0.62 | 0.74 | 0.68 | <i>0.40^V</i> | 0.54 | 0.71 | | 0.61 | 0.65 | | 0.70 |
| verliert Selbstvertrauen | 0.54⁺ | 0.61⁺ | 0.56⁺ | 0.58 | 0.50⁺ | 0.51⁺ | 0.56 | <i>0.42^H</i> | | 0.69 | 0.63 | | 0.59 |
| viele Ängste | 0.70 | 0.63 | 0.51⁺ | 0.71 | 0.53 | 0.64 | 0.67 | 0.51⁺ | | 0.64 | 0.44 | | 0.65 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | | | | | | | | |
| leicht wütend | 0.50⁺ | <i>0.21^E</i> | <i>0.22^E</i> | <i>0.34^E</i> | U | 0.61 | U | E | | 0.37⁺ | H | | <i>0.36^E</i> |
| im allgemeinen folgsam | P | <i>0.18^P</i> | P | P | P | 0.42⁺ | P | P | | <i>0.38^P</i> | P | | <i>0.24^P</i> |
| streitet oder schikaniert | 0.53⁺ | 0.44 | 0.64 | 0.62 | U | 0.61 | U | P | | 0.50 | 0.60 | | 0.64 |
| lügt oder mogelt | 0.33 | 0.57 | 0.52⁺ | 0.60 | U | 0.59 | F | U | | 0.65 | 0.52 | | 0.52⁺ |
| stiehlt | E | 0.69 | 0.57 | 0.73 | U | <i>0.21^F</i> | F | U | | 0.69 | 0.77 | | 0.75 |
| Hyperaktivität | | | | | | | | | | | | | |
| unruhig, überaktiv | <i>0.25^V</i> | 0.62⁺ | <i>0.31^V</i> | 0.74 | U | 0.78 | <i>0.22^U</i> | <i>0.16^U</i> | | 0.74 | 0.75 | | 0.77 |
| ständig zappelig | <i>0.26^V</i> | 0.52⁺ | <i>0.16^V</i> | 0.69 | U | 0.75 | <i>0.31^U</i> | <i>0.16^U</i> | | 0.63 | 0.64 | | 0.69 |
| leicht ablenkbar | 0.74 | 0.77 | 0.46⁺ | 0.71 | 0.59 | 0.60 | 0.71⁺ | 0.71 | | 0.78 | 0.47⁺ | | 0.78 |
| denkt vorm Handeln | 0.57 | 0.63 | 0.69⁺ | 0.55⁺ | 0.65 | 0.59⁺ | 0.63 | 0.53⁺ | | 0.58⁺ | P | | 0.54⁺ |
| führt Aufgaben zu Ende | 0.80 | 0.75 | 0.62⁺ | 0.66⁺ | 0.71 | 0.59⁺ | 0.75 | 0.74 | | 0.68 | <i>0.32^P</i> | | 0.66 |
| Peer-Probleme | | | | | | | | | | | | | |
| meistens für sich | 0.58 | 0.62 | 0.48 | 0.56⁺ | E | <i>0.30^E</i> | <i>0.30^E</i> | 0.42⁺ | | 0.56⁺ | <i>0.43^E</i> | | 0.54 |
| mind. einen Freund | 0.50 | 0.62 | 0.63 | 0.59 | P | 0.40⁺ | 0.55 | 0.61 | | 0.61 | 0.65 | | 0.64 |
| bei anderen beliebt | 0.61 | 0.53 | 0.58⁺ | 0.55 | P | 0.55 | 0.38⁺ | 0.48⁺ | | 0.55 | 0.53⁺ | | 0.68 |
| wird gehänselt | 0.62 | 0.50⁺ | <i>0.40^V</i> | 0.42⁺ | U | 0.51⁺ | 0.46⁺ | 0.59 | | 0.48⁺ | <i>0.32^V</i> | | 0.45⁺ |
| besser mit Erwachsenen | 0.56 | 0.55 | <i>0.13^H</i> | 0.58 | E | <i>0.43^E</i> | H | 0.52 | | 0.50 | 0.50⁺ | | 0.59 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | | | | | | | | |
| rücksichtsvoll | 0.63 | 0.68 | 0.69 | 0.63 | 0.59 | 0.59 | 0.56 | 0.55 | | 0.63⁺ | 0.49⁺ | | 0.72 |
| teilt gerne | 0.54 | 0.55⁺ | 0.62 | 0.56 | 0.59 | 0.49 | 0.51⁺ | 0.63 | | 0.52 | <i>0.41^F</i> | | 0.61 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.69 | 0.66 | 0.62 | 0.63 | 0.66 | 0.62 | 0.74 | 0.55 | | 0.70 | 0.69 | | 0.73 |
| lieb zu jüngeren | 0.57 | 0.44 | 0.64 | 0.49 | 0.57 | 0.42 | 0.54⁺ | 0.59 | | 0.49 | 0.59 | | 0.61 |
| hilft freiwillig | 0.67 | 0.70 | 0.65⁺ | 0.63 | 0.65 | 0.66 | 0.73 | 0.70 | | 0.71 | 0.70 | | 0.65 |

^a = fett markierte Werte: Hauptladung ≥ 0.3 auf einem inhaltlich eindeutig zuordenbaren Subskalenfaktor, auf dem mind. drei Items der jeweiligen Subskala ihre Hauptladung aufweisen und auf dem **nicht auch** mind. drei Items einer anderen Skala die Hauptladung aufweisen

^b = kleine graue und kursiv gesetzte Werte: Faktorenladungen auf dem eindeutigen Subskalenfaktor, die jedoch nicht die höchste Faktorladung des jeweiligen Items darstellen

^c = freie Felder: keine Ladung ≥ 0.1 auf dem jeweiligen Subskalenfaktor oder kein inhaltlich eindeutiger Subskalenfaktor vorhanden

^E = höchste Ladung auf dem emotionalen Faktor,

^V = höchste Ladung auf dem Verhaltensfaktor,

^P = höchste Ladung auf dem prosozialen Faktor,

^H = höchste Ladung auf dem Hyperaktivitätsfaktor,

^F = höchste Ladung auf dem Peer-Faktor,

^U = höchste Ladung auf einem inhaltlich uneindeutigen Faktor

⁺ = kennzeichnet Items, die sekundäre Ladungen ≥ 0.3 auf einem oder mehreren anderen Faktoren aufweisen

Zusätzliche Informationen wie bspw. bzgl. der durch einzelne Faktoren aufgeklärten Varianz und Angaben zum Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium lassen sich den detaillierteren Tabellen des Anhangs entnehmen.

Für den **selbstberichteten SDQ-Symptomfragebogen** kann ebenfalls in keinem Land die durch das SDQ-Modell angenommene Faktorenstruktur vollständig repliziert werden.⁶⁶ Lediglich in einem Land (AT) wiesen die Items mit nur einer Ausnahme ihre höchsten Faktorladungen auf ihren jeweiligen „Subskalenfaktoren“ auf. In vier Ländern konnten für drei der fünf Skalen konsistente Ladungen auf dem entsprechenden „Subskalenfaktor“ gezeigt werden (CH, DE, NL, PL). In den meisten Ländern luden jedoch nur die Items zweier (CZ, EL, FR, HU, SE, UK) oder gar nur einer Subskala (ES) durchgängig am höchsten auf einem Skalenfaktor (**Tabelle 12**). In der Selbstberichts-Version lässt sich also die durch das Modell postulierte Faktorenstruktur zumeist am besten in den Ländern reproduzieren, in denen auch die Faktorenstruktur der Elternversion am besten dem Modell entsprach (AT, CH, DE, NL). Ebenfalls korrespondierend mit den Ergebnissen zur Elternberichts-Version des SDQs konnte auch bei der hier betrachteten Jugendlichen-Version des Befragungsinstruments am häufigsten für die prosoziale Skala sowie für die emotionale Skala ein jeweiliger Subskalenfaktor bestätigt werden. Für die Subskala „emotionale Probleme“ zeigt sich sogar, dass in allen zwölf Ländern alle Items der Skala ihre höchsten Ladungen auf einem gemeinsamen Faktor aufweisen, der sich in allen Ländern auch ausschließlich den emotionalen Problemen zuordnen lässt – auf dem also nicht auch Items anderer Subskalen überwiegend laden. Für das prosoziale Verhalten war dies in zehn der zwölf Länder der Fall.

Tabelle 12. Übersicht der in Faktorenanalysen reproduzierten Faktoren der SDQ-Jugendversion^{a,b,c}

| beide Geschlechter | | | | | | Mädchen | | | | | | Jungen | | | | | |
|--------------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---|
| EMO | VER | HYP | PEE | PRO | Σ ^d | EMO | VER | HYP | PEE | PRO | Σ ^d | EMO | VER | HYP | PEE | PRO | Σ |
| AT | AT | AT | AT | AT | 4 | AT | AT | AT | AT | AT | 3 | AT | AT | AT | AT | AT | 4 |
| CH | | | CH | CH | 3 | CH | CH | | CH | CH | 3 | CH | | | | CH | 0 |
| CZ | | | | CZ | 2 | CZ | | | CZ | CZ | 2 | CZ | | CZ | | CZ | 1 |
| DE | | DE | DE | DE | 3 | DE | | | DE | DE | 3 | | | | DE | DE | 1 |
| EL | | | | EL | 2 | EL | | | | EL | 1 | (EL) | | | | EL | 2 |
| ES | | | | (ES) | 1 | ES | | | | ES | 2 | ES | | | | | 1 |
| FR | | | FR | FR | 2 | FR | | FR | | FR | 2 | | | FR | (FR) | FR | 1 |
| HU | | | (HU) | HU | 2 | HU | | | | HU | 2 | | | | HU | HU | 1 |
| NL | NL | NL | | NL | 3 | NL | | NL | | NL | 2 | | | NL | NL | NL | 2 |
| SE | | | SE | SE | 2 | SE | SE | | SE | SE | 3 | | | | SE | SE | 1 |
| PL | | | PL | PL | 3 | PL | | | PL | PL | 1 | PL | | | PL | PL | 0 |
| UK | | | | UK | 2 | | | | | (UK) | 1 | UK | | | | UK | 2 |
| 12 ^e | 0 ^e | 3 ^e | 4 ^e | 10 ^e | | 10 ^e | 0 ^e | 2 ^e | 3 ^e | 10 ^e | | 5 ^e | 0 ^e | 2 ^e | 2 ^e | 7 ^e | |

EMO=Emotionale Probleme, VER= Verhaltensprobleme, HYP= Hyperaktivität, PEE= Peer-Probleme, PRO= Prosoziales Verhalten,
^a schwarzes Länderkürzel= alle fünf Items laden auf gemeinsamen Faktor, ^b graues, kursives Länderkürzel= vier Items laden auf gemeinsamen Faktor, ^c Klammern= eine andere Skala weist die meisten Ladungen auf dem gleichen Faktor auf,
^d Zeilensummen= Anzahl vollständig reproduzierter Skalen ^e Spaltensummen= Anzahl der Länder mit dem jeweiligen Faktor

⁶⁶ Faktorenzahl mit Eigenwerten > 1: AT=8, CH=9, CZ=7, DE=7, EL=8, ES=9, FR=8, HU=7, NL=8, PL=7, SE=7, UK=7

Die geschlechtsspezifische Betrachtung der Daten zeigte für den emotionalen Faktor in der Jugendlichen-Version jedoch größere Unterschiede als in der Eltern-Version: während er für die Mädchen in zehn Ländern eindeutig beobachtbar ist, ordnen sich bei den Jungen nur in fünf Ländern alle Items der emotionalen Skala einem gemeinsamen Faktor zu, der in einem der Länder (EL) auch nicht ausschließlich den emotionalen Problemen zugrundeliegt. Auch der prosoziale Faktor lässt sich in mehr Ländern bei den Mädchen beobachten, hier ist die Geschlechterdifferenz jedoch weniger ausgeprägt (**Tabelle 12**).

Für die Selbstberichts-Version des SDQ-Symptomfragebogens fällt in der Übersichtstabelle (**Tabelle 12**) jedoch auf, dass in keinem Land alle Items der Verhaltensprobleme-Skala auf einem gemeinsamen Faktor laden und auch nur in wenigen Ländern vier der fünf Items einem gemeinsamen Faktor zuzuordnen sind (AT, NL; Mädchen: AT, CH, SE, Jungen: AT). Ebenfalls korrespondierend mit der Elternversion lässt sich beobachten, dass in diesen Ländern, in denen die Faktorenstrukturen am besten mit den Modellannahmen übereinstimmen, die Ausnahmen immer die gleichen Items betreffen. So lädt in den geschlechtsübergreifenden Daten aus Österreich und den Niederlanden sowie bei den österreichischen Mädchen das Verhaltens-Item „*normalerweise tue ich, was man mir sagt*“ höher auf dem Peer-Probleme Faktor. Bei den schweizerischen und schwedischen Mädchen sowie den österreichischen Jungen lädt das Item „*ich werde leicht wütend; ich verliere oft meine Beherrschung*“ am höchsten auf dem emotionalen Faktor. Der Länderüberblick in **Tabelle 13** zeigt weiterhin, dass nur in zwei der zwölf Länder (AT und NL) das Item „*leicht wütend*“ einem emotionalen Faktor zugeordnet werden kann. Das Item bzgl. der allgemeinen Folgsamkeit lädt sogar in keinem einzigen Land auf einem eindeutigen Verhaltensskalen-Faktor. Zwar weist es in Frankreich und Ungarn seine Hauptladung auf dem gleichen Faktor auf wie auch zwei weitere Items der Verhaltens-Skala. Dieser Faktor ist jedoch in keinem der beiden Länder inhaltlich eindeutig interpretierbar, da entweder zudem noch drei Hyperaktivitäts-Items (FR) oder vier Peer-Problem-Items (HU) auf diesem Faktor laden.

Somit kann auch für die Selbstberichtsversion ein Verhaltensprobleme-Faktor in den meisten Ländern nur aufgrund von drei (AT, CH, PL, SE, UK) oder vier Items (AT, NL), die auf einen gemeinsamen Faktor laden, angenommen werden, während in sechs der zwölf Länder (CZ, DE, EL, ES, FR, HU) kein solcher Faktor erkennbar ist (**Tabelle 13**). Und auch in den geschlechtsspezifischen Auswertungen lässt sich nur in fünf (Mädchen: AT, CH, PL, SE, UK) bzw. sieben (Jungen: AT, CH, FR, NL, PL, SE, UK) der zwölf Länder ein solcher Faktor erkennen.

Tabelle 13. Übersicht der Hauptkomponenten-Faktorenanalysen (Varimax, Jugendlichen-SDQ)^{a, b, c, d}

| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE | NL | PL | SE | UK |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Emotionale Probleme | | | | | | | | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.58 | 0.53 | <u>0.39</u> ⁺ | 0.59 | 0.34 | 0.53 | 0.59 | 0.57 | | 0.51 | 0.49 | 0.62 | 0.48 |
| häufig Sorgen | 0.69 | 0.65 | <u>0.49</u> | 0.69 | 0.56 ⁺ | 0.66 | 0.71 | 0.72 | | 0.70 | 0.73 | 0.68 | 0.75 |
| oft unglücklich | 0.71 | 0.67 | <u>0.52</u> ⁺ | 0.69 | 0.60 | 0.69 | 0.74 | 0.75 | | 0.65 | 0.74 | 0.68 | 0.65 |
| verliere Selbstvertrauen | 0.55 | 0.61 | <u>0.48</u> ⁺ | 0.54 | 0.50 ⁺ | 0.61 ⁺ | 0.59 | 0.56 | | 0.68 | 0.60 | 0.60 | 0.58 |
| viele Ängste | 0.66 | 0.72 | <u>0.46</u> ⁺ | 0.59 | 0.48 ⁺ | 0.56 | 0.66 | 0.54 | | 0.54 | 0.63 | 0.55 | 0.49 ⁺ |
| Verhaltensprobleme | | | | | | | | | | | | | |
| leicht wütend | 0.41 | <i>0.16</i> ^E | U | H | U | U | <i>0.24</i> ^E | E | | 0.63 | <i>0.23</i> ^E | <i>0.31</i> ^E | <i>0.15</i> ^H |
| tue, was man mir sagt | <i>0.19</i> ^F | <i>0.13</i> ^H | U | P | E | U | <u>0.44</u> ⁺ | <u>-0.30</u> | | <i>0.32</i> ^F | P | <i>0.28</i> ^F | <i>0.13</i> ^H |
| schlage mich | 0.66 | 0.60 | U | U | U | U | <u>0.59</u> | <i>-0.14</i> ^U | | 0.58 | 0.61 | 0.70 | 0.54 |
| lüge oder moegele | 0.53 | 0.58 ⁺ | U | F | U | U | U | <u>0.57</u> | | 0.57 | 0.61 | 0.53 | 0.67 |
| nehme Dinge | 0.55 | 0.54 | U | U | U | U | <u>0.37</u> | <u>0.30</u> | | 0.40 | 0.49 | 0.59 | 0.63 |
| Hyperaktivität | | | | | | | | | | | | | |
| unruhig, kann nicht ... | 0.68 | <i>0.29</i> ^V | <u>0.67</u> | 0.72 | U | U | <u>0.73</u> | U | | 0.79 | U | 0.81 | U |
| dauernd in Bewegung | 0.62 | <i>0.30</i> ^V | <u>0.70</u> | 0.65 | <i>0.10</i> ^U | U | <u>0.68</u> | U | | 0.77 | U | 0.85 | U |
| lasse mich leicht ablenken | 0.63 | 0.55 ⁺ | <u>0.61</u> | 0.62 | 0.69 | U | <i>0.41</i> ^U | E | | 0.67 | E | 0.42 ⁺ | 0.50 ⁺ |
| denke vorm Handeln | 0.54 | 0.65 | <i>0.19</i> ^P | 0.46 ⁺ | 0.45 ⁺ | U | <i>0.12</i> ^U | U | | 0.32 | P | <i>0.13</i> ^P | 0.60 ⁺ |
| mache Dinge zu Ende | 0.60 | 0.73 | <i>0.36</i> ^P | 0.54 | 0.76 | U | <u>0.39</u> ⁺ | U | | 0.44 ⁺ | P | <i>0.29</i> ^P | 0.68 |
| Peer-Probleme | | | | | | | | | | | | | |
| bin meistens für mich | 0.52 | 0.46 ⁺ | U | 0.56 | E | <u>0.42</u> ⁺ | 0.43 ⁺ | <i>0.41</i> ^E | | 0.41 | 0.67 | 0.56 | E |
| mind. einen Freund | 0.59 | 0.62 | U | 0.53 | P | <u>0.46</u> | 0.52 | <u>0.39</u> | | P | 0.63 | 0.51 | P |
| bei anderen beliebt | 0.53 | 0.56 | U | 0.54 | P | <u>0.50</u> ⁺ | 0.60 ⁺ | <u>0.49</u> ⁺ | | <i>0.32</i> ^P | 0.44 | <i>0.37</i> ^P | P |
| werde gehänselt | 0.62 | 0.61 | U | 0.63 | U | <i>0.31</i> ^U | 0.65 | <u>0.69</u> | | 0.53 | 0.47 ⁺ | 0.45 ⁺ | V |
| besser mit Erwachsenen | 0.32 | 0.53 | U | 0.47 | E | <i>0.17</i> ^U | <i>0.35</i> ^U | <u>0.44</u> ⁺ | | 0.55 | 0.55 | 0.61 | V |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | | | | | | | | |
| versuche nett zu sein | 0.62 | 0.64 | 0.65 | 0.61 | 0.64 | <u>-0.51</u> | 0.62 | 0.61 | | 0.51 ⁺ | 0.51 ⁺ | 0.58 | 0.62 |
| teile normalerweise | 0.53 | 0.52 | 0.64 | <i>0.39</i> ^F | 0.61 | <u>-0.44</u> | 0.43 | 0.56 | | 0.52 | 0.44 ⁺ | 0.52 | 0.53 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.64 | 0.70 | 0.72 | 0.57 | 0.68 | <u>-0.58</u> | 0.66 | 0.69 | | 0.68 | 0.62 | 0.67 | 0.72 |
| nett zu jüngeren | 0.54 | 0.52 | 0.54 | 0.60 | 0.53 | <u>-0.26</u> | 0.54 | 0.63 | | 0.58 | 0.48 | 0.47 ⁺ | 0.63 |
| helfe freiwillig | 0.67 | 0.61 | 0.69 | 0.65 | 0.57 | <i>-0.33</i> ^U | 0.69 | 0.70 | | 0.65 | 0.64 | 0.71 | 0.53 ⁺ |

^a = fett markierte Werte: Hauptladung ≥ 0.3 auf einem inhaltlich eindeutig zuordenbaren Subskalenfaktor, auf dem mind. drei Items der jeweiligen Subskala ihre Hauptladung aufweisen und auf dem **nicht auch** mind. drei Items einer anderen Skala die Hauptladung aufweisen

^b = unterstrichene Werte: Hauptladung ≥ 0.3 auf einem Faktor, auf dem mind. drei Items der jeweiligen Subskala ihre Hauptladung aufweisen, auf dem aber auch mind. drei Items einer anderen Skala die Hauptladung aufweisen

^c = kleine graue und kursiv gesetzte Werte: Faktorenladungen auf dem eindeutigen Subskalenfaktor, die jedoch nicht die höchste Faktorladung des jeweiligen Items darstellen

^d = freie Felder: keine Ladung ≥ 0.1 auf dem jeweiligen Subskalenfaktor oder kein inhaltlich eindeutiger Subskalenfaktor vorhanden

^E = höchste Ladung auf dem emotionalen Faktor,

^V = höchste Ladung auf dem Verhaltensfaktor,

^P = höchste Ladung auf dem prosozialen Faktor,

^H = höchste Ladung auf dem Hyperaktivitätsfaktor,

^F = höchste Ladung auf dem Peer-Faktor,

^U = höchste Ladung auf einem inhaltlich uneindeutigen Faktor

⁺ = kennzeichnet Items, die sekundäre Ladungen ≥ 0.3 auf einem oder mehreren anderen Faktoren aufweisen

Zusätzliche Informationen wie bspw. bzgl. der durch einzelne Faktoren aufgeklärten Varianz und Angaben zum Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium lassen sich den detaillierteren Tabellen des Anhangs entnehmen.

Wie aus **Tabelle 13** auch hervorgeht, sind in den verschiedenen Ländern nicht nur für die Verhaltensprobleme-Items uneindeutige Faktorenladungen zu beobachten. In Tschechien weist die Mehrheit der Hyperaktivitäts-Items die Hauptladung auf dem Faktor auf, auf dem alle emotionalen Items laden. Ein weiterer kombinierter Faktor zeigt sich in Spanien, wo sich sowohl die Items der Peer-Probleme-Skala als auch die Items der prosozialen Skala überwiegend demselben Faktor zuordnen. Die Daten weisen demnach auf verschiedene mögliche Kombinationen hin: Verhaltensprobleme und Hyperaktivitätsprobleme (FR, Mädchen in UK), Verhaltensprobleme und Peer-Probleme (HU), emotionale Probleme und Hyperaktivitätsprobleme (CZ) sowie Peer-Probleme und Prosoziale Probleme (ES, Mädchen in UK). Zudem zeigen die geschlechtsspezifischen Ergebnisse für die griechischen und die französischen Jungen einen gemeinsamen Faktor für die Mehrheit der emotionalen und der Peer-Probleme.

Zusammenfassung

Die Ergebnisse zu den von den Jugendlichen selbstberichteten Daten weisen in der Zusammenschau wie die ihrer Eltern darauf hin, dass **in den meisten Ländern sehr ähnliche Abweichungen von der für den SDQ postulierten Faktorenstruktur** auftreten. Zudem können aber auch Abweichungen beobachtet werden, die sich in den verschiedenen Ländern (und für die beiden Geschlechter) unterschiedlich gestalten, wie bspw. die Kombinationen von Items verschiedener Problemskalen auf einem gemeinsamen Faktor.

Unterstellt man für alle Skalen, bei denen mindestens drei der fünf Items auf einen gemeinsamen Faktor laden, einen solchen gemeinsamen Faktor im Sinne des SDQ-Modells, lässt sich die postulierte Faktorenstruktur im Selbstbericht nur in vier der zwölf Länder reproduzieren, im Elternbericht sind es acht von elf. In sechs (CZ, DE, EL, ES, FR, HU) bzw. drei (EL, FR, HU) Ländern kann die Faktorenstruktur zumindest unter anderem aufgrund des nicht identifizierbaren Verhaltensprobleme-Faktors nicht reproduziert werden. Zudem scheitert das Reproduzieren der Faktorenstruktur, da kein den Hyperaktivitäts-Items (Selbstbericht PL) bzw. den Peer-Problem-Items (Selbstbericht UK, Elternbericht EL) zugrunde liegender gemeinsamer Faktor gezeigt werden kann.

5.2.4 Beziehung zwischen Symptombelastung und berichteter Beeinträchtigung

Tabelle 14 zeigt stratifiziert nach Land den Zusammenhang zwischen dem Berichten einer ausgeprägten Symptomatik im SDQ-Symptomfragebogen einerseits und dem Berichten einer einhergehenden Belastung andererseits. Da die Analyse darauf zielt zu veranschaulichen, inwiefern die im SDQ-Algorithmus verwendeten Cut-off Werte länderübergreifend eine ähnliche Bedeutsamkeit aufweisen, basieren die Angaben aus **Tabelle 14** auf dem Symptomscoring, wie es für den Algorithmus vorgenommen wird. Neben teilweise leicht abweichenden Grenzwerten für die Subskalen wird demnach als zusammenfassendes Maß für eine Symptomatik hier auch nicht der Gesamtwert verwendet, sondern die Information, inwiefern in wenigstens einer Subskala ein mindestens grenzwertiges Ergebnis vorliegt (siehe 4.2.1.1 und Anhang).

Die Ergebnisse zeigen, dass in den verschiedenen Ländern für Jugendliche mit einer im Rahmen des SDQ-Algorithmus als zumindest „grenzwertig“ gewerteten Symptomatik recht unterschiedliche Chancen vorliegen, dass auch eine einhergehende zumindest „grenzwertige“ Belastung berichtet wird.⁶⁷ So liegen die Odds Ratios des zusammenfassenden Maßes – also die Chance, dass mit einer mindestens „grenzwertigen“ Symptomatik in einer der Subskalen auch eine Belastung verbunden ist – in den einzelnen Ländern zwischen 4.0 (CZ; KI_{95%}: 2.9-5.6) und 8.4 (SE; KI_{95%}: 6.6-10.5) im Selbstbericht und zwischen 5.6 (PL; KI_{95%}: 4.0-7.8) und 21.9 (UK; KI_{95%}: 12.1-39.5) im Elternbericht. In beiden Urteiler-Versionen überlappen die Konfidenzintervalle der jeweils höheren und niedrigeren länderspezifischen Odds Ratios nicht, so dass ein signifikanter Unterschied der Effektmaße zwischen den Ländern angenommen werden kann. Zudem wird deutlich, dass die mit einer mindestens grenzwertigen Symptomatik assoziierte Erhöhung der Chance einer Belastung im Selbstbericht generell niedriger ausfällt als im Elternurteil.

Auch auf Subskalenebene zeigen sich Länderunterschiede darin, wie eng hohe Symptomscores mit dem Berichten eines zumindest „deutlichen“ Leidensdrucks einhergehen. Die Assoziationsstärken zwischen Symptomatik und Belastung bewegen sich in den Selbsturteilen zwar insgesamt auf einem niedrigeren Niveau als in den Daten der Eltern. Trotz der geringeren Schwankungsbreiten der länderspezifischen Odds Ratios unterscheiden sich hier jedoch nicht nur für den Gesamtwert sondern auch für die Verhaltens-Subskala die Chancen für eine mit einer vorliegenden Symptomatik einhergehenden Belastung zwischen einigen Ländern signifikant. So kann

⁶⁷ Das Vorliegen einer zumindest „grenzwertigen“ Belastung bedeutet hier, dass in wenigstens einer der Fragen nach einem vorliegendem Leidensdruck bzw. Schwierigkeiten zu Hause, in der Schule, im Unterricht oder in der Freizeit „deutliche“ Probleme berichtet wurden.

5.2 Länderspezifische Unterschiede in der Datenqualität? Beziehung zwischen Symptombelastung und Beeinträchtigung

Tabelle 14. Chancen einer mindestens grenzwertigen Beeinträchtigung bei vorhandener Symptombelastung ^{a,b}

| | AT Exp(b) (95% KI) | CH Exp(b) (95% KI) | CZ Exp(b) (95% KI) | DE Exp(b) (95% KI) | EL Exp(b) (95% KI) | ES Exp(b) (95% KI) | FR Exp(b) (95% KI) | HU Exp(b) (95% KI) | IE^b Exp(b) (95% KI) | NL Exp(b) (95% KI) | PL Exp(b) (95% KI) | SE^b Exp(b) (95% KI) | UK Exp(b) (95% KI) | Ges Exp(b) (95% KI) |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---|---------------------------------|---------------------------------|---|---------------------------------|----------------------------------|
| Selbstbericht | | | | | | | | | | | | | | |
| Gesamt der Subskalen^b | | | | | | | | | | | | | | |
| Grenzwertige oder auffällige Symptome | 5.8 (3.7-9.0) | 5.7 (3.1-10.5) | <u>4.0</u> (2.9-5.6) | 6.0 (3.9-9.3) | 4.5 (3.4-6.0) | 7.5 (4.4-12.8) | 5.6 (3.2-9.9) | 5.0 (4.0-6.3) | | 6.4 (4.3-9.4) | 6.6 (4.5-9.5) | <u>8.4</u> (6.6-10.5) | 7.9 (5.2-12.0) | 5.5 (5.0-6.1) |
| Emotionale Probleme | | | | | | | | | | | | | | |
| Grenzwertige oder auffällige Symptome | 4.0 (2.2-7.5) | <u>2.9</u> (1.1-7.8) | 5.7 (3.5-9.3) | 3.9 (2.0-7.7) | <u>2.9</u> (1.7-4.9) | 5.3 (2.1-13.5) | 4.2 (1.7-10.1) | 4.3 (2.9-6.3) | | <u>7.0</u> (4.1-12.1) | 4.0 (2.3-7.1) | 5.9 (4.3-8.1) | 3.2 (1.7-6.0) | 4.4 (3.8-5.1) |
| Verhaltensprobleme | | | | | | | | | | | | | | |
| Grenzwertige oder auffällige Symptome | <i>1.8</i> (0.8-4.1) | 3.6 (1.4-9.4) | <u>1.4</u> (0.9-2.3) | 3.2 (1.6-6.3) | 2.3 (1.5-3.7) | <u>5.5</u> (2.6-11.7) | 3.2 (1.3-8.0) | 2.2 (1.5-3.1) | | 3.1 (1.6-6.2) | 3.6 (2.0-6.2) | 4.7 (3.2-7.0) | 4.3 (2.5-7.3) | 3.0 (2.6-3.5) |
| Hyperaktivität | | | | | | | | | | | | | | |
| Grenzwertige oder auffällige Symptome | 3.2 (2.0-5.1) | 4.2 (2.4-7.5) | 4.3 (2.6-6.9) | 4.5 (2.9-7.0) | 2.8 (1.9-4.1) | 3.7 (2.1-6.3) | 2.7 (1.5-5.1) | <u>2.2</u> (1.5-3.1) | | 3.6 (2.4-5.3) | 2.6 (1.7-3.8) | 4.5 (3.4-5.9) | <u>5.0</u> (3.1-8.2) | 3.2 (2.9-3.6) |
| Elternbericht | | | | | | | | | | | | | | |
| Gesamt der Subskalen^b | | | | | | | | | | | | | | |
| Grenzwertige oder auffällige Symptome | 10.0 (6.6-15.0) | 8.7 (5.9-12.7) | 9.2 (6.3-13.3) | 11.6 (8.1-16.8) | 6.9 (4.7-10.3) | 6.7 (4.0-11.3) | 6.0 (4.0-9.1) | 8.1 (5.7-11.5) | | 14.4 (10.0-20.8) | <u>5.6</u> (4.0-7.8) | | <u>21.9</u> (12.1-39.5) | 7.9 (7.1-8.9) |
| Emotionale Probleme | | | | | | | | | | | | | | |
| Grenzwertige oder auffällige Symptome | 5.1 (2.7-9.8) | 5.9 (3.2-10.7) | 4.2 (2.6-6.8) | 5.9 (3.1-11.2) | 4.0 (2.3-6.8) | 4.7 (2.1-11.0) | <u>3.1</u> (1.5-6.3) | 7.3 (4.5-11.9) | | <u>9.6</u> (5.8-16.1) | 3.9 (2.6-6.1) | | 6.6 (2.7-16.3) | 5.2 (4.4-6.1) |
| Verhaltensprobleme | | | | | | | | | | | | | | |
| Grenzwertige oder auffällige Symptome | 4.1 (2.5-6.7) | 4.7 (2.8-7.9) | 5.4 (3.5-8.3) | 4.3 (2.6-7.0) | 4.6 (2.8-7.6) | 3.0 (1.5-6.3) | 3.5 (1.6-7.4) | 3.2 (1.5-6.7) | | 6.3 (3.5-11.4) | <u>2.9</u> (1.9-4.6) | | <u>18.8</u> (7.4-47.6) | 4.0 (3.4-4.7) |
| Hyperaktivität | | | | | | | | | | | | | | |
| Grenzwertige oder auffällige Symptome | 10.0 (5.6-17.8) | 9.1 (4.9-16.8) | 6.9 (4.3-11.0) | 10.1 (5.6-18.4) | 3.4 (2.0-6.0) | <u>3.3</u> (1.8-6.1) | 4.5 (2.1-9.5) | 4.9 (2.9-8.3) | | 7.4 (4.7-11.7) | 3.7 (2.2-6.3) | | <u>17.5</u> (8.4-36.3) | 5.6 (4.8-6.6) |

^a kontrolliert für Alter und Geschlecht, ^b aus Irland liegen keine SDQ-Daten vor; nicht signifikante Werte sind *kursiv* gekennzeichnet

für die Verhaltensprobleme in einigen Ländern (AT, CZ) auf Grundlage der selbstberichteten Daten nicht einmal ein signifikanter Zusammenhang zwischen Symptomatik und Belastung beobachtet werden. Die Konfidenzintervalle der in Österreich (OR=1.8; KI_{95%}: 0.8-4.1) und Tschechien (OR=1.4; KI_{95%}: 0.9-2.3) beobachteten Effektmaße überlappen sich zudem nicht mit dem höchsten – in Spanien – beobachteten Odds Ratio von 5.5 (KI_{95%}: 2.6-11.7).

Im Elternurteil ist die Schwankungsbreite der Assoziationen zwischen hohen Symptomscores und erlebter Belastung zwischen den Ländern deutlich größer. Die Odds Ratios schwanken hier bei der *emotionalen Skala* zwischen 3.1 in Frankreich (KI_{95%}:1.5-6.3) und 9.6 (KI_{95%}:5.8-16.1) in den Niederlanden, bei der *Verhaltensprobleme-Skala* zwischen 2.9 in Polen (KI_{95%}: 1.9-4.6) und 18.8 in Großbritannien (KI_{95%}: 7.4-47.6) und bei der *Hyperaktivitäts-Skala* zwischen 3.3 in Spanien (KI_{95%}: 1.8-6.1) und 17.5 (KI_{95%}: 8.4-36.3) in Großbritannien. Die Tatsache, dass sich die Konfidenzintervalle dieser und anderer Länderwerte nicht überschneiden, weist darauf hin, dass die beobachteten Unterschiede zwischen den Ländern nicht zufällig bedingt sind.

Hinsichtlich der Länderunterschiede fällt auf, dass in einigen Ländern mehrheitlich große Assoziationen zwischen berichteter Symptomatik und Belastung beobachtbar sind, während diese in anderen Ländern durchweg geringer ausfallen. Im Elternurteil zeigen sich dabei deutlichere Unterschiede als im Selbsturteil: Großbritannien weist durchweg (mit) die stärksten Assoziationen zwischen hohen Symptomscores und einhergehender Belastung auf, zumeist mit deutlichem Abstand. Auch in den Niederlanden werden hohe Effektmaße beobachtet, bezüglich der emotionalen Probleme übertrifft das Odds Ratio sogar den Wert Großbritanniens. Ebenfalls vergleichsweise eher hohe Assoziationen werden in den deutschen und österreichischen Daten beobachtet.

Für den Selbstbericht lassen sich in dieser Hinsicht aufgrund des eher engen Spektrums der Effektmaße schlechter Tendenzen identifizieren als für den Elternbericht, es fällt jedoch auch in den selbstberichteten Daten ins Auge, dass die in Schweden beobachteten Assoziationen im Ländervergleich immer die größten oder zweitgrößten Werte bilden. Die Niederlande weisen für die emotionalen Probleme das größte Effektmaß auf und Großbritannien zeigt für die Hyperaktivität die stärkste sowie für die Verhaltensprobleme die drittstärkste Assoziation.

Zusammenfassung

Die mit einer mindestens grenzwertigen Symptomatik verbundene Belastung **variiert in den einzelnen Ländern** mit teilweise signifikanten Unterschieden. Es deuten sich auch systematische Länderunterschiede hinsichtlich der Höhe der Assoziationen an. Allgemein fällt die Assoziation zwischen Symptomatik und Belastung im Selbsturteil geringer aus als im Elternurteil. Grundsätzlich erweisen sich jedoch **alle erfragten Symptomkomplexe als relevant für das Erleben einer Belastung.**

5.3 Datengrundlage zur psychischen Auffälligkeit und Prädiktoren

Die in **Tabelle 15** dargestellten Auswertungen zeigen, dass die einzelnen Länder deutliche Unterschiede in der Datengrundlage für das Outcome „psychische Auffälligkeit“ aufweisen. In vielen Ländern (AT, CZ, DE, ES, NL, PL) liegen die Gesamtwerte aus dem SDQ-Symptomfragebogen und dem Impact-Supplement in beiden Beurteilerversionen für nahezu 100% der Befragten vor, so dass der Algorithmus zur Bestimmung der Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer psychischen Auffälligkeit meist auf einer vollständigen Datengrundlage basiert. In anderen Ländern wurden jedoch für über 40% der Jugendlichen die SDQ-Elternfragebögen gar nicht ausgefüllt (HU, UK) bzw. wurde das Elternurteil grundsätzlich nicht erhoben (SE) oder die Angaben der Jugendlichen selber fehlen für etwa die Hälfte (CH, FR) oder ein Drittel (UK) der Stichprobe. In diesen Ländern beruht der Algorithmus entsprechend häufiger ausschließlich auf dem Selbst- oder Elternurteil im Symptomfragebogen und/oder Impact. Weiterhin zeigt **Tabelle 15**, dass eine unvollständige Datengrundlage für das Outcome „psychische Auffälligkeit“ in der Regel daraus resultiert, dass einzelne Instrumente komplett unausgefüllt blieben. Nicht berechenbare Gesamtwerte aufgrund unvollständig ausgefüllter Instrumente spielen hingegen eine sehr untergeordnete Rolle.

Tabelle 15. Vorliegende Daten zu psychischen Auffälligkeiten & Basis des SDQ-Algorithmus

| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE | NL | PL | SE | UK | Ges ^a |
|--|--------|------|-------|------|------|-------|------|------|-----|-------|------|------|------|------------------|
| Gesamt n | 932 | 1097 | 1029 | 1071 | 1174 | 538 | 630 | 1856 | 901 | 1206 | 1035 | 3283 | 902 | 15654 |
| Selbst: SDQ – Symptomfragebogen^b | | | | | | | | | | | | | | |
| Gesamtwert liegt vor | % 99.0 | 48.8 | 99.5 | 99.3 | 96.4 | 98.5 | 50.5 | 98.8 | - | 99.8 | 99.5 | 99.0 | 69.1 | 86.0 |
| Keinerlei Angaben | % 0.2 | 50.5 | 0.0 | 0.3 | 2.2 | 1.1 | 48.7 | 0.4 | - | 0.1 | 0.3 | 0.2 | 29.3 | 13.3 |
| Eltern: SDQ – Symptomfragebogen^b | | | | | | | | | | | | | | |
| Gesamtwert liegt vor | % 96.5 | 97.1 | 99.7 | 98.6 | 86.0 | 96.8 | 94.3 | 57.9 | - | 97.8 | 95.7 | - | 55.7 | 63.4 |
| Keinerlei Angaben | % 3.4 | 1.4 | 0.1 | 1.1 | 13.1 | 2.0 | 4.3 | 42.0 | - | 2.2 | 2.9 | - | 44.1 | 36.2 |
| Selbst: SDQ – Impact^b | | | | | | | | | | | | | | |
| Gesamtwert liegt vor | % 96.8 | 48.7 | 99.8 | 96.6 | 97.2 | 98.3 | 50.8 | 97.9 | - | 99.5 | 98.5 | 96.7 | 68.2 | 84.6 |
| Keinerlei Angaben | % 0.3 | 50.9 | 0.1 | 1.6 | 2.7 | 1.7 | 48.9 | 0.6 | - | 0.4 | 0.3 | 1.7 | 31.2 | 14.0 |
| Eltern: SDQ – Impact^b | | | | | | | | | | | | | | |
| Gesamtwert liegt vor | % 96.5 | 98.1 | 99.8 | 98.8 | 86.5 | 97.6 | 94.3 | 57.7 | - | 97.4 | 96.4 | - | 56.2 | 63.5 |
| Keinerlei Angaben | % 3.4 | 1.9 | 0.0 | 1.0 | 13.4 | 2.2 | 4.3 | 41.9 | - | 2.6 | 3.2 | - | 43.8 | 36.3 |
| SDQ-Algorithmus | | | | | | | | | | | | | | |
| liegt vor auf Basis... | 99.8 | 98.7 | 100.0 | 99.9 | 99.0 | 100.0 | 97.8 | 98.1 | - | 100.0 | 99.5 | 95.6 | 94.9 | 92.5 |
| - aller Angaben | 92.9 | 47.2 | 98.8 | 94.6 | 83.2 | 92.8 | 46.9 | 56.4 | - | 96.2 | 93.5 | 0.0 | 30.3 | 59.2 |
| - beider Selbsturteile | 3.1 | 0.7 | - | 0.8 | 12.1 | 1.1 | 3.1 | 40.5 | - | 1.7 | 3.0 | 99.4 | 40.5 | 30.9 |
| - beider Elternurteile | 0.3 | 49.2 | - | 0.2 | 1.5 | 0.2 | 46.8 | 0.2 | - | 0.0 | 0.1 | 0.0 | 27.7 | 7.5 |
| - anderer Kombinationen | 3.7 | 2.9 | 1.2 | 4.4 | 3.2 | 5.9 | 3.2 | 2.9 | - | 2.1 | 3.4 | 0.6 | 1.5 | 2.5 |

^a niedrige Gesamtwerte entstehen hier durch den Einbezug von Ländern wie Irland und Schweden; ^b Differenzen zu 100% ergeben sich durch den Anteil der ProbandInnen, bei denen aufgrund unvollständiger Angaben kein Gesamtwert berechnet werden konnte.

Bei den KIDSCREEN Skalen lagen die Anteile der ProbandInnen ohne eine einzige Angabe zwischen 0.02% (Peers) und 0.9% (Schule) und überschritten in keinem Land 4.7% (Schule: AT). Bzgl. der FAS lagen in zwischen 0% (FR, NL) und 5% (UK) der Fälle keine Angaben vor.

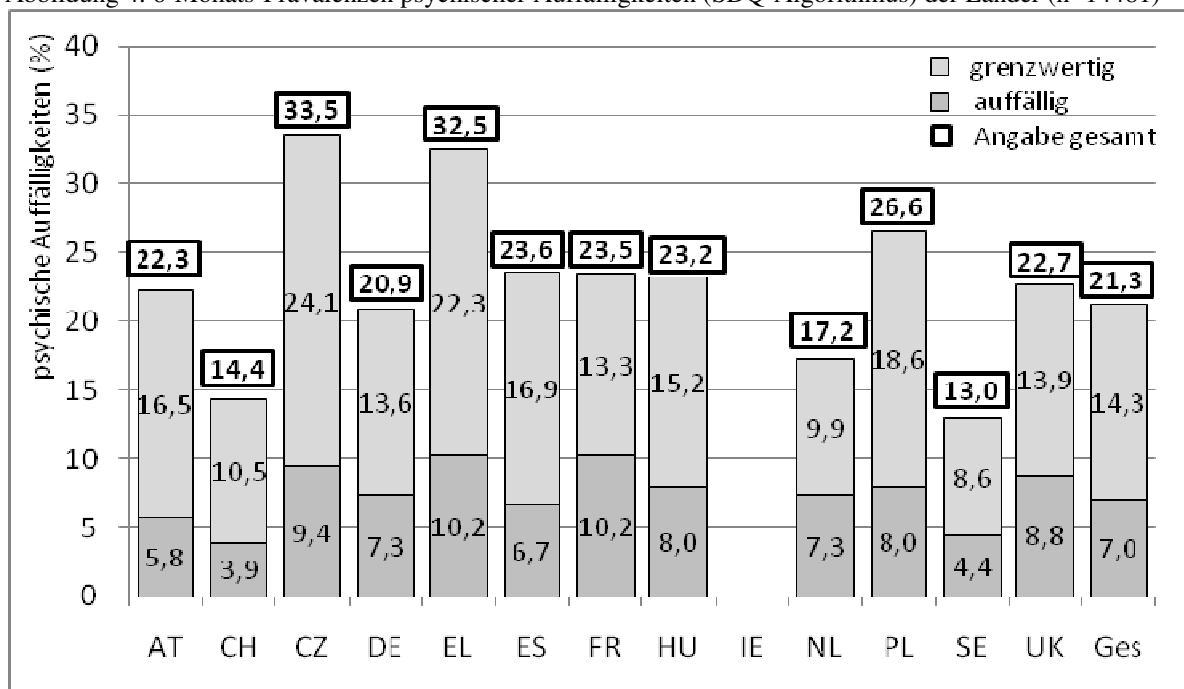
5.4 Raten psychischer Auffälligkeiten in zwölf europäischen Ländern

5.4.1 Unterschiede nach Ländern

Die mit Hilfe des SDQ-Algorithmus ermittelten Raten psychischer Auffälligkeiten bewegen sich in den hier untersuchten zwölf europäischen Ländern zwischen 13.0% (KI_{95%}: 11.8%-14.2%) in Schweden und 33.5% (KI_{95%}: 30.6%-36.4%) in Tschechien - sofern man „grenzwertige“ und „auffällige“ SDQ-Ergebnisse zusammenfasst (**Abbildung 4, Tabelle 16**).⁶⁸ Bei einer solchen sogenannten *liberalen Dichotomisierung* des Outcomes in unauffällige SDQ-Ergebnisse einerseits und grenzwertige und auffällige SDQ-Ergebnisse andererseits (siehe 4.2.1) unterscheiden sich demnach die höchste und die niedrigste länderspezifische Rate psychischer Auffälligkeiten um den Faktor 2.6 (Extremalquotient).

In den Ländern, die die höchsten Raten psychischer Auffälligkeiten aufweisen – Tschechien und Griechenland – zeigt jedeR dritte Jugendliche problematische Werte, während dies in den Ländern mit den niedrigsten Raten – Schweden und der Schweiz – nur bei jedem bzw. jeder siebten oder achten Jugendlichen der Fall ist. In den übrigen acht Ländern bewegen sich die Anteile psychisch auffälliger Jugendlicher zwischen 17.2% (KI_{95%}: 15.1%-19.3%) in den Niederlanden und 26.6% (KI_{95%}: 23.9%-29.3%) in Polen.

Abbildung 4. 6-Monats-Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten (SDQ-Algorithmus) der Länder (n=14481)



⁶⁸ Um eine bessere Übersicht zu ermöglichen, wurde in **Abbildung 4** auf die Darstellung von Konfidenzintervallen verzichtet. Diese sind jedoch gesondert in Tabelle 16. Anteil liberal und konservativ definierter psychischer Auffälligkeiten (KI_{95%}) der Länder“ ausgewiesen.

Hierbei fällt auf, dass die Raten von fünf Ländern (AT, ES, FR, HU, UK) sehr eng beieinander liegen und jeweils maximal ein Prozent vom Median (23.0%) abweichen. Unterhalb dieses Mittelfelds heben sich die Niederlande und Deutschland mit etwas kleineren Auftretenshäufigkeiten ab, oberhalb dieses Mittelfelds liegt Polen mit der dritthöchsten beobachteten Rate. Ein Blick auf die in **Tabelle 16** gesondert dargestellten Konfidenzintervalle zeigt aber, dass sich (neben den oben genannten sehr deutlich abweichenden Werten in CH, CZ, EL, SE) lediglich die Rate der Niederlande signifikant von denen der Länder des Mittelfelds (AT, ES, FR, HU, UK) unterscheidet, während sich die Konfidenzintervalle der deutschen und polnischen Raten mit denen des Mittelfelds überschneiden.

Auch bei Betrachtung der ausschließlich im engeren Sinne „auffälligen“ Jugendlichen (*konservative Dichotomisierung*) findet man die höchsten Raten in Tschechien (9.4%, KI_{95%}: 7.6%-11.2%) und Griechenland (10.2%, KI_{95%}: 8.5%-11.9%) und die niedrigsten Raten in der Schweiz (3.9%, KI_{95%}: 2.8%-5.0%) und Schweden (4.4%, KI_{95%}: 3.7%-5.1%). Zusätzlich nimmt jedoch auch Frankreich einen negativen „Spitzenplatz“ (10.2%, KI_{95%}: 7.8%-12.6%) ein (**Abbildung 4, Tabelle 16**). Auch hier unterscheiden sich die höchste und die niedrigste Rate psychischer Auffälligkeiten um den Faktor 2.6. Neben diesen stärker abweichenden Werten ist aber auch in Bezug auf die streng definierten Raten psychischer Auffälligkeiten ein klarer Schwerpunkt der einzelnen Länderprävalenzen zu beobachten: die Hälfte der in die Analyse einbezogenen Länder (ES, DE, NL, HU, PL, UK) weisen Raten auf, die nur geringfügig – das heißt um etwa ein Prozent – vom Median (7.7%) abweichen.

Nicht nur die teilweise klar voneinander abgrenzbaren Konfidenzintervalle einzelner Länderraten weisen auf signifikante Unterschiede zwischen den Ländern hin. Auch ein $k \times l \chi^2$ -Test für das dreistufige SDQ-Outcome zeigt, dass die Anteile der hinsichtlich ihrer psychischen Gesundheit unauffälligen, grenzwertigen und auffälligen Jugendlichen – wenn auch nur mit einem kleinen Effekt (Cramer-V=0.119) – signifikant von einer Gleichverteilung abweichen ($\chi^2_{(df=22)}=411.016, p<.001$).⁶⁹ Diese signifikanten Unterschiede lassen sich zudem sowohl für die liberal dichotomisierten ($\chi^2_{(df=11)}=376.615, p<.001$) als auch für die konservativ dichotomisierten ($\chi^2_{(df=11)}=96.419; p<.001$) Raten zeigen. Unabhängig von einer weiten oder strengen Definition psychischer Auffälligkeiten können also Länderunterschiede nachgewiesen werden.

⁶⁹ Diese Anteile der hinsichtlich ihrer psychischen Gesundheit grenzwertigen und auffälligen Jugendlichen sind in **Abbildung 4** beziffert. Der Anteil unauffälliger Jugendlicher lässt sich aus der Differenz zu 100 ableiten.

Um beziffern zu können, wie stark sich die Chance Jugendlicher psychisch auffällig zu sein in den verschiedenen Ländern unterscheidet, wurde eine logistische Regressionsanalyse mit dem Prädiktor „Land“ auf das liberal dichotomisierte Outcome „psychische Auffälligkeit“ (kontrolliert für Alter und Geschlecht) unter Verwendung von Abweichungskontrasten durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass im Vergleich mit den europäischen Gesamtraten Jugendliche aus der Schweiz, den Niederlanden und aus Schweden signifikant niedrigere ($OR_{CH}=0.59$, KI_{CH} : 0.50-0.69; $OR_{NL}=0.72$, KI_{NL} : 0.63-0.84; $OR_{SE}=0.54$, KI_{SE} : 0.48-0.60) Chancen für das Auftreten psychischer Auffälligkeiten aufweisen. Die Jugendlichen dreier anderer Länder – Tschechien, Griechenland und Polen – weisen hingegen signifikant höhere Chancen ($OR_{CZ}=1.75$, KI_{CZ} : 1.54-2.00; $OR_{EL}=1.70$, KI_{EL} : 1.50-1.91; $OR_{PL}=1.26$, KI_{PL} : 1.10-1.44) für das Auftreten psychischer Auffälligkeiten auf. Die verbleibenden fünf Länder (AT, ES, FR, HU, UK) zeigen hingegen keine signifikanten Abweichungen vom europäischen Gesamtmittel (Hosmer-Lemeshow $\chi^2_{(df=8)}=9.847$; $p=0.276$; Nagelkerke Pseudo- $R^2=0.041$).⁷⁰

Bei Anwendung der gleichen Analyse auf die Raten nach konservativer Dichotomisierung weisen ebenfalls Jugendliche aus der Schweiz ($OR_{CH}=0.52$, KI_{CH} : 0.39-0.69) und Schweden ($OR_{SE}=0.63$, KI_{SE} : 0.53-0.74) niedrigere Chancen hinsichtlich des Vorliegens psychischer Auffälligkeiten auf. In den vier Ländern Tschechien ($OR_{CZ}=1.33$, KI_{CZ} : 1.08-1.63), Griechenland ($OR_{EL}=1.44$, KI_{EL} : 1.20-1.74), Frankreich ($OR_{FR}=1.47$; KI_{FR} : 1.14-1.88) und Großbritannien ($OR_{UK}=1.27$; KI_{UK} : 1.01-1.59) finden sich erhöhte Chancen für das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten (Hosmer-Lemeshow $\chi^2_{(df=8)}=22.768$; $p=0.004$; Nagelkerke Pseudo- $R^2=0.020$).

Warum sich die Länderunterschiede je nach Definition psychischer Auffälligkeiten unterschiedlich darstellen, verdeutlichen die Angaben in **Tabelle 16**. Der Anteil der nach dem SDQ-Algorithmus im engeren bzw. konservativen Sinne psychisch auffälligen Jugendlichen

Tabelle 16. Anteil liberal und konservativ definierter psychischer Auffälligkeiten ($KI_{95\%}$) der Länder

| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE | NL | PL | SE | UK | Ges |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Liberales Dichotomisierung^a | | | | | | | | | | | | | | |
| grenzwertig & auffällig (%) | 22.3 | 14.4 | 33.5 | 20.9 | 32.5 | 23.6 | 23.5 | 23.2 | | 17.2 | 26.6 | 13.0 | 22.7 | 21.3 |
| $KI_{95\%}$ unten | 19.6 | 12.3 | 30.6 | 18.5 | 29.8 | 20.0 | 20.2 | 21.3 | | 15.1 | 23.9 | 11.8 | 20.0 | 20.7 |
| $KI_{95\%}$ oben | 25.0 | 16.5 | 36.4 | 23.3 | 35.2 | 27.2 | 26.8 | 25.1 | | 19.3 | 29.3 | 14.2 | 25.4 | 21.9 |
| Konservative Dichotomisierung^a | | | | | | | | | | | | | | |
| auffällig (%) | 5.8 | 3.9 | 9.4 | 7.3 | 10.2 | 6.7 | 10.2 | 8.0 | | 7.3 | 8.0 | 4.4 | 8.8 | 7.0 |
| $KI_{95\%}$ unten | 4.3 | 2.8 | 7.6 | 5.7 | 8.5 | 4.6 | 7.8 | 6.8 | | 5.8 | 6.3 | 3.7 | 7.0 | 6.6 |
| $KI_{95\%}$ oben | 7.3 | 5.0 | 11.2 | 8.9 | 11.9 | 8.8 | 12.6 | 9.2 | | 8.8 | 9.7 | 5.1 | 10.6 | 7.4 |
| Anteil „Auffälliger“ an Gesamtrate | | | | | | | | | | | | | | |
| in % | 26.0 | 27.1 | 28.1 | 34.9 | 31.4 | 28.4 | 43.4 | 34.5 | | 42.4 | 30.1 | 33.9 | 38.8 | 32.9 |

^a Gesamtraten sowie Raten „Auffälliger“ aus **Abbildung 4**

⁷⁰ Dieser Pseudo- R^2 -Wert kann nicht mit der Varianzaufklärung in einer linearen Regression verglichen werden.

(Kategorie „auffällig“) an der Gesamtheit der Jugendlichen mit problematischen Werten (mit „auffälligen“ und „grenzwertigen“ Ergebnissen) unterscheidet sich in den Ländern deutlich: Setzt man die in **Abbildung 4** berichteten Raten ins Verhältnis, zeigt sich, dass in Österreich mit 26% nur etwa jedeR Vierte der Jugendlichen mit problematischen SDQ-Ergebnis auch im engeren Sinne als auffällig gilt, während in Frankreich und den Niederlanden Jugendliche mit Auffälligkeiten nach strenger Definition mit über 40% nahezu die Hälfte der Gesamtgruppe ausmachen. Es können demnach nicht nur Unterschiede hinsichtlich der Auftretenshäufigkeit psychischer Auffälligkeiten beobachtet werden – auch der Schweregrad der beobachteten Auffälligkeiten unterscheidet sich zwischen den Ländern.

5.4.2 Prävalenzschätzung klinisch relevanter Störungen

Um aus den Raten psychischer Auffälligkeiten nach konservativer Definition eine möglichst optimale Schätzung der Häufigkeit klinisch relevanter Störungen in den untersuchten Stichproben ableiten zu können, wurde aus den bislang zum Testverfahren publizierten Angaben über die Aussagekraft der Zuordnung zu den Fällen bzw. Nicht-Fällen (106) eine Korrekturformel abgeleitet, welche die vermuteten falsch-positiv und falsch-negativ Klassifizierten berücksichtigt (siehe 4.3). **Tabelle 17** zeigt die Prävalenzschätzungen, die sich unter Einbezug des positiven prädiktiven Werts (PPW) von 53% und des negativen prädiktiven Werts (NPW) von 96% aus den oben berichteten Raten ergeben.

Tabelle 17. 6-Monats-Prävalenzen klinisch relevanter Störungen (korrigierter SDQ-Algorithmus^a) der Länder

| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE | NL | PL | SE | UK | Ges |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|----|------------|------------|------------|------------|------------|
| Anteil klinisch relevanter Störungen | | | | | | | | | | | | | | |
| n | 930 | 1083 | 1029 | 1070 | 1162 | 538 | 616 | 1821 | | 1206 | 1030 | 3140 | 856 | 14481 |
| (%) | 6.8 | 5.9 | 8.6 | 7.6 | 9.0 | 7.3 | 9.0 | 7.9 | | 7.6 | 7.9 | 6.2 | 8.3 | 7.4 |
| KI _{95%} unten | 5.2 | 4.5 | 6.9 | 6.0 | 7.4 | 5.1 | 6.8 | 6.7 | | 6.1 | 6.3 | 5.4 | 6.5 | 7.0 |
| KI _{95%} oben | 8.4 | 7.3 | 10.3 | 9.2 | 10.6 | 9.5 | 11.2 | 9.1 | | 9.1 | 9.5 | 7.0 | 10.1 | 7.8 |

^a Raten aus **Abbildung 4** korrigiert mit Hilfe der Korrekturformel (Fälle*PPW+Nicht-Fälle*(1-NPW))

Bei Anwendung der Korrekturformel auf die für die einzelnen Länder ermittelten Auftretenshäufigkeiten verändern sich alle Raten in Richtung des Medians, d.h. die Raten der Länder mit Auftretenshäufigkeiten unterhalb des Medians erhöhen sich, während sich die der Länder mit höheren Raten reduzieren. Die Korrektur macht sich insbesondere in den Ländern mit geringen Auftretenshäufigkeiten psychischer Auffälligkeiten bemerkbar. Hier fällt das Hinzurechnen der aufgrund eines nicht perfekten negativen prädiktiven Werts fehlerhaft als unauffällig klassifizierten Jugendlichen relativ stärker ins Gewicht. So erhöhen sich die

Prävalenzschätzungen für Länder wie die Schweiz (Anstieg von 3.9% auf 5.9%) oder Schweden (Anstieg von 4.4% auf 6.2%) durch die Korrektur um etwa 30%. Die höheren Raten reduzieren sich hingegen mit der Korrektur, da hier der nicht perfekte positive prädiktive Wert stärker ins Gewicht fällt. Nach der Korrekturformel werden nur etwa die Hälfte der identifizierten Fälle als „echt“ akzeptiert und das Hinzuzählen falsch-negativ klassifizierter Jugendlicher wirkt sich bei dem hier kleineren Anteil „Negativer“ weniger stark aus.

Die Schwankungsbreite der so geschätzten Prävalenzraten klinisch relevanter psychischer Störungen ist demnach reduziert (Faktor 1.5). Die Raten bewegen sich nun zwischen 5.9% (KI_{95%}: 4.5-7.3) in der Schweiz und 9.0% in Griechenland (KI_{95%}: 7.4-10.6) und Frankreich (KI_{95%}: 6.8-11.2). Der Wert für die europäische Gesamtstichprobe verändert sich mit der Korrektur kaum. Hier verändert sich die Prävalenzschätzung tatsächlich diagnostizierbarer und behandlungsbedürftiger Störungen von 7.0% (KI_{95%}: 6.6-7.4) auf 7.4% (KI_{95%}: 7.0-7.8).

5.4.3 Unterschiede nach Geschlecht

Tabelle 18 zeigt die zusätzlich nach Geschlecht stratifizierten Auftretenshäufigkeiten psychischer Auffälligkeiten nach weiter sowie strenger Definition. Vergleicht man die geschlechtsspezifischen Raten der einzelnen Länder, zeigt sich für die weit definierten psychischen Auffälligkeiten das gleiche Ergebnis wie im oben beschriebenen Vergleich der nicht nach Geschlecht stratifizierten Raten (siehe 5.4.1): Bei beiden Geschlechtern finden sich die niedrigsten prozentualen Anteile psychisch auffälliger Jugendlicher in der Schweiz und in Schweden, die größten in Tschechien und Griechenland. Die Raten liegen bei Mädchen wie Jungen zwischen 13% und 33% bzw. 34% und weisen somit einen vergleichbaren Range auf. Der Median der länderspezifischen Raten liegt bei den Jungen (Median=24.2%) jedoch etwas höher als bei den Mädchen (Median=22.3%).

Für die nach konservativer Definition „auffälligen“ Jugendlichen ergeben sich jedoch einige Abweichungen: Hier weist bei den Mädchen zwar auch wieder die Schweiz die kleinste Rate auf (3.8%, KI_{95%}: 2.3-5.3) und in Schweden wird ebenfalls eine vergleichsweise geringe Auftretenshäufigkeit beobachtet (6.0%, KI_{95%}: 4.8-7.2). Zusätzlich bewegen sich jedoch die Raten Österreichs, Spaniens und Deutschlands auf einem vergleichbar niedrigem Niveau (5.8% bis 6.2%). Bei den Jungen werden die tschechischen (8.4%, KI_{95%}: 6.0-10.8) und griechischen (7.7%, KI_{95%}: 5.3-10.1) Raten in Deutschland (8.5%, KI_{95%}: 6.1-10.9), Großbritannien (8.7%, KI_{95%}: 6.1-11.3) und Frankreich (11.0%, KI_{95%}: 7.4-14.6) übertroffen.

Dies erfolgt jedoch in geringem Ausmaß und ein Blick auf die Konfidenzintervalle zeigt, dass sich die Vertrauensbereiche der Schätzungen stark überschneiden. Im Gegensatz zu den liberal definierten Auffälligkeiten liegt der Median der konservativ definierten Raten bei den Mädchen etwas höher (Median=8.1%) als bei den Jungen (Median=7.4%), bewegt sich jedoch auch hier in einer vergleichbaren Größenordnung.

Tabelle 18. Anteil psychischer Auffälligkeiten im strengen Sinne an den Gesamtraten der Länder

| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE | NL | PL | SE | UK | Ges |
|---|------|------|------|--------------------|--------------------|------|------|---------------------|----|------|------|---------------------|------|---------------------|
| Mädchen | | | | | | | | | | | | | | |
| Libérale Dichotomisierung | | | | | | | | | | | | | | |
| grenzwertig & auffällig (%) | 22.1 | 13.0 | 32.7 | 17.6 | 32.0 | 21.4 | 22.4 | 22.9 | | 16.2 | 26.6 | 13.4 | 23.7 | 20.9 |
| KI _{95%} unten | 18.5 | 10.3 | 28.6 | 14.5 | 28.5 | 16.6 | 17.9 | 20.4 | | 13.3 | 23.0 | 11.7 | 19.8 | 20.0 |
| KI _{95%} oben | 25.7 | 15.7 | 36.8 | 20.7 | 35.5 | 26.2 | 26.9 | 25.4 | | 19.1 | 30.2 | 15.1 | 27.6 | 21.8 |
| Konservative Dichotomisierung | | | | | | | | | | | | | | |
| auffällig (%) | 5.8 | 3.8 | 10.5 | 6.2 | 11.9 | 5.8 | 9.5 | 9.7 | | 7.6 | 8.6 | 6.0 | 8.8 | 7.8 |
| KI _{95%} unten | 3.8 | 2.3 | 7.8 | 4.2 | 9.5 | 3.0 | 6.4 | 8.0 | | 5.5 | 6.3 | 4.8 | 6.2 | 7.2 |
| KI _{95%} oben | 7.8 | 5.3 | 13.2 | 8.2 | 14.3 | 8.6 | 12.6 | 11.4 | | 9.7 | 10.9 | 7.2 | 11.4 | 8.4 |
| Anteil „Auffälliger“ an Gesamtrate | | | | | | | | | | | | | | |
| in % | 26.2 | 29.2 | 32.1 | 35.2 | 37.2 | 27.1 | 42.4 | 42.4 | | 46.9 | 32.3 | 44.8 | 37.1 | 37.3 |
| Jungen | | | | | | | | | | | | | | |
| Libérale Dichotomisierung | | | | | | | | | | | | | | |
| grenzwertig & auffällig (%) | 22.5 | 16.0 | 34.3 | 24.4 | 33.3 | 25.9 | 24.7 | 23.9 | | 18.2 | 26.6 | 12.6 | 21.6 | 21.7 |
| KI _{95%} unten | 18.5 | 12.8 | 30.2 | 20.7 | 29.1 | 20.6 | 19.8 | 20.8 | | 15.0 | 22.6 | 11.0 | 17.8 | 20.7 |
| KI _{95%} oben | 26.5 | 19.2 | 38.4 | 28.1 | 37.5 | 31.2 | 29.6 | 27.0 | | 21.4 | 30.6 | 14.2 | 25.4 | 22.7 |
| Konservative Dichotomisierung | | | | | | | | | | | | | | |
| auffällig (%) | 5.9 | 4.0 | 8.4 | 8.5 | 7.7 | 7.6 | 11.0 | 5.4 | | 6.9 | 7.2 | 2.8 | 8.7 | 6.1 |
| KI _{95%} unten | 3.7 | 2.3 | 6.0 | 6.1 | 5.3 | 4.4 | 7.4 | 3.8 | | 4.8 | 4.8 | 2.0 | 6.1 | 5.5 |
| KI _{95%} oben | 8.1 | 5.7 | 10.8 | 10.9 | 10.1 | 10.8 | 14.6 | 7.0 | | 9.0 | 9.6 | 3.6 | 11.3 | 6.7 |
| Anteil „Auffälliger“ an Gesamtrate | | | | | | | | | | | | | | |
| in % | 26.2 | 25.0 | 24.5 | 34.8 | 23.1 | 29.3 | 44.5 | 22.6 | | 37.9 | 27.1 | 22.2 | 40.3 | 28.1 |
| Geschlechtsunterschied | | | | | | | | | | | | | | |
| χ^2 (df=2) | ns | ns | ns | 7.476 ^a | 8.594 ^a | ns | ns | 17.877 ^b | | ns | ns | 23.434 ^b | ns | 29.706 ^b |
| Cramer-V | ns | ns | ns | 0.084 | 0.086 | ns | ns | 0.099 | | ns | ns | 0.086 | ns | 0.045 |

^a p < 0.05; ^b p < 0.001

Weiterhin wird aus den ebenfalls in **Tabelle 18** dargestellten Ergebnissen deutlich, dass für die Raten psychischer Auffälligkeiten nur in vier der zwölf Länder (DE, EL, HU, SE) signifikante Geschlechtsunterschiede beobachtet werden können.

Im gesamteuropäischen Datensatz zeigt ein χ^2 -Test über das dreistufige SDQ-Outcome, dass sich die Anteile psychisch auffälliger (Mädchen 7.8%; Jungen 6.1%), grenzwertiger (Mädchen 13.1%; Jungen 15.6%) und unauffälliger (Mädchen 79.1%; Jungen 78.3%) Jugendlicher zwischen den Geschlechtern mit einer mittleren Effektgröße von Cramer-V=0.045 signifikant unterscheiden.⁷¹ Dieser Unterschied resultiert jedoch nicht aus nach Geschlecht verschiedenen

⁷¹ Die Anteile des dreistufigen Outcomes lassen sich aus dieser und anderen Tabellen indirekt erschließen, indem man den Anteil der gemäß liberaler Dichotomisierung auffälligen Jugendlichen von 100 abzieht (= Anteil unauffälliger Jugendlicher), bzw. durch Subtraktion des Anteils „auffälliger“ Jugendlicher von der weit definierten Rate (=Anteil Jugendlicher mit „grenzwertigem“ aber nicht „auffälligem“ Outcome).

Häufigkeiten unauffälliger vs. grenzwertiger und auffälliger Jugendlicher ($\chi^2_{(df=1)}=1.311$, $p=0.252$), sondern vor allem aus den abweichenden Raten der im engeren Sinne auffälligen Jugendlichen, wie ein Test der streng dichotomisierten Auffälligkeitsvariable zeigt ($\chi^2_{(df=1)}=15.358$, $p<0.001$; $\phi=0.033$). Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen auf Länderebene wider. In drei (HU, EL, SE) der vier Länder mit signifikantem Geschlechterunterschied unterscheiden sich lediglich die streng definierten Raten psychischer Auffälligkeiten zu Ungunsten der Mädchen.⁷² Nur in Deutschland findet sich ein Geschlechtsunterschied hinsichtlich der Häufigkeit weit definierter psychischer Auffälligkeiten, die bei den Jungen mit 24.4% größer ist als bei den Mädchen mit 17.6%.⁷³ Auch mit binär logistischen Regressionsanalysen (Referenzgruppe = Mädchen) und unter Kontrolle des Alters lassen sich diese Ergebnisse reproduzieren: das Geschlecht ist als Prädiktor bei einer liberalen Dichotomisierung des Outcomes nur in Deutschland signifikant (OR=1.51; KI_{95%}: 1.12-2.03; Nagelkerke $R^2=0.011$, $p_{HL}>0.05$), bei einer konservativen Definition psychischer Auffälligkeit können signifikante ORs für Ungarn (OR=0.55; KI_{95%}: 0.37-0.80), Griechenland (OR=0.64; KI_{95%}: 0.42-0.97) und Schweden (OR=0.45; KI_{95%}: 0.31-0.64) ermittelt werden (Nagelkerke R^2 liegt hier zwischen 0.017 und 0.038; p_{HL} ist in allen Ländern > 0.05).

Diese in Abhängigkeit von der Dichotomisierung – also von der Definition des Outcomes – unterschiedlichen Geschlechtsunterschiede spiegeln wider, was die Zahlen zum Anteil der wirklich „auffälligen“ an der liberal definierten Gesamtrate in **Tabelle 18** veranschaulichen: Der Anteil der im engeren Sinne „auffälligen“ Jugendlichen an der Gesamtrate der als Problemgruppe identifizierten StudienteilnehmerInnen ist in den meisten Ländern bei beiden Geschlechtern ähnlich hoch und bewegt sich zwischen etwa einem Viertel und einem Drittel aller Fälle (AT, CH, CZ, DE, ES, PL), in Frankreich, den Niederlanden und Großbritannien sogar merklich darüber. In Ungarn und Schweden ist der Anteil der im engeren Sinne „Auffälligen“ – also mutmaßlich schwerwiegenderen psychischen Auffälligkeiten – bei den Mädchen jedoch etwa doppelt so hoch (42.4% bzw. 44.8%) wie bei den Jungen (22.6% bzw. 22.2%) und auch in Griechenland zeigt sich ein deutlicher Geschlechtsunterschied hinsichtlich des festgestellten Schweregrads (37.2% bei Mädchen versus 23.1% bei Jungen).

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass für das hier betrachtete Globaloutcome zwar kaum Geschlechtsunterschiede feststellbar sind, sich aber teilweise eine Tendenz zu schwereren Auffälligkeiten bei den Mädchen abzeichnet.

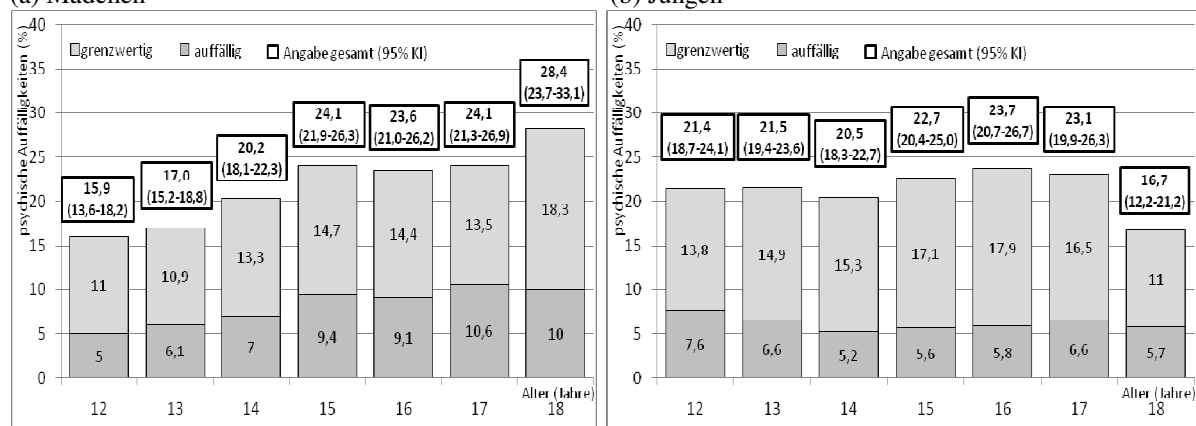
⁷² HU: $\chi^2_{(df=1)}=10.682$, $p=0.001$, $\phi=0.077$; EL: $\chi^2_{(df=1)}=5.267$, $p=0.022$, $\phi=0.067$; SE: $\chi^2_{(df=1)}=18.934$, $p<0.001$, $\phi=0.078$

⁷³ DE: $\chi^2_{(df=1)}=7.465$; $p=0.006$; $\phi=0.084$

5.4.4 Unterschiede nach Alter

Bei einer gemeinsamen Betrachtung aller aus den verschiedenen europäischen Ländern vorliegenden Daten muss die Nullhypothese einer Gleichverteilung der Raten unauffälliger, grenzwertiger und auffälliger Jugendlicher in den verschiedenen Altersgruppen (unterteilt nach Jahren) abgelehnt werden ($\chi^2_{(df=12)}=44.898$; $p<0.001$; Cramer-V=0.039). Auch die zur Basis e exponenzierten b-Koeffizienten (Odds Ratios) für das Alter der mit Kontrolle für das Geschlecht durchgeführten binär logistischen Regressionsanalysen weisen auf eine leicht steigende Chance psychischer Auffälligkeiten mit zunehmendem Alter hin (liberale Dichotomisierung OR=1.07; KI_{95%}: 1.05-1.10, $p_{HL}=0.031$; konservative Dichotomisierung: OR=1.07; KI_{95%}: 1.04-1.12, $p_{HL}<0.001$). Nagelkerkes Pseudo-R² lag bei 0.004 bzw. 0.005%. Bei einer zusätzlichen Stratifizierung nach dem Geschlecht zeigt sich jedoch, dass dieser Anstieg der Raten mit dem Alter nur bei den Mädchen statistische Signifikanz erreicht ($\chi^2_{(df=12)}=69.495$; $p<0.001$; Cramer-V=0.067 bzw. OR_{lib}=1.13; KI_{95%,lib}: 1.09-1.16, $p_{HL}>0.05$ und OR_{kon}=1.15, KI_{95%,kon}: 1.10-1.21, $p_{HL}>0.05$, **Abbildung 5a**), während sich bei den Jungen im χ^2 -Test nur ein Trend bzgl. einer Abweichung von der Gleichverteilung abzeichnet ($\chi^2_{(df=12)}=19.070$; $p=0.087$; Cramer-V=0.038) und die Regression keinerlei Zusammenhang zeigt. Eine graphische Darstellung der Daten zeigt bei den Jungen auch keine Zunahme mit dem Alter, vielmehr treten bei den 18-Jährigen im Vergleich zu den Jüngeren – wenn auch nicht signifikant – niedrigere Raten auf (**Abbildung 5b**).

Abbildung 5. Raten psychischer Auffälligkeiten (%) nach Altersgruppen (Jahre) bei (a) Mädchen (b) Jungen



Der in **Abbildung 5** recht klar erkennbare Anstieg der Raten psychischer Auffälligkeiten von 15.9% (KI_{95%}: 13.6-18.2) bei den 12-jährigen Mädchen auf nahezu den doppelten Anteil von 28.4% (KI_{95%}: 28.4-33.1) bei den 18-jährigen Mädchen, lässt sich auf Ebene der einzelnen Länder jedoch kaum nachvollziehen. So sind in χ^2 -Tests für das dreistufige SDQ-Outcome geschlechtsspezifische Auffälligkeitenraten mit signifikanten Abweichungen von der Gleichverteilungsannahme über die Altersgruppen nur in drei (Mädchen in PL, Jungen und Mädchen in SE) der zwölf länder- und geschlechtsspezifischen Subgruppen mit für diese Tests ausreichenden Zellenbesetzungen feststellbar.⁷⁴ Zudem zeigen auch nur die polnischen und schwedischen Mädchen hypotesenkonform einen Anstieg der Raten mit dem Alter. Die anderen Verteilungen deuten auf keinerlei systematische Veränderung der Raten mit dem Alter hin (siehe Anhang).

Tabelle 19. Nach Land und Geschlecht stratifizierte altersspezifische Odds Ratios für die Chance des Vorliegens psychischer Auffälligkeiten gemäß liberaler Dichotomisierung (Referenzgruppe: 12-Jährige gleichen Geschlechts)^{a, b}

| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE | NL | PL | SE | UK | Ges |
|---------------------------|---------|---------|---------|------------|---------|---------|---------|------------|----|------------|------------|------------|------------|------------|
| Mädchen | | | | | | | | | | | | | | |
| OR 13. Jahre | 1.0 | 0.9 | 0.6 | 3.3 | 0.6 | 2.0 | 0.5 | 1.5 | | 1.2 | 1.7 | 1.2 | 2.4 | 1.1 |
| KI _{95%} | 0.5-2.3 | 0.4-2.0 | 0.3-1.4 | 1.2-9.4 | 0.3-1.2 | 0.6-6.0 | 0.2-1.3 | 0.8-2.5 | | (0.5-2.8) | (0.6-4.6) | (0.6-2.1) | (1.1-5.1) | (0.9-1.3) |
| OR 14. Jahre | 1.5 | 1.1 | 1.0 | 3.6 | 0.7 | 1.2 | 1.4 | 1.0 | | 1.0 | 1.4 | 2.4 | 1.5 | 1.3 |
| KI _{95%} | 0.7-3.4 | 0.5-2.4 | 0.5-2.1 | 1.3-10.1 | 0.4-1.4 | 0.4-3.9 | 0.6-3.2 | 0.6-1.8 | | 0.4-2.5 | 0.5-3.7 | 1.3-4.4 | 0.7-3.4 | 1.1-1.7 |
| OR 15. Jahre | 1.1 | 0.6 | 1.1 | 4.2 | 1.1 | 1.6 | 0.9 | 1.8 | | 2.3 | 1.8 | 3.0 | 2.5 | 1.7 |
| KI _{95%} | 0.5-2.7 | 0.3-1.6 | 0.5-2.2 | 1.5-11.8 | 0.6-2.1 | 0.5-4.8 | 0.4-2.3 | 1.1-3.1 | | 1.1-5.1 | 0.7-4.9 | 1.7-5.4 | 1.1-5.6 | 1.4-2.1 |
| OR 16. Jahre | 1.5 | 0.7 | 0.7 | 2.1 | 1.2 | 1.6 | 1.1 | 1.8 | | 1.4 | 2.1 | | 1.3 | 1.6 |
| KI _{95%} | 0.7-3.4 | 0.3-1.8 | 0.3-1.5 | 0.7-6.1 | 0.6-2.4 | 0.5-4.9 | 0.5-2.7 | 1.0-3.0 | | 0.6-3.2 | 0.8-5.6 | | 0.5-3.4 | 1.3-2.0 |
| OR 17. Jahre | 1.4 | 0.8 | 0.8 | 4.2 | 1.4 | 1.5 | 0.4 | 1.9 | | 1.5 | 1.7 | | 0.8 | 1.7 |
| KI _{95%} | 0.6-3.3 | 0.3-1.9 | 0.4-1.6 | 1.5-12.0 | 0.7-2.7 | 0.4-5.2 | 0.1-1.3 | 1.1-3.1 | | 0.6-3.5 | 0.6-4.6 | | 0.3-2.5 | 1.3-2.1 |
| OR 18. Jahre | 1.3 | 0.2 | 1.5 | 3.5 | 1.8 | 2.3 | 0.8 | 1.6 | | 2.2 | 3.4 | | 0.4 | 2.1 |
| KI _{95%} | 0.4-3.9 | 0.0-1.7 | 0.7-3.5 | 1.0-12.1 | 0.7-4.2 | 0.7-7.4 | 0.2-2.8 | 0.7-3.5 | | 0.7-6.9 | 1.2-9.8 | | 0.0-3.4 | 1.6-2.8 |
| R ² Nagelkerke | .008 | .016 | .019 | .039 | .028 | .016 | .039 | .016 | | .023 | .022 | .022 | .048 | 0.012 |
| Jungen | | | | | | | | | | | | | | |
| OR 13. Jahre | 2.0 | 1.4 | 1.0 | 1.3 | 1.4 | 2.2 | 1.0 | 1.0 | | 0.9 | 1.6 | 1.1 | 0.9 | 1.0 |
| KI _{95%} | 0.9-4.2 | 0.6-3.0 | 0.5-1.9 | 0.7-2.7 | 0.7-2.8 | 0.7-6.5 | 0.4-2.6 | 0.6-1.8 | | 0.4-1.8 | 0.7-4.1 | 0.6-1.9 | 0.4-1.8 | 0.8-1.2 |
| OR 14. Jahre | 1.1 | 0.8 | 1.6 | 1.0 | 1.0 | 1.6 | 1.0 | 0.7 | | 0.6 | 0.8 | 1.4 | 1.1 | 0.9 |
| KI _{95%} | 0.5-2.4 | 0.3-1.8 | 0.8-3.1 | 0.5-2.1 | 0.5-2.0 | 0.5-4.8 | 0.4-2.5 | 0.4-1.3 | | 0.3-1.5 | 0.3-2.1 | 0.8-2.5 | 0.6-2.3 | 0.8-1.2 |
| OR 15. Jahre | 0.8 | 0.5 | 1.1 | 1.1 | 1.1 | 1.7 | 1.5 | 1.0 | | 1.0 | 0.5 | 2.5 | 1.0 | 1.1 |
| KI _{95%} | 0.3-2.1 | 0.2-1.2 | 0.6-2.2 | 0.5-2.2 | 0.5-2.3 | 0.6-5.0 | 0.6-3.8 | 0.5-1.7 | | 0.5-2.1 | 0.2-1.3 | 1.4-4.5 | 0.5-2.1 | 0.9-1.3 |
| OR 16. Jahre | 1.7 | 0.4 | 1.1 | 0.9 | 1.1 | 1.3 | 0.5 | 1.0 | | 1.2 | 0.5 | | 0.5 | 1.1 |
| KI _{95%} | 0.8-3.6 | 0.1-1.1 | 0.6-2.2 | 0.4-2.0 | 0.5-2.4 | 0.4-4.1 | 0.2-1.5 | 0.6-1.9 | | 0.6-2.5 | 0.2-1.3 | | 0.2-1.5 | 0.9-1.4 |
| OR 17. Jahre | 0.9 | 1.0 | 0.9 | 0.8 | 1.1 | 2.0 | 0.9 | 0.7 | | 0.6 | 0.9 | | 0.1 | 1.1 |
| KI _{95%} | 0.3-2.2 | 0.4-2.6 | 0.5-1.8 | 0.4-1.8 | 0.5-2.7 | 0.6-6.5 | 0.3-2.5 | 0.4-1.3 | | 0.3-1.5 | 0.4-2.4 | | 0.0-1.0 | 0.9-1.4 |
| OR 18. Jahre | 0.2 | | 1.0 | 0.5 | 0.3 | 1.1 | 0.8 | 0.5 | | 0.7 | 0.5 | | 1.1 | 0.7 |
| KI _{95%} | 0.0-1.8 | | 0.4-2.3 | 0.2-1.6 | 0.1-1.2 | 0.3-4.6 | 0.2-2.8 | 0.1-2.0 | | 0.2-2.2 | 0.2-1.9 | | 0.3-3.7 | 0.5-1.1 |
| R ² Nagelkerke | .043 | .068 | .009 | .013 | .019 | .017 | .039 | .009 | | .013 | .052 | .029 | .035 | 0.002 |

^a für die leeren Zellen war aufgrund fehlender Fälle keine Auswertung möglich; ^b p_{HL} > 0.05 in allen Ländern

⁷⁴ Wegen eines n < 5 in mehr als 20% der Zellen (=4) können Analysen für beide Geschlechter in ES, UK, FR, CH, sowie für Jungen in AT, EL, PL und für Mädchen in DE hier nicht inferenzstatistisch interpretiert werden.

Tabelle 19 gibt die Beziehung zwischen dem Alter und dem Auftreten psychischer Auffälligkeiten nach Land und Geschlecht stratifiziert zusammenfassend wieder. Die wenigen – und fast ausschließlich für die Mädchen zu beobachtenden – signifikanten Odds Ratios zeigen lediglich für einige Altersgruppen in Deutschland, Ungarn und Schweden sowie in einem Einzelfall auch in den Niederlanden, dass eine – verglichen mit den 12-jährigen des jeweiligen Landes – leicht erhöhte Chance psychischer Auffälligkeiten vorliegt. Die gleiche Auswertung für die konservativ definierten Auffälligkeiten zeigten noch weniger signifikante Beziehungen an (Anhang).

Zusammenfassung

Die **Datengrundlage** bzgl. der Erfassung psychischer Auffälligkeiten ist in den meisten Ländern sehr gut. Viele (HU, UK) bzw. grundsätzlich (SE) fehlende Elternurteile oder häufig nicht vorliegende Selbstangaben (CH, FR, UK) schränken jedoch in einigen Ländern die Aussagekraft des Verfahrens ein.

Die **Raten psychischer Auffälligkeiten** bewegen sich für die untersuchten europäischen Länder bei einer *liberalen Definition* zwischen 13.0% in Schweden und 33.5% in Tschechien. Auch bei einer *konservativen Definition* weisen die Schweiz (3.9%) und Schweden (4.4%) die niedrigsten Raten auf, während in Tschechien (9.4%), Griechenland (10.2%) und Frankreich (10.2%) die höchsten Werte beobachtet werden. **Signifikante Länderunterschiede** können nachgewiesen werden. Für beide Definitionen bewegen sich jedoch die Raten in etwa der Hälfte Länder dicht ($\pm 1\%$) am Median von 23.0% bzw. 7.7%. Die mit Hilfe einer Korrektur für den positiven und negativen prädiktiven Wert des Algorithmus errechneten Schätzungen der **6-Monats-Prävalenzraten klinisch relevanter Störungen** weisen eine Schwankungsbreite zwischen 5.9% (Schweiz) und 9.0% (Griechenland und Frankreich) auf.

Hinsichtlich des hier untersuchten Globaloutcomes „psychische Auffälligkeiten“ zeigen sich **kaum Geschlechterunterschiede** in der Auftretenshäufigkeit. Lediglich in drei Ländern (HU, EL, SE) treten streng definierte Auffälligkeiten bei Mädchen häufiger auf, in einem Land (DE) sind hingegen die Jungen häufiger von Auffälligkeiten nach liberaler Definition betroffen.

Auch hinsichtlich der **Rolle des Alters** zeigen sich keine **länderübergreifend einheitlichen Ergebnisse**. Für die gesamteuropäischen Daten kann zwar ein Anstieg der Raten mit dem Alter bei den Mädchen beobachtet werden, während die Daten der Jungen – zumindest für die 18-Jährigen – eher abnehmende Häufigkeiten indizieren. Auf Ebene der einzelnen Länder lassen sich derlei Zusammenhänge jedoch schwerlich nachvollziehen. Hier können nur sehr vereinzelt und nahezu ausschließlich für die Mädchen signifikant erhöhte Chancen psychischer Auffälligkeiten für 13-, 14-, 15-, 17- oder 18-Jährige gegenüber der 12-jährigen Vergleichsgruppe festgestellt werden.

5.5 Familiärer Wohlstand

5.5.1 Verteilung des familiären Wohlstands in den Ländern

Die in **Tabelle 20** präsentierten Daten zeigen, dass sich die Verteilung des mit Hilfe der Family Affluence Scale (FAS) erfassten familiären Wohlstands in den in die Analyse einbezogenen Ländern sehr unterschiedlich gestaltet. Besonders geringe Wohlstandswerte werden von Jugendlichen aus ost- bzw. südeuropäischen Ländern berichtet. So weisen in Polen und Griechenland knapp 40% und in Tschechien sogar knapp 50% der Jugendlichen einen FAS Summenscore ≤ 3 auf, der einen niedrigen familiären Wohlstand indiziert. In den westlichen Ländern hingegen beträgt dieser Anteil in der Regel nur 10% bis 15% (AT, CH, DE, FR, IE, NL, UK). Umgekehrt weisen in den west- und nordeuropäischen Ländern meist um die 40% (AT, CH, DE, IE, NL, UK) oder sogar um die 50% (FR) der Jugendlichen einen hohen familiären Wohlstand auf (FAS Score ≥ 6), während dieser Anteil in Tschechien, Polen, Griechenland und Ungarn maximal halb so groß ist und bei etwa 10% bis 20% liegt. Ein mittleres Wohlstandsniveau (FAS Score zwischen 4 und 5 Punkten) kann in allen Ländern bei etwa 40 bis 50% der Befragten festgestellt werden.

Tabelle 20. Länderspezifische Anteile Jugendlicher niedrigen, mittleren und hohen familiärem Wohlstands

| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE | NL | PL | SE | UK | Ges |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----|-------|--------|
| Niedriger SES | | | | | | | | | | | | | | |
| % | 14.0 | 11.4 | 48.8 | 12.5 | 37.3 | 22.2 | 9.3 | 32.3 | 14.3 | 9.4 | 39.3 | | 14.4 | 23.3 |
| (n) | (129) | (123) | (501) | (132) | (408) | (118) | (57) | (586) | (128) | (112) | (401) | | (122) | (2817) |
| Mittlerer SES | | | | | | | | | | | | | | |
| % | 49.8 | 47.1 | 41.5 | 49.2 | 45.1 | 51.1 | 43.5 | 46.5 | 44.2 | 49.2 | 47.4 | | 40.9 | 46.3 |
| (n) | (460) | (508) | (426) | (521) | (494) | (272) | (268) | (843) | (395) | (589) | (483) | | (348) | (5607) |
| Hoher SES | | | | | | | | | | | | | | |
| % | 36.2 | 41.5 | 9.6 | 38.3 | 17.6 | 26.7 | 47.2 | 21.1 | 41.5 | 41.4 | 13.3 | | 44.7 | 30.4 |
| (n) | (334) | (447) | (99) | (405) | (193) | (142) | (291) | (383) | (371) | (495) | (136) | | (380) | (3676) |

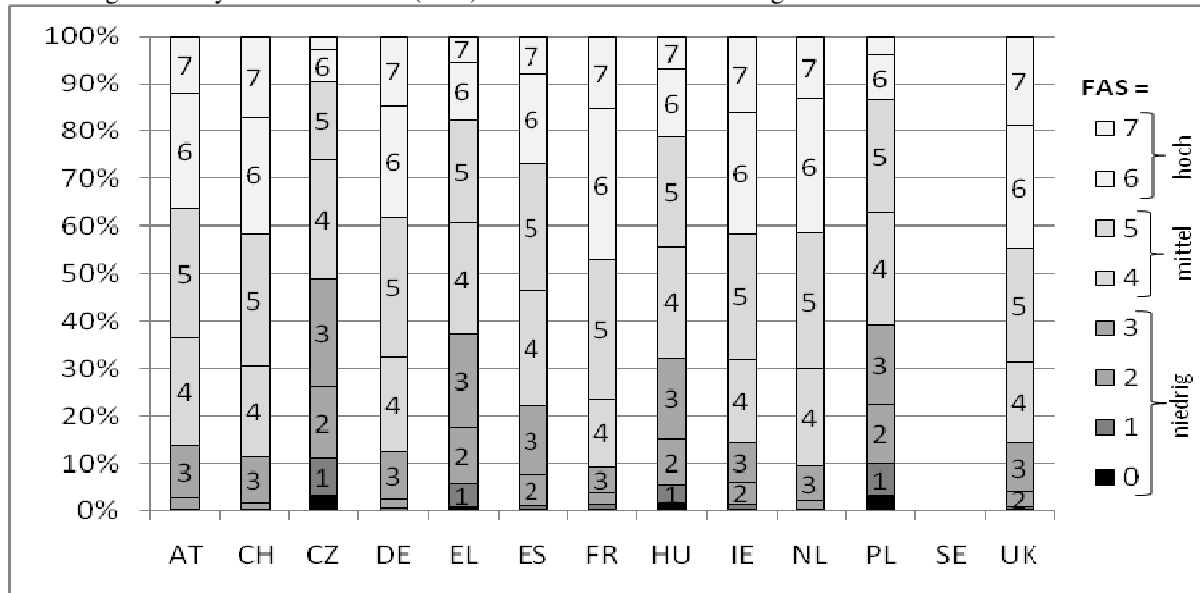
Die statistische Signifikanz dieser Länderunterschiede wird durch einen Kruskal-Wallis-Test belegt. Dieser zeigt signifikant verschiedene Rangsummen mit den niedrigsten mittleren Rangwerten in Tschechien (3747), Polen (4428) und Griechenland (4762), während Frankreich (7555), Großbritannien (7227), die Schweiz (7225) und die Niederlande (7209) die höchsten mittleren Ränge aufweisen ($\chi^2_{(df=11)} = 1649.934, p < .001$).

Die Signifikanz der Länderunterschiede ergibt sich jedoch nicht nur aus den in den Ländern unterschiedlichen Anteilen der Jugendlichen mit niedrigem, mittlerem und hohem Wohlstand. **Abbildung 6** verdeutlicht, dass auch innerhalb dieser drei FAS-Kategorien erhebliche Länderunterschiede bestehen. So fasst die unterste Kategorie „niedriger SES“ die Punktwerte 0 bis 3

der kontinuierlichen FAS-Skala zusammen. Es zeigt sich, dass bspw. in Tschechien 6% der Jugendlichen mit niedrigem SES den niedrigstmöglichen Wert von 0 Punkten aufweisen⁷⁵ und sich nur 47% dieser Heranwachsenden mit drei Punkten am oberen Ende der Kategorie befinden. In der Schweiz hingegen wies kein einziges Kind einen Wert von 0 Punkten auf und 82% der Kinder mit niedrigem SES erreichten den innerhalb dieser Kategorie höchstmöglichen Wert von drei Punkten.

Die hier am Beispiel Tschechiens und der Schweiz aufgezeigten Unterschiede sind bei einem Vergleich der ärmeren mit den reicheren Ländern insbesondere für die niedrigste FAS-Kategorie als allgemeine Tendenz erkennbar: während in den reicheren Ländern auch die sozial benachteiligten Jugendlichen mit niedriger FAS mehrheitlich dennoch mindestens drei FAS-Punkte erreichen (siehe z.B. AT, CH, DE, NL), ist dies in den ärmeren Ländern wie Tschechien und Polen seltener der Fall. Die Verteilung der FAS-Scores innerhalb der anderen beiden Kategorien „mittlerer Wohlstand“ und „hoher Wohlstand“ ist in den verschiedenen Ländern hingegen eher vergleichbar. So erreichen in allen Ländern die Jugendlichen mit mittlerem Wohlstand etwa hälftig 4 bzw. 5 FAS-Punkte. Etwa ein Drittel bis die Hälfte der Jugendlichen mit hohem Wohlstand erreicht die höchste Punktzahl.

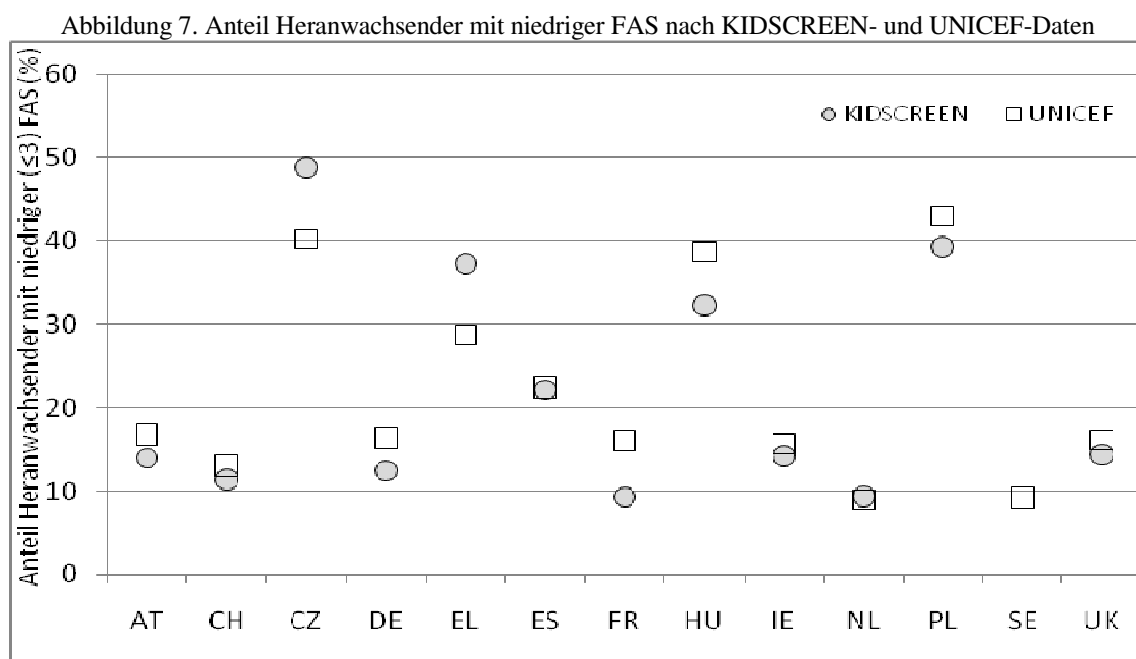
Abbildung 6. Family Affluence Scale (FAS) -Summenscores: Verteilung in verschiedenen Ländern



⁷⁵ Diese Jugendlichen wachsen also in Familien auf, die weder Auto noch Computer besitzen, in denen die Jugendlichen über kein eigenes Zimmer verfügen und die im letzten Jahr nicht in den Urlaub gefahren sind.

Die Daten weisen also daraufhin, dass sich von den hier in drei Kategorien zusammengefassten Wohlstandsniveaus insbesondere das niedrigste in den einzelnen Ländern unterschiedlich darstellt. Die Einteilung der FAS-Scores in drei Kategorien wird in den folgenden Analysen jedoch grundsätzlich beibehalten, da bei einer Unterteilung in acht Kategorien (0 bis 7 mögliche Punkte) die Fallzahlen in den länderspezifischen Analysen zu klein würden.⁷⁶ Es gilt jedoch, die oben beschriebenen Unterschiede in der Interpretation der Daten zu berücksichtigen.

Um einen Eindruck über die Zuverlässigkeit der oben präsentierten Daten zum familiären Wohlstand zu gewinnen, wurde ein Abgleich der hier auf Grundlage des KIDSCREEN-Surveys ermittelten prozentualen Anteile von Jugendlichen mit niedrigem familiären Wohlstand mit den durch UNICEF publizierten Zahlen vorgenommen.⁷⁷ **Abbildung 7** zeigt, dass sich beiden Quellen für etwa die Hälfte der Länder nahezu identische Raten von Heranwachsenden mit niedrigem familiären Wohlstand entnehmen lassen (AT, CH, ES, IE, NL, UK) und in weiteren zwei Ländern (DE, PL) Abweichungen von knapp 4% beobachtet werden können. Größere Abweichungen treten in vier Ländern auf, in denen die im KIDSCREEN-Survey an den Jugendlichen ermittelten Raten um etwa sechs Prozent niedriger (FR, HU) bzw. um etwa neun Prozent höher (CZ, EL) liegen als die von UNICEF publizierten Anteile.



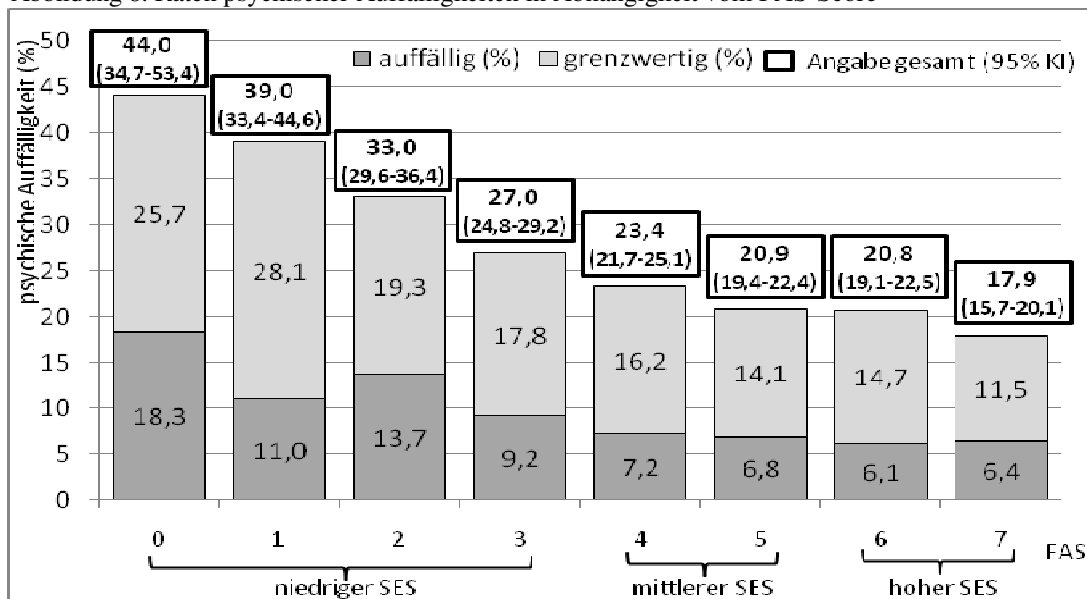
⁷⁶ Wegen der ordinalen Natur des Summenscores kann die FAS auch nicht als metrische Variable verwendet werden.

⁷⁷ UNICEF bezieht sich auf Daten aus der WHO-Jugendgesundheitsstudie der Jahre 2000/2001, in der in allen hier einbezogenen Ländern der familiäre Wohlstand von 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen erfasst wurde.

5.5.2 Assoziation des familiären Wohlstands mit psychischen Auffälligkeiten

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen der Auftretenswahrscheinlichkeit psychischer Auffälligkeiten und familiärem Wohlstand konnte für den Gesamtdatensatz (unter Ausschluss der Länder Irland und Schweden) die Hypothese einer signifikanten Assoziation zwischen einem höheren FAS-Summenscore und niedrigeren Raten an Jugendlichen mit grenzwertigem oder auffälligem SDQ-Ergebnis bestätigt werden (**Abbildung 8**). So zeigte ein χ^2 -Test signifikante Abweichungen von einer Gleichverteilung (H_0) der Auffälligkeitsraten über die acht FAS-Gruppen an ($\chi^2_{(df=14)}=173.233$; $p<0.001$; Cramer-V=0.088). Binär logistische Regressionsanalysen weisen zudem auf höhere Chancen psychischer Auffälligkeiten bei einem niedrigen ($OR_{lib}=1.80$; $KI=1.60-2.02$; $OR_{kon}=1.87$; $KI=1.55-2.25$) und im Falle einer weiten Definition psychischer Auffälligkeiten auch bei einem mittleren FAS-Score hin ($OR_{lib}=1.15$; $KI=1.03-1.28$; $R^2_{Nagelkerke}=0.014$; $p_{HL}>0.05$; $OR_{kon}=1.14$; $KI=0.95-1.36$; $R^2_{Nagelkerke}=0.011$; $p_{HL}>0.05$).

Abbildung 8. Raten psychischer Auffälligkeiten in Abhängigkeit vom FAS-Score



Auf Ebene der einzelnen Länder konnte in sechs von elf Ländern (CZ, ES, FR, HU, PL, UK) in binären logistischen Regressionsanalysen ein Zusammenhang zwischen niedrigem familiärem Wohlstand und der Chance zur liberal definierten Gruppe der psychisch Auffälligen zu gehören beobachtet werden ($OR_{ES}=2.0$, $KI_{95\%}:1.1-3.5$; $OR_{UK}=2.8$, $KI_{95\%}:1.8-4.4$; $OR_{FR}=1.9$, $KI_{95\%}:1.0-3.5$; $OR_{HU}=1.4$, $KI_{95\%}:1.0-1.9$, $OR_{CZ}=2.1$, $KI_{95\%}:1.3-3.4$; $OR_{PL}=1.8$, $KI_{95\%}:1.2-3.0$; $R^2_{Nagelkerke}=0.005$ bis 0.034 ; $p_{HL}>0.05$). In vier Ländern (ES, UK, HU, EL) erhöhte sich bei einem niedrigen familiären Wohlstand die Chance, zur konservativ definierten Gruppe der

psychisch Auffälligen zu gehören ($OR_{ES}=7.8$, $KI_{95\%}: 2.2-27.3$; $OR_{UK}=3.2$, $KI_{95\%}:1.7-6.2$; $OR_{HU}=1.7$, $KI_{95\%}: 1.0-2.8$ $OR_{EL}=2.1$, $KI_{95\%}:1.1-4.1$; $R^2_{Nagelkerke}=0.009$ bis 0.073 ; $p_{HL}>0.05$). Bei einem mittleren familiären Wohlstand konnte nur in wenigen Ländern eine erhöhte Chance für psychische Auffälligkeiten im engen ($OR_{DE}=1.7$, $KI_{95\%}: 1.0-2.9$, $OR_{UK}=1.8$, $KI_{95\%}:1.0-3.2$; $R^2_{Nagelkerke}=0.011$ bzw. 0.032 ; $p_{HL}>0.05$) bzw. im weiten ($OR_{UK}=1.6$, $KI_{95\%}: 1.1-2.2$; $R^2_{Nagelkerke}=0.034$; $p_{HL}>0.05$) Sinne aufgezeigt werden.

Tabelle 21 zeigt die Raten liberal und konservativ definierter psychischer Auffälligkeiten bei Jugendlichen mit niedrigem, mittlerem und hohem familiären Wohlstand getrennt für die verschiedenen Länder. Es wird deutlich, dass in fast allen Ländern die Jugendlichen mit niedrigem SES die höchsten Raten an psychischen Auffälligkeiten aufweisen. Lediglich die Ergebnisse aus Deutschland und Österreich folgen nicht diesem Trend, weisen aber auch keine Unterschiede in eine andere Richtung auf. In den Ländern, in denen sich ein niedriger SES in der durchgeführten Regressionsanalyse als signifikanter Risikofaktor hinsichtlich liberal definierter psychischer Auffälligkeiten erwies (siehe oben), unterscheiden sich die Raten der sozial Benachteiligten deutlich von denen der bessergestellten Jugendlichen, nämlich mit 30.5% vs. 18.3% (ES), 36.1% vs. 16.9% (UK), 34.5% vs 21.9% (FR), 26.5% vs. 20.8% (HU), 40.1% vs. 24.2% (CZ) und 31.3% vs. 19.9% (PL).

Tabelle 21. Raten psychischer Auffälligkeiten in den Strata nach familiärem Wohlstand^a

| | AT | CH | CZ ^{b,c} | DE | EL | ES ^c | FR | HU ^c | IE | NL ^{b,c} | PL ^b | SE | UK ^{b,c} | Ges ^{b,c} |
|---|-------------|-------------|-------------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|-----------------|----|-------------------|-----------------|----|-------------------|--------------------|
| Niedriger SES | | | | | | | | | | | | | | |
| n | 127 | 123 | 501 | 132 | 407 | 118 | 55 | 573 | | 112 | 399 | | 119 | 2666 |
| Unauffällig | 81.1 | 83.7 | 59.9 | 78.0 | 65.6 | 69.5 | 65.5 | 73.5 | | 74.1 | 68.7 | | 63.9 | 69.3 |
| $\Sigma_{\text{grenzwertig+auffällig}}$ | 18.9 | 16.3 | 40.1 | 22.0 | 34.4 | 30.5 | 34.5 | 26.5 | | 25.9 | 31.3 | | 36.1 | 30.7 |
| Grenzwertig | 13.4 | 11.4 | 26.5 | 15.9 | 22.1 | 16.1 | 23.6 | 16.2 | | 13.4 | 21.3 | | 20.2 | 19.7 |
| Auffällig | 5.5 | 4.9 | 13.6 | 6.1 | 12.3 | 14.4 | 10.9 | 10.3 | | 12.5 | 10.0 | | 16.0 | 11.0 |
| Mittlerer SES | | | | | | | | | | | | | | |
| n | 460 | 502 | 426 | 521 | 492 | 272 | 260 | 834 | | 589 | 481 | | 338 | 5175 |
| Unauffällig | 78.0 | 87.1 | 72.5 | 77.7 | 68.9 | 76.8 | 76.5 | 78.4 | | 85.4 | 75.5 | | 76.0 | 78.0 |
| $\Sigma_{\text{grenzwertig+auffällig}}$ | 22.0 | 12.9 | 27.5 | 22.3 | 31.1 | 23.2 | 23.5 | 21.6 | | 14.6 | 24.6 | | 24.0 | 22.0 |
| Grenzwertig | 16.5 | 9.6 | 22.5 | 13.2 | 20.5 | 17.3 | 12.7 | 14.7 | | 8.7 | 17.9 | | 14.2 | 15.0 |
| Auffällig | 5.4 | 3.4 | 4.9 | 9.0 | 10.6 | 5.9 | 10.8 | 6.8 | | 5.9 | 6.7 | | 9.8 | 7.0 |
| Hoher SES | | | | | | | | | | | | | | |
| n | 334 | 439 | 99 | 405 | 193 | 142 | 288 | 379 | | 495 | 136 | | 373 | 2634 |
| Unauffällig | 76.6 | 85.6 | 75.8 | 81.5 | 67.9 | 81.7 | 78.1 | 79.2 | | 82.0 | 80.1 | | 83.1 | 80.2 |
| $\Sigma_{\text{grenzwertig+auffällig}}$ | 23.4 | 14.4 | 24.2 | 18.5 | 32.2 | 18.3 | 21.9 | 20.8 | | 18.0 | 19.9 | | 16.9 | 19.8 |
| Grenzwertig | 17.1 | 10.3 | 16.2 | 13.1 | 25.9 | 16.2 | 12.2 | 14.5 | | 10.5 | 12.5 | | 11.3 | 13.6 |
| Auffällig | 6.3 | 4.1 | 8.1 | 5.4 | 6.2 | 2.1 | 9.7 | 6.3 | | 7.5 | 7.4 | | 5.6 | 6.2 |

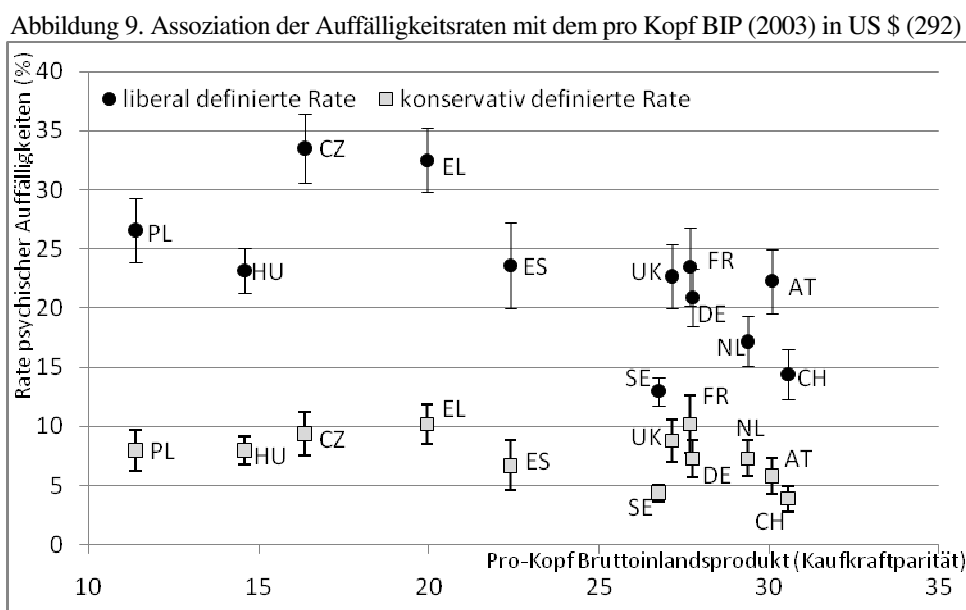
^a minimale Zelhäufigkeiten von $n \geq 5$ in mindestens 80% der Zellen sind in allen Analysen gegeben

^b Signifikante Unterschiede ($p < 0.05$) bei liberaler Dichotomisierung: CZ $\chi^2_{(df=2)} = 20.667$, Cramer-V=0.142, NL $\chi^2_{(df=2)} = 8.99$, Cramer-V=0.087, PL $\chi^2_{(df=2)} = 8.798$, Cramer-V=0.093, UK $\chi^2_{(df=2)} = 19.815$, Cramer-V=0.155, Ges $\chi^2_{(df=2)} = 108.159$, Cramer-V=0.099

^c Signifikante Unterschiede ($p < 0.05$) bei konservativer Dichotomisierung: CZ $\chi^2_{(df=2)} = 20.334$, Cramer-V=0.141, ES $\chi^2_{(df=2)} = 16.130$, Cramer-V=0.174, HU $\chi^2_{(df=2)} = 7.146$, Cramer-V=0.063, NL $\chi^2_{(df=2)} = 6.166$, Cramer-V=0.072, UK $\chi^2_{(df=2)} = 12.682$, Cramer-V=0.124, Ges $\chi^2_{(df=2)} = 54.878$, Cramer-V=0.070

5.5.3 Assoziation aggregierter Wohlstandsdaten mit psychischen Auffälligkeiten

Bei der Betrachtung der Assoziationen zwischen den länderspezifischen liberal und konservativ definierten Raten psychischer Auffälligkeiten einerseits und verschiedenen Indikatoren des gesellschaftlichen Wohlstands andererseits, zeigten sich ausschließlich für die liberal definierten Raten psychischer Auffälligkeiten signifikante Zusammenhänge mit dem Pro-Kopf Bruttoinlandsprodukt (Pearson's $r=-0.652$, $p=0.022$; **Abbildung 9**), mit der Arbeitslosigkeit der 15- bis 24-Jährigen (Pearson's $r=0.588$, $p=0.044$) sowie mit dem Anteil der Heranwachsenden mit niedrigem familiären Wohlstand (Pearson's $r=0.754$, $p=0.005$).⁷⁸



Um ausschließlich durch individuelle SES-Effekte bedingte Assoziationen der Auffälligkeitsraten mit ökonomischen Makroindikatoren auszuschließen, wurden in einem weiteren Schritt die länderspezifisch verschiedenen Anteile von Jugendlichen mit niedrigem, mittlerem und hohem SES auf ein europäisches Mittel gewichtet und die Länderraten psychischer Auffälligkeiten auf dieser Grundlage neu ermittelt. Auf Basis dieser Daten erweisen sich die Assoziationen der Raten psychischer Auffälligkeiten mit dem BIP ($r=-0.551$, $p=0.079$) sowie mit dem Anteil der Heranwachsenden mit niedriger FAS ($r=0.561$, $p=0.072$) knapp nicht mehr signifikant. Lediglich für die Arbeitslosigkeit der 15- bis 24-Jährigen kann weiterhin eine signifikante Assoziation beobachtet werden ($r=0.608$, $p=0.047$).⁷⁹

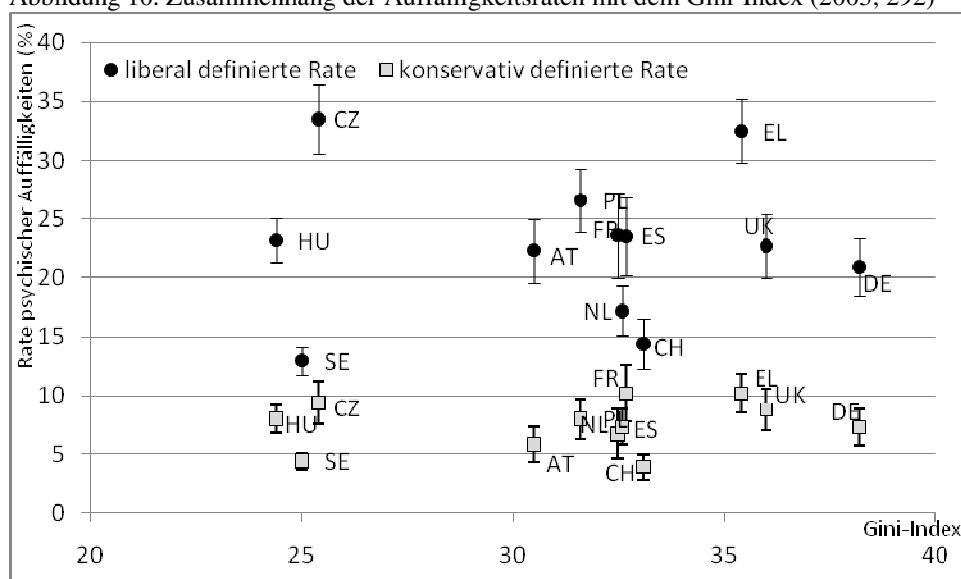
⁷⁸ Die hier präsentierten Ergebnisse beruhen auf den UNICEF-Angaben zum Anteil Heranwachsender mit niedriger FAS. Auf Basis der Anteile Jugendlicher mit niedriger FAS der eigenen Daten, bestehen vor ($r=0.827$, $p=0.001$) und nach ($r=0.659$, $p=0.027$) Kontrolle für die individuellen Effekte signifikante Assoziationen.

⁷⁹ Schweden konnte wegen fehlender FAS-Daten in die kontrollierten Analysen nicht einbezogen werden.

Für vielfältige andere Indikatoren des gesellschaftlichen Wohlstands (und der Teilhabe Heranwachsender daran) konnten hingegen keine Zusammenhänge mit den Raten psychischer Auffälligkeiten gefunden werden – unabhängig davon, ob durch Gewichtung für die individuellen SES-Effekte kontrolliert wurde oder nicht.⁸⁰ So weisen weder der Anteil von Haushalten mit Eltern im Arbeitsalter ohne ein arbeitendes Elternteil ($r=0.261$, $p=0.412$) noch der Anteil Heranwachsender, die in Haushalten mit einem Verdienst unterhalb von 50% des Medians leben, ($r=0.385$, $p=0.216$) Assoziationen mit der Auftretenshäufigkeit psychischer Auffälligkeiten in den Ländern auf. Auch der Anteil der Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren, die nicht in Ausbildung sind oder eine Beschäftigung haben, wies keinen signifikanten Zusammenhang mit den Raten psychischer Auffälligkeiten auf ($r=0.169$, $p=0.601$). Aufgrund der geringen Anzahl statistischer Einheiten auf Makroebene ($n=11$ bzw. 12) kann die inferenzstatistische Absicherung der Zusammenhänge jedoch nur mit geringer Teststärke erfolgen.

Während für die oben aufgeführten Indikatoren des *Ausmaßes* des gesellschaftlichen Wohlstands noch vereinzelt Zusammenhänge mit den Raten psychischer Auffälligkeiten beobachtet werden konnten, wiesen die makroökonomischen Indikatoren der *Verteilung* des gesellschaftlichen Wohlstands keine solchen Zusammenhänge auf. Weder für den Gini-Index von 2003 ($r=0.010$, $p=0.975$) noch für das Verhältnis der Einkommensanteile der reichsten zu den ärmsten 10% ($r=-0.127$, $p=0.694$) bzw. 20% ($r=-0.082$, $p=0.800$) der Bevölkerung konnte ein signifikanter Zusammenhang mit den länderspezifischen Raten psychischer Auffälligkeiten beobachtet werden (**Abbildung 10**, weitere Abbildungen sind dem Anhang beigelegt).

Abbildung 10. Zusammenhang der Auffälligkeitsraten mit dem Gini-Index (2003, 292)



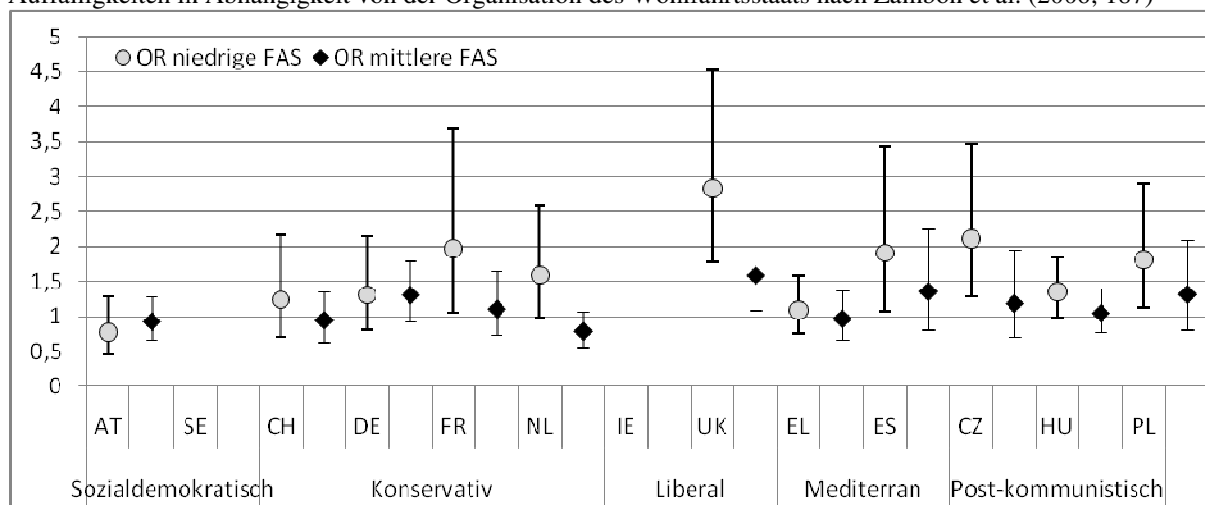
⁸⁰ Da unabhängig von einer Kontrolle für mögliche Effekte des SES auf individueller Ebene keine signifikanten Ergebnisse beobachtet wurden, werden in der Folge ausschließlich die rohen Korrelationen berichtet.

Neben den oben berichteten Analysen, inwiefern die *Raten* psychischer Auffälligkeiten in Zusammenhang mit dem Ausmaß bzw. der Verteilung des Wohlstands in einem Land stehen, wurde auch die Hypothese überprüft, dass sich die länderspezifischen *Assoziationen* zwischen familiärem Wohlstand und psychischen Auffälligkeiten in Abhängigkeit von gesellschaftlichen Charakteristika der einzelnen Länder unterscheiden.

Es konnte jedoch für keinen der oben bereits erwähnten Indikatoren des *Ausmaßes* des gesellschaftlichen Wohlstands (Pro-Kopf-BIP, Jugendarbeitslosenrate, Anteile Heranwachsender mit niedriger FAS, mit arbeitslosen Eltern oder in Haushalten mit einem Einkommen unterhalb der Hälfte des Medians) und auch für keinen Indikator der *Verteilung* des Wohlstands in einer Gesellschaft (Gini-Index, Verhältnis der Einkommensanteile der reichsten zu den ärmsten 10% bzw. 20% der Bevölkerung) ein Zusammenhang mit der Höhe der länderspezifischen Assoziationen zwischen familiärem Wohlstand und psychischen Auffälligkeiten festgestellt werden (Abbildungen siehe Anhang). Die Analysen können demnach weder bestätigen, dass in ärmeren Ländern ein stärkerer Zusammenhang zwischen niedrigerem Wohlstand und psychischen Auffälligkeiten besteht, noch dass in Ländern mit einer größeren ökonomischen Ungleichheit solche Assoziationen besonders ausgeprägt sind.

Abbildung 11 zeigt die länderspezifischen Odds Ratios für den Zusammenhang zwischen familiärem Wohlstand und psychischen Auffälligkeiten in Abhängigkeit vom Typ des jeweiligen Wohlfahrtsstaats. Es zeigt sich, dass das einzige Land mit einem liberalen System (UK) die größte Assoziation aufweist, während das einzige sozialdemokratisch geprägte Land die niedrigste Assoziation aufweist. Diese Betrachtung kann jedoch aufgrund der geringen Fallzahl in den einzelnen Kategorien lediglich deskriptiven Charakter haben.

Abbildung 11. Länderspezifische Assoziationen zwischen familiärem Wohlstand (FAS) und psychischen Auffälligkeiten in Abhängigkeit von der Organisation des Wohlfahrtsstaats nach Zambon et al. (2006; 187)



5.6 Geschlecht, Alter und SES als Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten

Um die Rolle von Alter, Geschlecht und familiärem Wohlstand hinsichtlich der Chance, der Gruppe der psychisch Auffälligen anzugehören, gemeinsam zu analysieren, wurden binäre logistische Regressionsanalysen durchgeführt. In jedem Land und im Gesamtdatensatz wurden grundsätzlich Alter, Geschlecht und die FAS als Prädiktoren aufgenommen und anschließend geprüft, ob auch Wechselwirkungen signifikante Prädiktoren des Outcomes darstellen.

Die für die weiteren Analysen *grundlegende Tabelle 22* zeigt bei Einbezug der aufgeführten Prädiktoren Nagelkerke R^2 Werte zwischen 0.002 (AT) und 0.041 (UK). In allen Ländern gilt $p_{HL} > 0.05$. Alter und Geschlecht oder ihre Wechselwirkung bilden nur in vereinzelt Ländern signifikante Prädiktoren. Ein niedriger SES ist in fünf Ländern (CZ, ES, FR, PL, UK) mit höheren Chancen psychischer Auffälligkeiten assoziiert, in zwei weiteren Ländern (HU, NL) zeigen sich diesbezüglich jedoch Trends. Eine Wechselwirkung zwischen dem SES und dem Alter oder Geschlecht erwies sich in keinem Land signifikant.

Tabelle 22. Alter, Geschlecht und SES als Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten (liberal dichotomisierter Algorithmus)^a

| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE ^b | NL | PL | SE ^c | UK | Ges |
|--|-------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------|-------|-------------|-----------------|-------------|-------------|
| n | | | | | | | | | | | | | | |
| Konstante | 0.303 | 0.140 | 0.300 | 0.176 | 0.468 | 0.194 | 0.253 | 0.250 | - | 0.204 | 0.241 | 0.148 | 0.206 | 0.226 |
| Geschlecht (Mädchen=0) | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 1.01 | 1.30 | 1.13 | 1.56 | 0.99 | 1.33 | 1.22 | 1.11 | - | 1.16 | 1.05 | 0.92 | 0.94 | 1.17 |
| KI _{95%} | 0.74 | 0.92 | 0.86 | 1.15 | 0.76 | 0.89 | 0.84 | 0.88 | - | 0.85 | 0.79 | 0.74 | 0.68 | 1.03 |
| | 1.38 | 1.84 | 1.46 | 2.12 | 1.29 | 2.00 | 1.78 | 1.40 | - | 1.57 | 1.40 | 1.13 | 1.31 | 1.10 |
| Alter (in Jahren)^d | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 1.00 | 0.87 | 1.00 | 1.11 | 1.16 | 1.03 | 0.94 | 1.10 | - | 1.03 | 1.12 | 1.49 | 0.91 | 1.06 |
| KI _{95%} | 0.92 | 0.79 | 0.93 | 0.98 | 1.05 | 0.92 | 0.85 | 1.02 | - | 0.95 | 0.99 | 1.34 | 0.82 | 1.03 |
| | 1.09 | 0.97 | 1.07 | 1.25 | 1.28 | 1.15 | 1.05 | 1.20 | - | 1.13 | 1.24 | 1.66 | 1.01 | 1.10 |
| Wechselwirkung Alter*Geschlecht | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | ns | ns | ns | 0.82 | 0.80 | ns | ns | 0.86 | - | ns | 0.78 | ns | ns | 0.88 |
| KI _{95%} | | | | 0.70 | 0.68 | | | 0.76 | - | | 0.66 | | | 0.84 |
| | | | | 0.97 | 0.94 | | | 0.98 | - | | 0.93 | | | 0.93 |
| Sozioökonomischer Status (SES) | | | | | | | | | | | | | | |
| mittlerer SES | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 0.92 | 0.94 | 1.18 | 1.30 | 0.96 | 1.35 | 1.10 | 1.04 | - | 0.78 | 1.31 | - | 1.58 | 1.16 |
| KI _{95%} | 0.66 | 0.64 | 0.71 | 0.93 | 0.67 | 0.81 | 0.74 | 0.77 | - | 0.56 | 0.81 | - | 1.09 | 1.04 |
| | 1.29 | 1.36 | 1.96 | 1.80 | 1.37 | 2.25 | 1.65 | 1.40 | - | 1.08 | 2.09 | - | 2.30 | 1.29 |
| niedriger SES | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 0.77 | 1.24 | 2.11 | 1.31 | 1.09 | 1.91 | 1.97 | 1.35 | - | 1.59 | 1.81 | - | 2.83 | 1.82 |
| KI _{95%} | 0.46 | 0.71 | 1.29 | 0.81 | 0.75 | 1.07 | 1.05 | 0.99 | - | 0.98 | 1.13 | - | 1.78 | 1.61 |
| | 1.28 | 2.16 | 3.46 | 2.14 | 1.58 | 3.44 | 3.69 | 1.85 | - | 2.59 | 2.91 | - | 4.52 | 2.05 |
| R² Nagelkerke | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0.002 | 0.017 | 0.029 | 0.023 | 0.014 | 0.021 | 0.015 | 0.011 | - | 0.014 | 0.025 | 0.032 | 0.041 | 0.02 |

^a $p_{HL} > 0.05$ in allen Ländern; ^b aus Irland liegen keine SDQ-Daten vor; ^c da in Schweden die FAS nicht eingesetzt wurde, wurden hier nur Geschlecht, Alter sowie deren Wechselwirkung als Prädiktoren aufgenommen; ^d zur Vermeidung von Multikollinearitätsproblemen durch Wechselwirkungsterme geht das Alter in länderspezifisch zentrierter Form ein

- = Daten liegen nicht vor; ns= nicht signifikant

Die in **Tabelle 22** präsentierten Odds Ratios, die ein signifikant erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten bei Jugendlichen mit niedrigem SES anzeigen, bewegen sich zwischen 1.81 (PL; KI_{95%}: 1.13-2.91) und 2.83 (UK; KI_{95%}: 1.78-4.52). Auch wenn sich hieraus ableiten lässt, dass die Chance der sozial schlechter gestellten Jugendlichen, psychisch auffällig zu sein, um etwa das Zwei- bis Dreifache erhöht ist, sind diese Odds Ratios jedoch wenig aussagekräftig, sofern man an der Public-Health-Relevanz dieses Risikofaktors in Hinblick auf die Gesamtpopulation interessiert ist. Um die Bedeutung des Risikofaktors „niedriger familiärer Wohlstand“ in einer bevölkerungsbezogenen Perspektive und unter Berücksichtigung seiner Prävalenz in der Population besser einordnen zu können, wurden zusätzlich aus den Odds Ratios die populationsattributablen Risiken ermittelt (siehe 4.3). Hierbei zeigt sich, dass in Frankreich lediglich 5.5% aller Fälle psychischer Auffälligkeiten der Exposition „niedriger SES“ zugeschrieben werden können, in Spanien und Großbritannien sind dies 12.4% bzw. 14.3% aller Fälle. Am stärksten erweist sich auf Populationsebene die Bedeutung eines niedrigen familiären Wohlstands in Polen und Tschechien, wo 18.0% bzw. 24.5% der Fälle mit diesem Faktor verbunden sind.⁸¹

Die oben abgebildete und beschriebene **Tabelle 22** sowie die darauf basierende Kalkulation der populationsattributablen Risiken bilden für die weiteren Analysen eine wichtige Grundlage, da in den nachfolgenden Analysen (5.7.1-5.7.4) betrachtet wird, inwiefern sich die Bedeutung des sozioökonomischen Status als Prädiktor bei Einbezug der potentiell als Mediatoren agierenden Lebenswelten Schule, Familie und Gleichaltrige verändert, und sich die einhergehenden populationsattributablen Risiken ggf. reduzieren. Insofern bildet **Tabelle 22** eine Vergleichsbasis, vor deren Hintergrund die in den kommenden Abschnitten ermittelten Ergebnisse betrachtet werden.

⁸¹ Selbstverständlich richten sich Public Health-Fragestellungen nicht zwangsläufig auf die Populationen ganzer Länder, sondern können bspw. auch den Versorgungsbedarf einer bestimmten Bevölkerungsgruppe fokussieren. Zudem wäre das Ignorieren der mit einem niedrigen SES einhergehenden Krankheitslast aufgrund eines geringen populationsattributablen Risikos (PAR) in Hinblick auf allgemein anerkannte Werte wie gesundheitliche Chancengleichheit politisch inakzeptabel und teilweise auch ungesetzlich (siehe 6.2.3). Das Einnehmen einer bevölkerungsbezogenen Perspektive in dieser Arbeit dient jedoch dem Zweck, das mit diesem Risikofaktor einhergehende gesamtgesellschaftliche Präventionspotential abschätzen zu können. Dies erscheint angesichts der großen Verbreitung psychischer Auffälligkeiten vertretbar, zumal auch eine Vergleichbarkeit mit anderen Risikogruppen hergestellt wird und die gewonnenen Erkenntnisse eine empirische Grundlage für Überlegungen bilden können, mittels welcher Strategien am meisten Auffälligkeiten verhindert werden könnten.

Zusammenfassung

Die **Verteilung des familiären Wohlstands** unterscheidet sich in den einbezogenen europäischen Ländern signifikant. So berichten in den süd- und osteuropäischen Ländern besonders viele (40% bis 50%) Jugendliche einen niedrigen Wohlstand (im Gegensatz zu ~10% bis 15% in den westlichen Ländern) und auch das Ausmaß der Deprivation ist in erstgenannten Ländern größer. Ein Abgleich der hier ermittelten Verteilungen mit von UNICEF publizierten Daten zeigte weitgehend gut übereinstimmende Werte.

Im Gesamtdatensatz zeigte sich eine **Assoziation zwischen einem niedrigen familiären Wohlstand und einer höheren Auftretenswahrscheinlichkeit psychischer Auffälligkeiten**. Auf Ebene der einzelnen Länder wurden zwar nahezu überall höhere Raten unter den sozial benachteiligten Jugendlichen beobachtet, statistische Signifikanz erreichte diese Beziehung jedoch in nur sechs Ländern. Nach Kontrolle für Alter und Geschlecht weisen sozial benachteiligte Jugendliche aus Tschechien (OR=2.11; KI_{95%}: 1.29-3.36), Spanien (OR=1.91; KI_{95%}:1.07-3.44), Frankreich (OR=1.97; KI_{95%}: 1.05-3.69), Polen (OR=1.81; KI_{95%}: 1.13-2.91) und Großbritannien (OR=2.83; KI_{95%}:1.78-4.52) ein höheres Risiko für psychische Auffälligkeiten auf, während für Ungarn und die Niederlande Trends erkennbar sind.

Bei **Betrachtung vielfältiger ökonomischer Makroindikatoren** zeigte sich lediglich für die **Raten** der liberal definierten psychischen Auffälligkeiten ein Zusammenhang mit verschiedenen aggregierten Daten zum *Ausmaß* des gesellschaftlichen Wohlstands (Pro-Kopf-BIP, Jugendarbeitslosigkeit, Anteil Heranwachsender mit niedrigem familiären Wohlstand). Nach einer Kontrolle für die individuellen SES-Effekte durch Gewichtung erwies sich jedoch ausschließlich die Jugendarbeitslosigkeitsrate als signifikant assoziiert mit der Rate psychischer Auffälligkeiten. Die *Verteilung* des gesellschaftlichen Wohlstands beschreibende Makroindikatoren wiesen keinerlei Zusammenhänge mit den länderspezifischen Raten psychischer Auffälligkeiten auf. Auch in Hinblick auf die Fragestellung, inwiefern die länderspezifischen **Assoziationen zwischen SES und psychischen Auffälligkeiten** in Zusammenhang mit Makroindikatoren zu *Ausmaß* bzw. *Verteilung* des gesellschaftlichen Wohlstands stehen, ließen sich keinerlei Hinweise auf Abhängigkeiten beobachten. In der Zusammenschau deuten die Analysen demnach lediglich in einem Einzelfall tendenziell höhere Raten psychischer Auffälligkeiten in Ländern mit größeren sozialen Problemen (Jugendarbeitslosigkeit) an, ansonsten können weder für ärmere noch für ungleichere Länder höhere Auffälligkeitsraten oder eine stärkere Assoziation zwischen niedrigerem Wohlstand und psychischen Auffälligkeiten beobachtet werden.

Ein Kernstück der hier präsentierten Analysen bilden die in **Tabelle 22** präsentierten Daten, auf die im weiteren Verlauf wiederholt zurückgegriffen wird. Die hier unter gleichzeitigem Einbezug der Prädiktoren Alter und Geschlecht dargestellten Odds Ratios für den niedrigen familiären Wohlstand bilden die Vergleichsbasis für die nachfolgenden Analysen, um zu prüfen, inwiefern die Lebenswelten Schule, Familie und Gleichaltrige als Mediatoren des SES wirken. In diesem Zusammenhang sind auch die aus den Daten dieser Tabelle abgeleiteten **populationsattributablen Risiken** von besonderer Bedeutung: Es konnte gezeigt werden, dass der Anteil der Fälle psychischer Auffälligkeiten, der einem niedrigen SES zugeschrieben werden kann, in den verschiedenen Ländern von 5.5% (FR), 12.4% (ES) und 14.3% (UK) bis hin zu 18.0% (PL) und 24.5% (CZ) stark variiert. Dies zeigt auch, dass das Identifizieren von Mediatoren des SES in Hinblick auf präventive Maßnahmen insbesondere in den letztgenannten Ländern von Interesse ist, in denen die Bedeutung eines niedrigen familiären Wohlstands auf Populationsebene am größten ist.

5.7 Verteilung der Lebenswelt-Prädiktoren

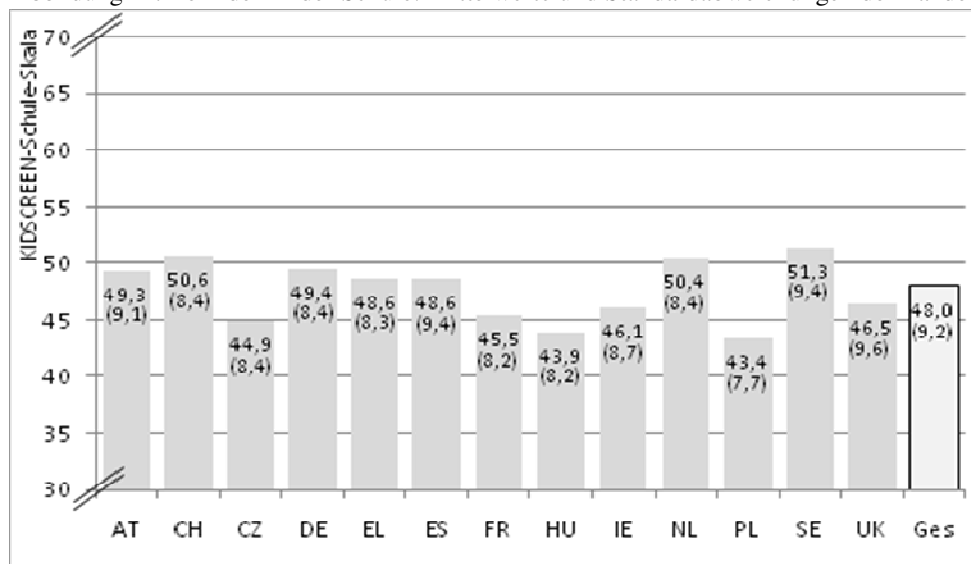
5.7.1 Lebenswelt Schule

5.7.1.1 Lebenswelt Schule: Unterschiede nach Land, Geschlecht und Alter

Die länderspezifischen Mittelwerte der KIDSCREEN-Schulskala bewegen sich zwischen 43.38 (PL) und 51.30 (SE). Die niedrigsten Werte werden in den osteuropäischen Ländern Polen, Ungarn und Tschechien berichtet, die als einzige Länder Mittelwerte von weniger als 45 Punkten aufweisen. Auch in Frankreich, Irland und England werden eher niedrige Werte von 45 bis 46 Punkten beobachtet, während in Ländern wie Österreich, der Schweiz, den Niederlanden und dem „Spitzenreiter“ Schweden ein höheres Wohlbefinden in der Schule berichtet wird. Der Gesamtwert für alle Länder liegt mit 48 Punkten unter dem Wert von 50 Punkten, auf den die gesamteuropäischen Skalenmittelwerte als t-Skalen normiert wurden und zeigt somit an, dass die Werte der hier einbezogenen Altersgruppe der 12- bis 18-Jährigen insgesamt unterhalb derer der Gesamtgruppe (8 bis 18 Jahre) liegen.

Die Unterschiede zwischen den Ländern erwiesen sich in einer Kovarianzanalyse unter Kontrolle des Geschlechts als signifikant ($F_{(df=12)}=137.725$; $p<0.001$; partielles $\eta^2=0.098$).⁸² Auch im Post-hoc Test unterscheiden sich die meisten Länder voneinander (siehe Anhang).

Abbildung 12. Befinden in der Schule: Mittelwerte und Standardabweichungen der Länder



⁸² Auf eine Kontrolle für das Alter wird hier grundsätzlich verzichtet, da das Alter keinen homogenen Regressionskoeffizienten und auch nur teilweise einen Zusammenhang mit dem Wohlbefinden aufweist (siehe unten). Da die Altersverteilungen der Stichproben auch nicht deutlich voneinander abweichen, wäre eine solche Kontrolle nicht nur überflüssig, sondern verstieße angesichts ungleicher Stichprobengrößen sowie teilweise nicht normalverteilter Residuen auch gegen die Verfahrensvoraussetzungen (siehe 4.3). Es sei aber darauf hingewiesen, dass versuchsweise Berechnungen der länderspezifischen Randmittel unter Kontrolle von Alter und Geschlecht für alle analysierten KIDSCREEN-Skalen keine inhaltlich abweichenden Ergebnisse erbrachten.

Die Hypothese, dass Mädchen ein höheres schulisches Wohlbefinden aufweisen als Jungen, konnte in länderspezifischen Varianzanalysen für fünf (CZ, ES, HU, IE, PL) der 13 Länder bestätigt werden. Hierbei zeigten sich Geschlechtsunterschiede mit kleinen Effekten zwischen $\eta^2=0.001$ und $\eta^2=0.014$ bzw. zwischen $d=0.13$ und $d=0.24$.⁸³

Tabelle 23. Befinden in der Schule: Geschlechtsunterschiede in den verschiedenen Ländern

| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE | NL | PL | SE | UK | Ges |
|---|-------|-------|--------------------|-------|-------|--------------------|-------|--------------------|--------------------|-------|---------------------|-------|-------|-------|
| Mädchen | | | | | | | | | | | | | | |
| n | 470 | 560 | 497 | 546 | 694 | 264 | 324 | 1122 | 562 | 617 | 569 | 1559 | 438 | 8222 |
| m | 49.64 | 50.65 | 45.43 | 49.72 | 48.72 | 49.54 | 45.79 | 44.35 | 46.59 | 50.28 | 44.20 | 51.28 | 46.65 | 48.12 |
| SD | 9.05 | 7.96 | 8.76 | 8.42 | 7.99 | 9.42 | 7.77 | 7.84 | 8.87 | 8.21 | 7.90 | 9.07 | 9.54 | 8.91 |
| Jungen | | | | | | | | | | | | | | |
| n | 398 | 491 | 519 | 493 | 461 | 251 | 283 | 721 | 328 | 560 | 453 | 1627 | 442 | 7027 |
| m | 48.96 | 50.63 | 44.35 | 49.11 | 48.46 | 47.55 | 45.11 | 43.30 | 45.17 | 50.62 | 42.36 | 51.33 | 46.31 | 47.84 |
| SD | 9.21 | 8.82 | 8.44 | 8.44 | 8.78 | 9.34 | 8.69 | 8.79 | 8.28 | 8.63 | 7.41 | 9.69 | 9.75 | 9.48 |
| Geschlechtsunterschied^d | | | | | | | | | | | | | | |
| F _(df=1) | ns | ns | 4.027 ^a | ns | ns | 5.765 ^a | ns | 7.089 ^b | 5.503 ^a | ns | 14.442 ^c | ns | ns | ns |
| d | | | 0.13 | | | 0.21 | | 0.13 | 0.16 | | 0.24 | | | |
| η^2 | | | 0.004 | | | 0.011 | | 0.004 | 0.006 | | 0.014 | | | |

^a = $p < 0.05$; ^b = $p < 0.01$; ^c = $p < 0.001$; ^d = länderspezifische Varianzanalysen; ns=nicht signifikant

Der Zusammenhang zwischen dem Alter und dem schulischen Wohlbefinden erwies sich in einer graphischen Prüfung nur in drei der 13 Länder für die Jungen (CZ, PL, SE) und in neun Ländern bei den Mädchen (CH, DE, EL, ES, HU, IE, NL, PL, SE) als linear. Für diese Subgruppen durchgeführte lineare Regressionsanalysen des Alters (in Jahren) auf die Schulskala zeigen einen durchweg negativen Einfluss zunehmenden Alters auf das schulische Wohlbefinden. Der größte Effekt findet sich in Schweden, wo durchschnittlich mit jedem Lebensjahr die Werte auf der Schulskala um 2.5 Punkte (Jungen) bzw. 3 Punkte (Mädchen) sinken (korrigiertes $R^2=0.066$ bzw. 0.105). In den anderen Ländern mit linearem Zusammenhang zwischen dem Alter und schulischem Wohlbefinden bewegen sich diese Werte für Mädchen zwischen etwa 0.7 (DE, HU, IE) und 1.5 Punkten (EL, ES). Die bei den polnischen und tschechischen Jungen gefundenen Zusammenhänge sind weniger stark und zeigen eine Reduktion der Schulskala um 0.5 Punkte pro Lebensjahr an (mit $\sim 1\%$ Varianzaufklärung).

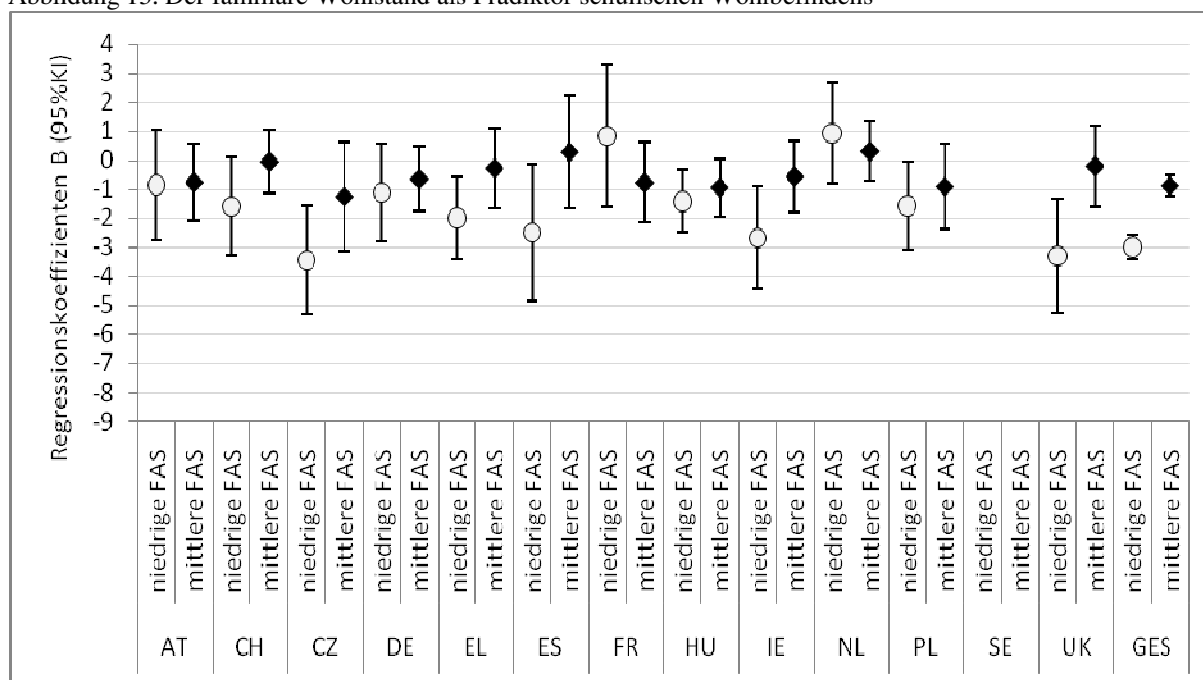
In den anderen Ländern liegen teilweise Verteilungen vor, bei denen das Wohlbefinden bei den 17- bzw. 18-Jährigen wieder zunimmt (Jungen in DE, EL, ES, IE, NL, Mädchen in AT, FR) oder die keinen systematischen Zusammenhang zwischen Alter und Wohlbefinden erkennen ließen (UK, Jungen in AT, CH, FR, HU, Mädchen in CZ).

⁸³ Auch hier wurde auf eine Aufnahme des Alters als Kovariate verzichtet, da es nur in einigen länder- und geschlechtsspezifischen Subgruppen einen linearen Zusammenhang mit der abhängigen Variablen aufweist.

5.7.1.2 Lebenswelt Schule: Unterschiede nach familiärem Wohlstand

Lineare Regressionsanalysen zum Einfluss des familiären Wohlstands auf das Befinden in der Schule zeigen, dass in sieben Ländern (CZ, EL, ES, HU, IE, PL, UK) ein niedrigerer sozio-ökonomischer Status signifikant mit einem niedrigeren schulischen Wohlbefinden assoziiert ist (**Abbildung 13**). Jugendliche mit einem geringen familiären Wohlstand weisen durchschnittlich bis zu 3.3 (UK) bzw. 3.4 Punkte (CZ) geringere Werte im schulischen Wohlbefinden auf.

Abbildung 13. Der familiäre Wohlstand als Prädiktor schulischen Wohlbefindens



5.7.1.3 Die Lebenswelt Schule als Prädiktor psychischer Auffälligkeiten

Um zu testen, inwiefern das schulische Wohlbefinden im Zusammenhang mit psychischen Auffälligkeiten steht, wurden zunächst logistische Regressionsanalysen mit dem schulischen Wohlbefinden als einzigem Prädiktor für das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten durchgeführt. Die ermittelten rohen Odds Ratios zeigen, dass ein höheres schulisches Wohlbefinden in allen Ländern mit einer geringeren Auftretenshäufigkeit psychischer Auffälligkeiten assoziiert ist. Mit jedem Punkt auf der KIDSCREEN-Schulskala reduziert sich das Verhältnis p (psychisch auffällig) / p (nicht psychisch auffällig) wenigstens um den Faktor $OR=0.96$ (CH; $KI_{95\%}:0.94-0.98$) bis hin zu $OR=0.87$ (SE; $KI_{95\%}:0.86-0.89$). Dabei bewegt sich Nagelkerke R^2 zwischen 1.5% (CH) und 12.3% (SE). In der länderübergreifenden Analyse erklärt das schulische Wohlbefinden 11.6% der Varianz ($OR_{gesamt}=0.92$; $KI_{95\%}: 0.92-0.93$).

Auch bei einer Kontrolle der Analyse für Alter und Geschlecht (bzw. auch der Wechselwirkung zwischen Alter und Geschlecht in DE, EL, HU, PL) sowie SES erwies sich die Lebenswelt Schule hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten in allen Ländern als signifikanter Prädiktor (Tabelle 24). In vier Ländern (DE, FR, HU, SE) zeigten sich zudem Wechselwirkungen des schulischen Wohlbefindens mit dem Geschlecht. Die Odds Ratios > 1 zeigen dabei an, dass die mit höheren Werten in der Schulskala einhergehende Reduktion der Chance für das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten (ORs <1) bei Jungen (Geschlecht=1) etwas abgeschwächt auftritt.

Tabelle 24. Geschlecht, Alter, SES und schulisches Wohlbefinden als Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten ^{a,b}

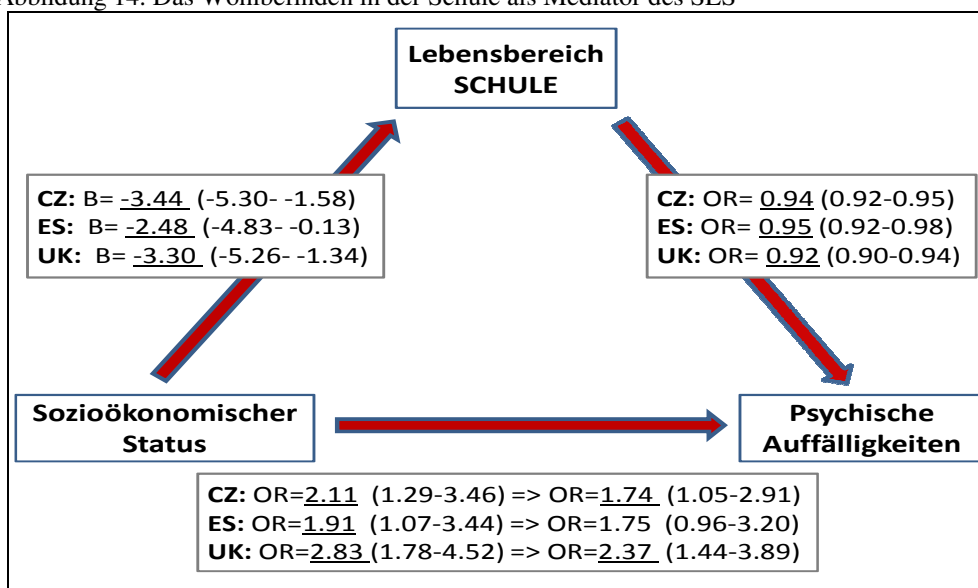
| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE ^c | NL | PL | SE ^d | UK | Ges ^e |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|------------------|
| n | | | | | | | | | | | | | | |
| Konstante | 0.276 | 0.134 | 0.340 | 62.069 | 9.153 | 0.204 | 0.221 | 20.713 | | 0.165 | 19.139 | 0.069 | 0.194 | 0.210 |
| Geschlecht (Mädchen=0) | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 0.99 | 1.28 | 1.02 | 2.01 | 0.92 | 1.18 | 1.27 | 1.12 | | 1.24 | 0.88 | 1.58 | 0.90 | 1.16 |
| KL _{95%} | 0.71 | 0.90 | 0.78 | 1.41 | 0.70 | 0.77 | 0.84 | 0.87 | | 0.91 | 0.65 | 1.16 | 0.63 | 1.05 |
| | 1.39 | 1.83 | 1.34 | 2.87 | 1.21 | 1.80 | 1.93 | 1.44 | | 1.71 | 1.19 | 2.15 | 1.28 | 1.28 |
| Alter (in Jahren) | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 0.96 | 0.86 | 0.97 | 1.07 | 1.08 | 0.98 | 0.89 | 1.06 | | 0.93 | 0.98 | 1.10 | 0.91 | 1.01 |
| KL _{95%} | 0.87 | 0.77 | 0.90 | 0.93 | 0.97 | 0.87 | 0.80 | 0.97 | | 0.85 | 0.87 | 0.98 | 0.82 | 0.97 |
| | 1.06 | 0.95 | 1.04 | 1.23 | 1.20 | 1.11 | 1.00 | 1.15 | | 1.03 | 1.11 | 1.24 | 1.02 | 1.04 |
| Wechselwirkung Alter*Geschlecht | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | - | - | - | 0.84 | 0.77 | - | - | 0.88 | | - | 0.85 | - | - | 0.90 |
| KL _{95%} | - | - | - | 0.70 | 0.66 | - | - | 0.77 | | - | 0.72 | - | - | 0.85 |
| | - | - | - | 1.01 | 0.92 | - | - | 1.00 | | - | 1.02 | - | - | 0.95 |
| Sozioökonomischer Status (SES) | | | | | | | | | | | | | | |
| mittlerer SES | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 0.93 | 1.00 | 1.10 | 1.30 | 0.92 | 1.21 | 1.09 | 1.02 | | 0.80 | 1.39 | - | 1.57 | 1.11 |
| KL _{95%} | 0.64 | 0.68 | 0.65 | 0.92 | 0.63 | 0.71 | 0.71 | 0.75 | | 0.57 | 0.84 | - | 1.06 | 0.99 |
| | 1.33 | 1.47 | 1.85 | 1.84 | 1.33 | 2.05 | 1.66 | 1.39 | | 1.13 | 2.30 | - | 2.32 | 1.25 |
| niedriger SES | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 0.78 | 1.22 | 1.74 | 1.25 | 0.97 | 1.75 | 2.00 | 1.30 | | 1.83 | 1.89 | - | 2.37 | 1.57 |
| KL _{95%} | 0.45 | 0.69 | 1.05 | 0.75 | 0.66 | 0.96 | 0.99 | 0.94 | | 1.09 | 1.14 | - | 1.44 | 1.38 |
| | 1.35 | 2.14 | 2.91 | 2.10 | 1.42 | 3.20 | 4.05 | 1.80 | | 3.06 | 3.14 | - | 3.89 | 1.78 |
| Schule | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 0.94 | 0.96 | 0.94 | 0.88 | 0.94 | 0.95 | 0.89 | 0.90 | | 0.92 | 0.90 | 0.83 | 0.92 | 0.93 |
| KL _{95%} | 0.92 | 0.94 | 0.92 | 0.85 | 0.93 | 0.92 | 0.86 | 0.88 | | 0.90 | 0.88 | 0.81 | 0.90 | 0.92 |
| | 0.96 | 0.98 | 0.95 | 0.92 | 0.96 | 0.98 | 0.93 | 0.92 | | 0.94 | 0.92 | 0.85 | 0.94 | 0.93 |
| Wechselwirkung Schule*Geschlecht^f | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | ns | ns | ns | 1.08 | ns | ns | 1.09 | 1.05 | | ns | ns | 1.10 | ns | 1.02 |
| KL _{95%} | | | | 1.03 | | | 1.03 | 1.02 | | | | 1.06 | | 1.01 |
| | | | | 1.13 | | | 1.15 | 1.08 | | | | 1.13 | | 1.03 |
| R² Nagelkerke | 0.071 | 0.043 | | 0.131 | 0.073 | 0.068 | 0.101 | 0.107 | | 0.109 | 0.144 | 0.248 | 0.172 | 0.099 |

^a $p_{\text{HL}} > 0.05$ in allen Ländern mit Ausnahme des Gesamtdatensatzes; ^b signifikante Koeffizienten sind durch Fettdruck hervorgehoben; ^c aus Irland liegen keine SDQ-Daten vor; ^d Schweden nur unter Einbezug der Variablen Alter, Geschlecht, Schulskala und potentiellen Wechselwirkungen; ^e Gesamtwerte ohne Einbezug Schwedens; ^f da in keinem Land oder dem Gesamtdatensatz eine signifikante Wechselwirkung Schulskala*Alter beobachtet wurde, wird dieser Term in dieser Tabelle nicht dargestellt

Aus **Tabelle 24** geht ebenfalls hervor, dass ein niedriger familiärer Wohlstand, der sich ohne den Einbezug lebensweltlicher Faktoren in fünf Ländern als signifikanter Prädiktor psychischer Auffälligkeiten erwies (CZ, ES, FR, PL, UK, siehe 5.6), unter Kontrolle des schulischen Wohlbefindens in Spanien (vorher OR=1.91; KI_{95%}:1.07-3.44) und Frankreich (zuvor OR=1.97 KI_{95%}: 1.05-3.69) knapp nicht mehr signifikant ist. In Frankreich ist diese Änderung jedoch nicht einer Reduktion des ORs geschuldet, sondern einer Vergrößerung des Konfidenzintervalls. In Tschechien und Großbritannien verkleinern sich die mit einem geringen SES verbundenen ORs von zuvor 2.11 (KI_{95%}: 1.29-3.46) auf OR=1.74 (KI_{95%}: 1.05-2.91) bzw. von zuvor 2.83 (KI_{95%}:1.78-4.52) auf 2.37 (KI_{95%}: 1.44-3.89). In Polen ist sogar eine minimale Vergrößerung zu finden (vorher: 1.81; KI_{95%}: 1.13-2.91, nachher: 1.89, KI_{95%}: 1.14-3.14).

Abbildung 14 verdeutlicht, in welchen Ländern das schulische Wohlbefinden gemäß den unter 4.3 aufgeführten Kriterien einen Mediator des SES hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten darstellt. Drei der fünf Länder mit gegebener Assoziation zwischen einem niedrigen SES und einer erhöhten Chance für das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten erfüllen zusätzlich die Bedingungen (A) einer signifikanten Assoziation des SES mit dem schulischen Wohlbefinden, (B) einer Assoziation zwischen dem schulischen Wohlbefinden und dem Vorliegen psychischer Auffälligkeiten sowie (C) einer Reduktion des mit einem niedrigen SES einhergehenden Risikos bei Einbezug des schulischen Wohlbefindens in die Regression. Die einhergehenden populationsattributablen Risiken reduzieren sich von 24.5% (KI_{95%}: 9.1-36.3) auf 18.8% (KI_{95%}: 1.8-32.6) (CZ), von 12.4% (KI_{95%}: 1.2-23.4) auf 10.7% (KI_{95%}: -0.7-22.1) (ES) sowie von 14.3% (KI_{95%}: 7.6-20.9) auf 11.3% (KI_{95%}: 4.7-18.9) (UK).

Abbildung 14. Das Wohlbefinden in der Schule als Mediator des SES ^a

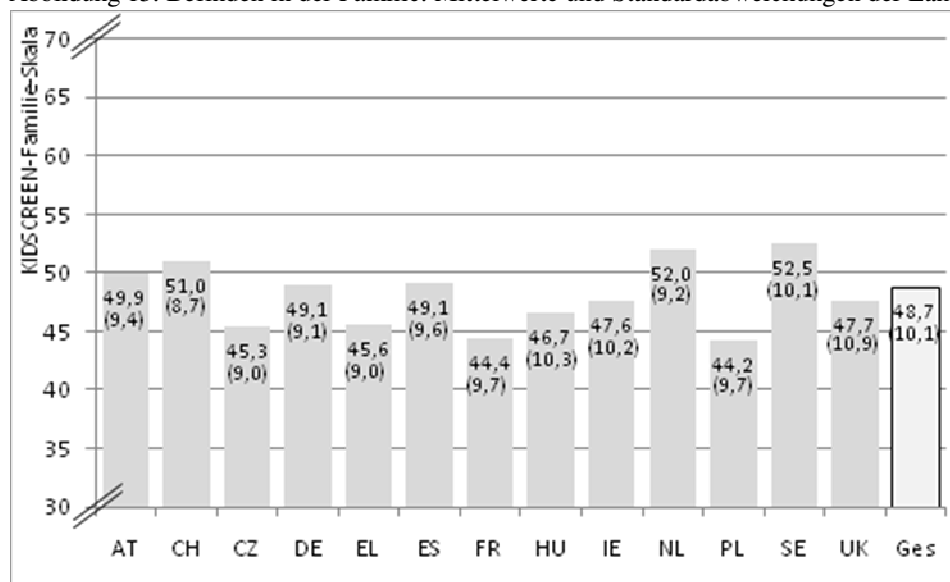


5.7.2 Lebenswelt Familie

5.7.2.1 Lebenswelt Familie: Unterschiede nach Land, Geschlecht und Alter

Die Mittelwerte für das familiäre Wohlbefinden bewegen sich in den verschiedenen Ländern zwischen niedrigeren Werten von 44 oder 45 Punkten in Polen, Frankreich, Tschechien und Griechenland und hohen Werten von 51 oder 52 Punkten in der Schweiz, den Niederlanden und Schweden (**Abbildung 15**). In einer Kovarianzanalyse unter Kontrolle des Geschlechts erweisen sich diese Länderunterschiede als signifikant ($F_{(df=12)}=112.225$; $p<0.001$; partielles $\mu^2=0.081$) und auch im Post-hoc Test lassen sich die länderspezifischen Werte in über der Hälfte der Einzelvergleiche signifikant voneinander abgrenzen (siehe Anhang).

Abbildung 15. Befinden in der Familie: Mittelwerte und Standardabweichungen der Länder



Die Hypothese eines besseren Wohlbefindens in den Familien bei den Jungen konnte für fünf (CZ, EL, HU, IE, SE) der 13 Länder mit kleinen Effektgrößen, die sich zwischen einer zehntel und einer fünftel Standardabweichung bewegen ($\eta^2=0.004$ bis $\eta^2=0.009$ bzw. $d=0.12$ bis $d=0.20$) bestätigt werden. In Frankreich wies ein Trend in die gleiche Richtung ($p=0.075$).⁸⁴ Die verbleibenden sieben Länder weisen keine Geschlechtsunterschiede im familiären Wohlbefinden auf (**Tabelle 25**).

⁸⁴ Die graphische Kontrolle der Residuen beider (Ko)varianzanalysen zeigte teilweise Abweichungen von der Normalverteilung. Für den Ländervergleich lag ein Verstoß gegen die Homogenität der Fehlervarianzen in den Faktorstufen vor, beim Vergleich der Geschlechter war dies in sechs Ländern der Fall (DE, ES, HU, IE, PL, SE). Da auch hier das Alter die Voraussetzung homogener Regressionskoeffizienten nicht erfüllt und nur teilweise mit dem Outcome in Beziehung steht, wurde wieder auf eine Alterskontrolle verzichtet.

Tabelle 25. Befinden in der Familie: Länder- und Geschlechtsunterschiede

| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE | NL | PL | SE | UK | Ges |
|---|-------|-------|--------------------|-------|---------------------|-------|-------|---------------------|--------------------|-------|-------|---------------------|-------|---------------------|
| Mädchen | | | | | | | | | | | | | | |
| n | 488 | 570 | 500 | 559 | 688 | 270 | 324 | 1114 | 559 | 621 | 566 | 1559 | 446 | 8264 |
| m | 49.48 | 50.68 | 44.76 | 48.84 | 44.85 | 48.50 | 43.78 | 46.00 | 47.05 | 51.89 | 44.14 | 51.55 | 47.26 | 48.05 |
| SD | 9.73 | 9.05 | 8.86 | 9.51 | 9.15 | 10.48 | 9.77 | 10.64 | 10.60 | 9.14 | 10.26 | 10.58 | 10.60 | 10.38 |
| Jungen | | | | | | | | | | | | | | |
| n | 419 | 481 | 523 | 493 | 464 | 258 | 284 | 725 | 328 | 567 | 451 | 1627 | 440 | 7060 |
| m | 50.48 | 51.43 | 45.87 | 49.29 | 46.63 | 49.81 | 45.18 | 47.72 | 48.5 | 52.15 | 44.28 | 53.31 | 48.10 | 49.50 |
| SD | 9.05 | 8.20 | 9.08 | 8.60 | 8.68 | 8.62 | 9.53 | 9.71 | 9.35 | 9.20 | 9.05 | 9.58 | 11.27 | 9.77 |
| Geschlechtsunterschied^d | | | | | | | | | | | | | | |
| F _(df=1) | ns | ns | 3.914 ^a | ns | 10.963 ^b | ns | ns | 12.328 ^c | 4.391 ^a | ns | ns | 24.389 ^c | ns | 78.888 ^c |
| d | | | 0.12 | | 0.20 | | | 0.17 | 0.14 | | | 0.17 | | 0.14 |
| η^2 | | | 0.004 | | 0.009 | | | 0.007 | 0.005 | | | 0.008 | | 0.005 |

^a = $p < 0.05$; ^b = $p < 0.01$; ^c = $p < 0.001$; ^d = Länderspezifische Varianzanalysen; ns=nicht signifikant

Das Alter weist in sieben Ländern bei den Mädchen (AT, EL, HU, IE, NL, PL, SE) und in vier Ländern bei den Jungen (CZ, HU, PL, SE) einen linearen Zusammenhang mit dem Wohlbefinden in der Familie auf, der auch hier eine signifikante Reduktion der KIDSCREEN-Skala mit steigendem Alter anzeigt. Im Durchschnitt nimmt das familiäre Wohlbefinden mit jedem Lebensjahr bei den Mädchen in Schweden um 2.1 Punkte ab, in den anderen Ländern bewegt sich die Reduktion zwischen 0.6 (AT) und 1.2 (IE, PL) Punkten. Bei den Jungen verringert sich der KIDSCREEN-Familien-Skala Wert im Durchschnitt um 0.7 (CZ) bis zu 1.2 Punkte (SE) pro Lebensjahr.⁸⁵ In den Ländern, in denen keine lineare Beziehung zwischen dem familiären Wohlbefinden und dem Alter beobachtet werden kann, ist auch kein anderer Zusammenhang zwischen den beiden Variablen erkennbar, auch wenn sich teilweise aufgrund eines leichten Anstiegs der Familienskala-Mittelwerte ab dem 17. oder 18. Lebensjahr über einen u-förmigen Zusammenhang spekulieren ließe (Jungen: ES, AT, Mädchen: UK).

5.7.2.2 Lebenswelt Familie: Unterschiede nach familiärem Wohlstand

Auch für das familiäre Wohlbefinden erweist sich in linearen Regressionsanalysen ein niedriger SES in einigen Ländern als signifikanter negativer Prädiktor. Ein niedrigerer familiärer Wohlstand ist auch hier wieder in Tschechien, Griechenland, Ungarn und Großbritannien mit geringeren Wohlbefindensmaßen von bis zu durchschnittlich 4.5 Punkten (CZ, UK) assoziiert. Zusätzlich zeigt sich in Polen eine vom Zufall abgrenzbare negative Auswirkung eines geringen familiären Wohlstands auf das schulische Wohlbefinden (**Abbildung 16**). In einigen weiteren Ländern (CH, ES, IE) deuten die fast ausschließlich negativen Regressionskoeffizienten ähnliche statistische Trends an.

⁸⁵ In Schweden zeigt die Wechselwirkung einen geringeren negativen Effekt zunehmenden Alters bei Jungen an: der Term Alter*Geschlecht wird aufgrund der Zentrierung der Altersvariable für Jungen (=1) unterhalb des Durchschnittsalters negativ bzw. oberhalb positiv. Das Altersspektrum reicht hier jedoch nur von 12 bis 15 Jahren.

Abbildung 16. Der familiäre Wohlstand als Prädiktor familiären Wohlbefindens

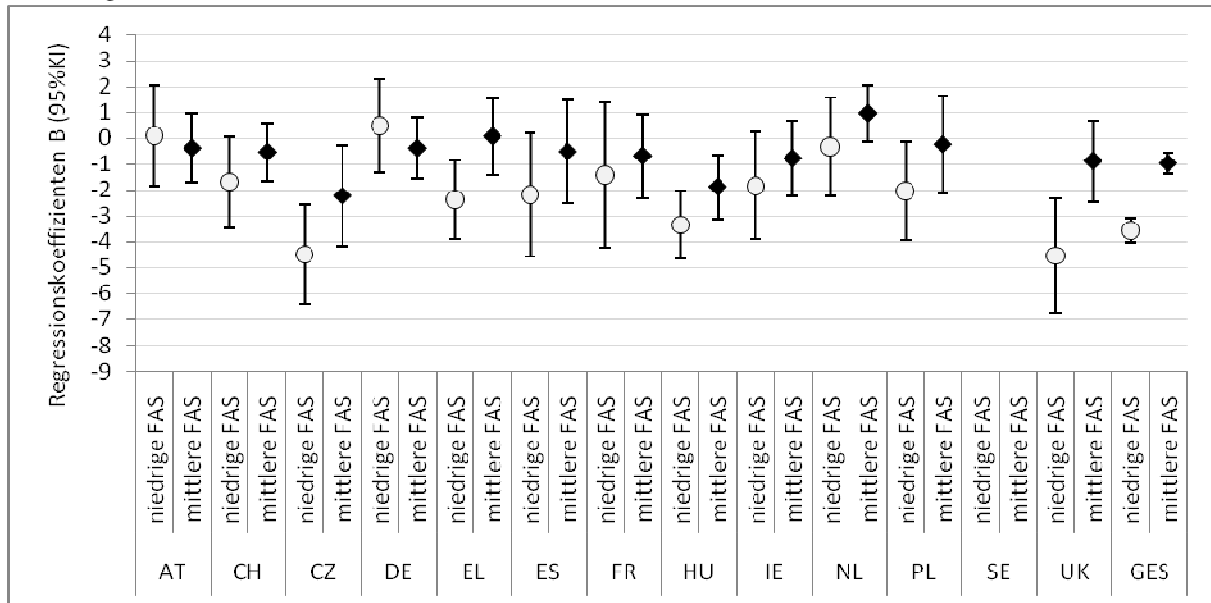


Abbildung 16 zeigt weiterhin, dass in Tschechien und in Ungarn zusätzlich auch Jugendliche mit einem mittleren familiären Wohlstand verglichen mit bessergestellten Jugendlichen (Referenzgruppe) ein durchschnittlich um 2.2 bzw. 1.9 Punkte reduziertes familiäres Wohlbefinden aufweisen. Ein erwartungswidriger Trend – der jedoch keine statistische Signifikanz aufweist – zeigt sich in den Niederlanden, wo Jugendliche mit mittlerem SES höhere Werte im familiären Wohlbefinden aufweisen als solche mit hohem Wohlstand.

5.7.2.3 Die Lebenswelt Familie als Prädiktor psychischer Auffälligkeiten

Die rohen ORs logistischer Regressionsanalysen zeigen, dass ein höheres Wohlbefinden in der Familie in allen Ländern signifikant mit einer reduzierten Chance für das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten assoziiert ist. Die Wahrscheinlichkeit, psychisch auffällig zu sein, dividiert durch die Wahrscheinlichkeit, nicht psychisch auffällig zu sein, sinkt mit jedem Punkt auf der KIDSCREEN-Familienskala mindestens (in UK) um den Faktor 0.95 (KI_{95%}:0.93-0.96) bis hin zu dem in Schweden beobachteten Faktor 0.91 (KI_{95%}:0.90-0.92). Der Anteil erklärter Varianz bewegt sich zwischen 6.7% (CH) und 17.6% (SE) Für den Gesamtdatensatz beträgt das Odds Ratio 0.93 (KI_{95%}: 0.92-0.93, Nagelkerke R²_{gesamt} =0.131). Auch die für den Einfluss von Alter, Geschlecht und SES kontrollierten Regressionskoeffizienten zeigten in allen Ländern einen signifikanten Einfluss der Lebenswelt Familie hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten. Signifikante Wechselwirkungen zwischen dem familiären Wohlbefinden und dem Alter bzw. Geschlecht wurden nur in Schweden beob-

achtet, wo sich eine geringere Assoziation zwischen dem familiären Wohlbefinden und dem Vorliegen psychischer Auffälligkeiten bei männlichen und älteren Jugendlichen andeutet.

Die ohne den Einbezug lebensweltlicher Faktoren in fünf Ländern signifikante Assoziation eines niedrigen SES (CZ, ES, FR, PL, UK, siehe **Tabelle 22**) mit psychischen Auffälligkeiten erwies sich bei Kontrolle für das familiäre Wohlbefinden nur noch in Großbritannien und Polen als signifikant. Dort konnte jedoch – wie auch in Tschechien, Spanien und Frankreich – bei Einbezug des familiären Wohlbefindens in die Regressionsgleichung eine Reduktion der SES-bezogenen Koeffizienten beobachtet werden (in Großbritannien von OR=2.83, KI_{95%}: 1.78-4.52 zu OR=2.40, KI_{95%}:1.47-3.92 und in Polen von OR=1.81, KI_{95%}=1.13-2.91 zu OR=1.68, KI_{95%}: 1.02-2.77).

Tabelle 26. Geschlecht, Alter, SES und familiäres Wohlbefinden als Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten ^{a,b}

| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE ^c | NL | PL | SE ^d | UK | Ges ^e |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------|-------|-------------|-----------------|-------------|------------------|
| | 897 | 1021 | 1020 | 1039 | 1072 | 522 | 581 | 1775 | | 1178 | 999 | 3048 | 817 | 10921 |
| Konstante | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0.255 | 0.125 | 0.313 | 0.153 | 0.431 | 0.169 | 0.211 | 0.239 | | 0.155 | 0.222 | 0.088 | 0.196 | 0.191 |
| Geschlecht (Mädchen=0) | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 1.10 | 1.37 | 1.23 | 1.62 | 1.15 | 1.53 | 1.41 | 1.24 | | 1.22 | 1.04 | 1.35 | 0.96 | 1.32 |
| KI _{95%} | 0.79 | 0.95 | 0.93 | 1.17 | 0.87 | 0.99 | 0.95 | 0.98 | | 0.88 | 0.77 | 1.02 | 0.68 | 1.19 |
| | 1.54 | 1.97 | 1.62 | 2.23 | 1.52 | 2.35 | 2.11 | 1.58 | | 1.68 | 1.40 | 1.77 | 1.35 | 1.47 |
| Alter (in Jahren) | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 0.94 | 0.88 | 0.97 | 1.07 | 1.12 | 0.97 | 0.89 | 1.05 | | 0.97 | 1.03 | 1.42 | 0.88 | 1.01 |
| KI _{95%} | 0.85 | 0.78 | 0.90 | 0.93 | 1.01 | 0.86 | 0.80 | 0.97 | | 0.89 | 0.91 | 1.24 | 0.79 | 0.97 |
| | 1.04 | 0.98 | 1.04 | 1.22 | 1.24 | 1.09 | 1.00 | 1.14 | | 1.07 | 1.16 | 1.63 | 0.98 | 1.05 |
| Wechselwirkung Alter*Geschlecht | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | | | | 0.80 | 0.75 | | | 0.86 | | | 0.79 | | | 0.88 |
| KI _{95%} | - | - | - | 0.67 | 0.63 | - | - | 0.75 | | - | 0.91 | - | - | 0.83 |
| | - | - | - | 0.96 | 0.89 | - | - | 0.98 | | - | 1.16 | - | - | 0.93 |
| Sozioökonomischer Status (SES) | | | | | | | | | | | | | | |
| mittlerer SES | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 0.87 | 0.90 | 1.01 | 1.24 | 0.96 | 1.29 | 1.16 | 0.95 | | 0.86 | 1.32 | | 1.53 | 1.10 |
| KI _{95%} | 0.60 | 0.61 | 0.59 | 0.88 | 0.66 | 0.76 | 0.76 | 0.70 | | 0.61 | 0.81 | | 1.04 | 0.98 |
| | 1.24 | 2.04 | 1.73 | 1.74 | 1.39 | 2.20 | 1.77 | 1.29 | | 1.22 | 2.17 | | 2.24 | 1.23 |
| niedriger SES | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 0.76 | 1.15 | 1.63 | 1.37 | 0.92 | 1.77 | 1.86 | 1.19 | | 1.67 | 1.68 | | 2.40 | 1.50 |
| KI _{95%} | 0.44 | 0.65 | 0.97 | 0.82 | 0.63 | 0.97 | 0.95 | 0.86 | | 0.99 | 1.02 | | 1.47 | 1.32 |
| | 1.31 | 2.04 | 2.76 | 2.30 | 1.36 | 3.25 | 3.64 | 1.64 | | 2.82 | 2.77 | | 3.92 | 1.71 |
| Familie | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 0.92 | 0.93 | 0.92 | 0.93 | 0.93 | 0.93 | 0.94 | 0.94 | | 0.92 | 0.93 | 0.89 | 0.95 | 0.93 |
| KI _{95%} | 0.90 | 0.91 | 0.91 | 0.91 | 0.92 | 0.91 | 0.92 | 0.93 | | 0.90 | 0.92 | 0.88 | 0.93 | 0.92 |
| | 0.94 | 0.95 | 0.94 | 0.94 | 0.95 | 0.96 | 0.96 | 0.96 | | 0.93 | 0.95 | 0.91 | 0.96 | 0.93 |
| Wechselwirkung Familie*Geschlecht | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | | | | | | | | | | | | 1.03 | | 1.01 |
| KI _{95%} | ns | ns | ns | ns | ns | ns | ns | ns | | ns | | 1.01 | ns | 1.00 |
| | | | | | | | | | | | | 1.07 | | 1.02 |
| Wechselwirkung Familie*Alter | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | | | | | | | | | | | | 1.02 | | |
| KI _{95%} | ns | ns | ns | ns | ns | ns | ns | ns | | ns | | 1.01 | ns | ns |
| | | | | | | | | | | | | 1.06 | | |
| R²_{Nagelkerke} | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0.139 | 0.084 | | 0.123 | 0.110 | 0.116 | 0.092 | 0.089 | | 0.138 | 0.086 | 0.194 | 0.116 | 0.123 |

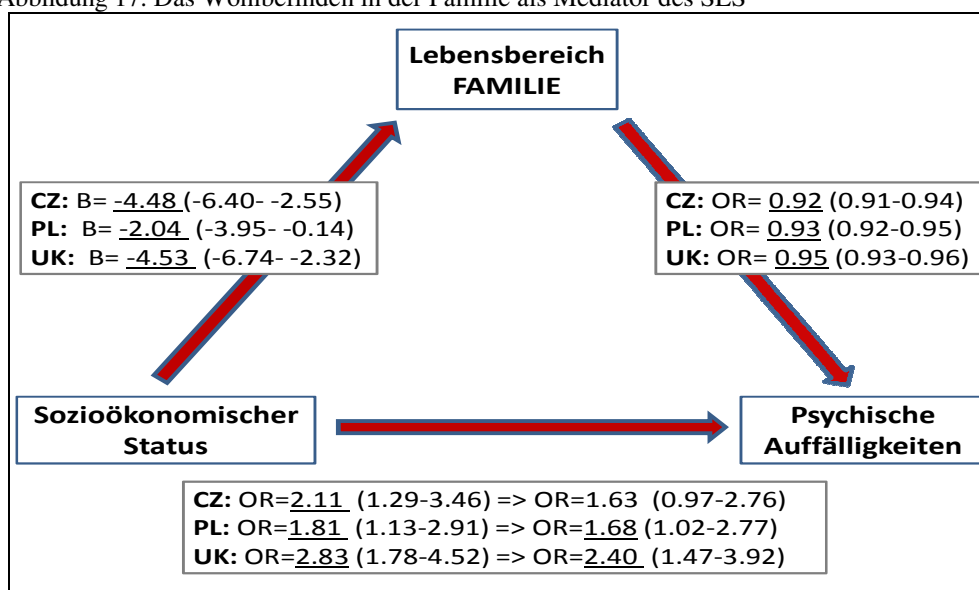
^a $p_{HL} > 0.05$ in allen Ländern mit Ausnahme von CH, NL, EL, PL und Gesamtdatensatz; ^b signifikante Koeffizienten sind durch Fettdruck hervorgehoben; ^c aus Irland liegen keine SDQ-Daten vor; ^d Schweden nur unter Einbezug der Variablen Alter, Geschlecht, Familienskala und potentiellen Wechselwirkungen; ^e Gesamtwerte ohne Einbezug Schwedens

In **Abbildung 17** ist für den Lebensbereich Familie zusammenfassend dargestellt, in welchen Ländern das familiäre Wohlbefinden auf Grundlage der oben präsentierten Analysen als Mediator des SES hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten wirkt. In Tschechien, Polen und Großbritannien liegen sowohl signifikante Zusammenhänge zwischen (A) dem SES und dem familiären Wohlbefinden als auch zwischen (B) dem familiären Wohlbefinden und der Chance des Vorliegens psychischer Auffälligkeiten vor. Darüber hinaus schwächt sich (C) die Assoziation zwischen einem niedrigen SES und einer erhöhten Chance für das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten ab, wenn das familiäre Wohlbefinden als Prädiktor in die Regressionsgleichung aufgenommen wird.

In Spanien kann keine Mediatorfunktion des familiären Wohlbefindens beobachtet werden, da das Kriterium einer signifikanten Assoziation zwischen dem SES und dem familiären Wohlbefinden knapp nicht erfüllt ist ($B = -2.2$, $KI_{95\%}: -4.5 - 0.2$, siehe **Abbildung 16**). Nichtsdestotrotz erscheint es erwähnenswert, dass sich dort bei Einbezug des familiären Wohlbefindens in die Regressionsanalyse die Bedeutung des SES als Prädiktor psychischer Auffälligkeiten von $OR = 1.91$ ($KI_{95\%}: 1.07 - 3.44$) auf $OR = 1.77$ ($KI_{95\%}: 0.97 - 3.25$) reduziert.

Wie bereits beim schulischen Wohlbefinden reduzieren sich auch hier die mit einem niedrigen SES verbundenen populationsattributablen Risiken bei Kontrolle für den Mediator am stärksten in Tschechien (von 24.5% mit $KI_{95\%}: 9.1 - 36.3$ auf 16.8% mit $KI_{95\%}: -1.1 - 31.3$), während die Effekte in den anderen Ländern geringer ausfallen (PL: von 18.0% mit $KI_{95\%}: 3.8 - 30.3$ auf 15.9% mit $KI_{95\%}: 0.6 - 29.2$; UK: von 14.3 mit $KI_{95\%}: 7.6 - 20.9$ auf 11.9% mit $KI_{95\%}: 5.0 - 19.0$).

Abbildung 17. Das Wohlbefinden in der Familie als Mediator des SES ^a



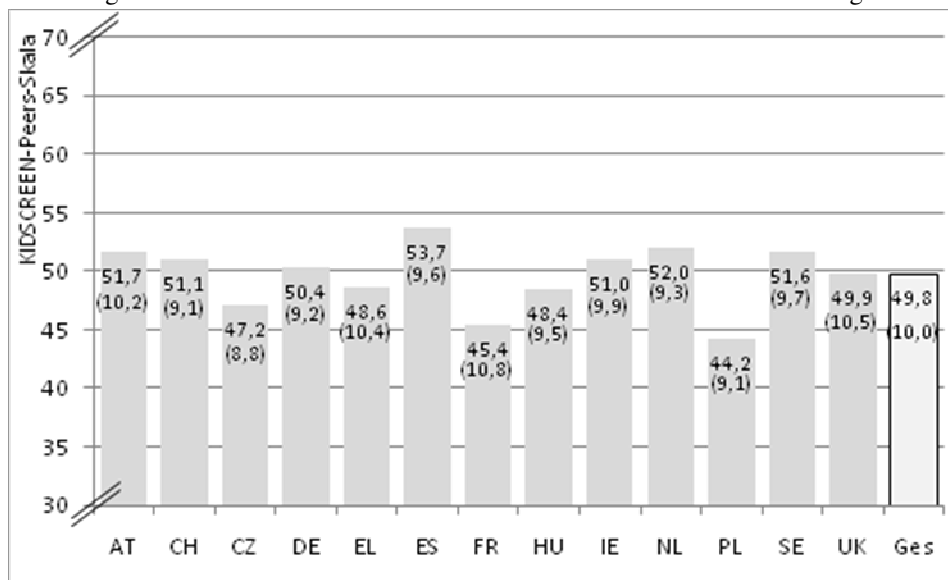
^a signifikante Koeffizienten durch Unterstreichungen hervorgehoben

5.7.3 Lebenswelt Gleichaltrigengruppe: Freundschaften

5.7.3.1 Freundschaften: Unterschiede nach Land, Geschlecht und Alter

Auch Peerbeziehungen werden vor allem in Polen und Frankreich mit Werten von 44 oder 45 Punkten weniger gut bewertet und auch in Tschechien, Griechenland und Ungarn sind leicht unterdurchschnittliche Werte festzustellen. Die höchsten Werte in Hinblick auf die Qualität von Freundschaftsbeziehungen werden in Spanien beobachtet, aber auch die Niederlande, Schweden, Österreich, die Schweiz und Irland weisen Werte von zwischen 51 und 52 Punkten auf (**Abbildung 18**). In einer für das Geschlecht adjustierten Kovarianzanalyse ($F_{(df=12)}=78.401$; $p<0.001$; partielles $\eta^2=0.058$) sowie in den Post-hoc Analysen unterscheiden sich die Werte der meisten Länder signifikant voneinander (siehe Anhang).

Abbildung 18. Befinden mit FreundInnen: Mittelwerte und Standardabweichungen der Länder



In acht (CH, DE, FR, IE, NL, PL, SE, UK) der 13 Länder konnten signifikant bessere Peerbeziehungen von Mädchen beobachtet werden, die kleine Effektgrößen aufweisen ($\eta^2=0.001$ bis $\eta^2=0.029$; $d=0.13$ bis $d=0.34$). In Ungarn zeigte sich ein statistischer Trend in die gleiche Richtung ($p=0.096$), in Griechenland jedoch ein Trend im umgekehrter Richtung ($p=0.67$).⁸⁶ In Österreich, Tschechien und Spanien konnten keine Geschlechtsunterschiede beobachtet werden (**Tabelle 27**).

⁸⁶ Die Residuen sind in mehreren Ländern eher rechtssteil-linksschief- als normalverteilt (AT, CH, NL, SE). Für den Ländervergleich lag ein Verstoß gegen die Homogenität der Fehlervarianzen in den Faktorstufen vor, beim Vergleich der Geschlechter war dies in sechs Ländern der Fall (DE, ES, HU, IE, PL, SE). Auch hier wird aufgrund der bereits zuvor aufgeführten Gründe auf eine Kontrolle für das Alter verzichtet.

Tabelle 27. Befinden mit FreundInnen: Länder- und Geschlechtsunterschiede

| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE | NL | PL | SE | UK | Ges |
|---|-------|---------------------|-------|--------------------|-------|-------|--------------------|-------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| Mädchen | | | | | | | | | | | | | | |
| n | 494 | 580 | 502 | 560 | 687 | 270 | 323 | 1113 | 557 | 626 | 566 | 1564 | 434 | 8276 |
| m | 51.99 | 51.91 | 47.08 | 51.18 | 48.18 | 53.41 | 46.64 | 48.70 | 52.09 | 52.52 | 44.97 | 51.98 | 51.65 | 50.26 |
| SD | 10.13 | 8.83 | 8.94 | 9.24 | 10.62 | 9.46 | 11.06 | 9.12 | 10.16 | 9.10 | 9.57 | 9.58 | 10.66 | 9.94 |
| Jungen | | | | | | | | | | | | | | |
| n | 424 | 491 | 524 | 500 | 458 | 257 | 287 | 722 | 331 | 566 | 455 | 1640 | 438 | 7093 |
| m | 51.36 | 50.08 | 47.23 | 49.52 | 49.33 | 53.89 | 44.07 | 47.95 | 49.10 | 51.33 | 43.18 | 51.25 | 48.13 | 49.30 |
| SD | 10.19 | 9.26 | 8.61 | 9.01 | 10.09 | 9.84 | 10.40 | 10.06 | 9.27 | 9.55 | 8.49 | 9.81 | 10.04 | 9.94 |
| Geschlechtsunterschied^d | | | | | | | | | | | | | | |
| F _(df=1) | ns | 10.941 ^b | ns | 8.720 ^b | ns | ns | 8.673 ^b | ns | 19.189 ^c | 4.896 ^a | 9.826 ^b | 4.550 ^a | 25.150 ^c | 35.743 ^c |
| d | | 0.20 | | 0.18 | | | 0.24 | | 0.30 | 0.13 | 0.20 | 0.08 | 0.34 | 0.10 |
| η^2 | | 0.010 | | 0.008 | | | 0.014 | | 0.021 | 0.004 | 0.010 | 0.001 | 0.028 | 0.002 |

^a = $p < 0.05$; ^b = $p < 0.01$; ^c = $p < 0.001$; ^d = Länderspezifische Varianzanalysen; ns=nicht signifikant

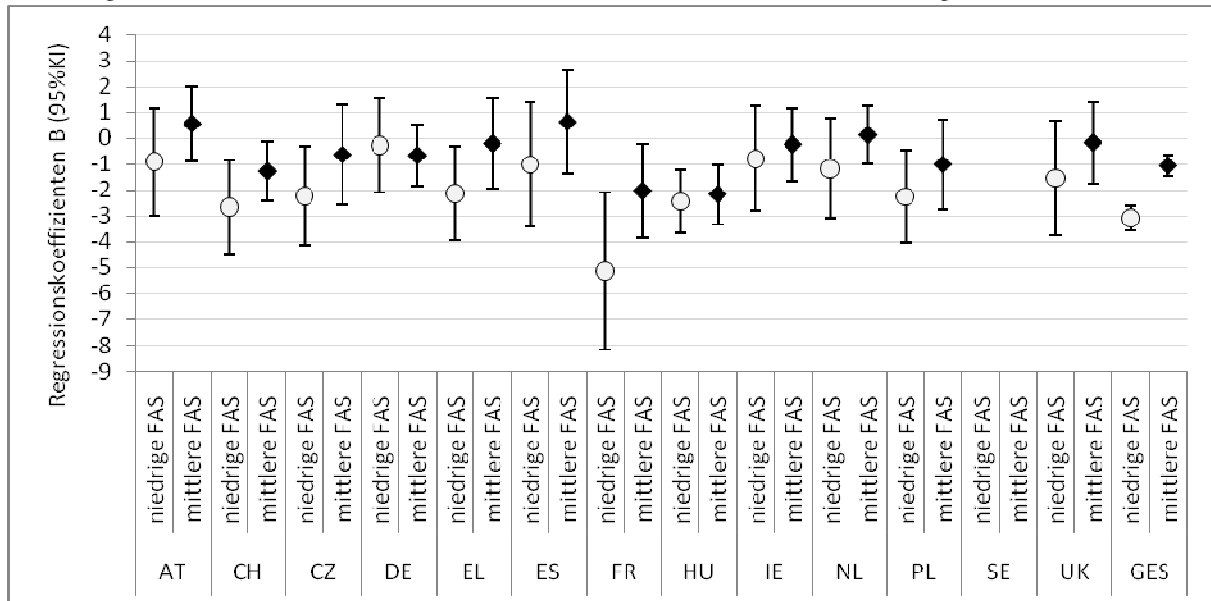
Signifikante lineare Zusammenhänge zwischen dem Wohlbefinden mit Peers und dem Alter bestehen ausschließlich bei Mädchen und hier auch lediglich in fünf Ländern (ES, EL, NL, PL, SE). Die für die Mädchen dieser Länder im Betrag zwar geringen aber durchgängig negativen Regressionskoeffizienten weisen auf weniger Rückhalt in der Freundesgruppe mit steigendem Alter hin. So erfolgt eine durchschnittliche Reduktion der Skalenwerte um mindestens 0.6 (ES) bis zu 0.9 Punkten (EL) pro Lebensjahr. In den anderen Ländern ließen sich keine systematischen Mittelwertsänderungen in den Altersstufen erkennen.

5.7.3.2 Freundschaften: Unterschiede nach familiärem Wohlstand

In Tschechien, Griechenland und Ungarn ist – neben dem schulischen und familiären Wohlbefinden – auch der Rückhalt in der Freundesgruppe bei Jugendlichen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status geringer ausgeprägt (**Abbildung 19**). Diese weisen durchschnittlich um 2.2 bis 2.5 Punkte niedrigere Skalenwerte auf als die Referenzgruppe mit hohem SES. In Ungarn sind darüber hinaus auch Jugendliche mit einem mittleren SES gegenüber den bessergestellten Jugendlichen benachteiligt und berichten im Mittel um 2.2 Punkte geringeres Wohlbefinden.

Auch in Polen finden sich für die Peerbeziehungen – wie zuvor beim familiären Wohlbefinden – schlechtere Werte von Jugendlichen mit niedrigem SES, die eine durchschnittliche Reduktion um 2.3 Punkte aufweisen. Weiterhin berichten in der Schweiz und in Frankreich sowohl Jugendliche mit niedrigem als auch solche mit mittlerem SES geringere Werte als die Referenzpopulation mit hohem SES. Die mit einem niedrigen familiären Wohlstand verbundenen Einbußen sind jedoch in der Schweiz deutlich geringer ausgeprägt (-2.7 und -1.3 Punkte) als in Frankreich (-5.1 und -2.0 Punkte).

Abbildung 19. Der familiäre Wohlstand als Prädiktor des Wohlbefindens mit Gleichaltrigen (FreundInnen)



5.7.3.3 Freundschaften als Prädiktor psychischer Auffälligkeiten

Die rohen Odds Ratios für den Zusammenhang zwischen dem Wohlbefinden mit FreundInnen und dem Vorliegen psychischer Auffälligkeiten zeigen in allen Ländern – mit Ausnahme Großbritanniens ($OR=0.99$, $KI_{95\%}:0.97-1.001$) – eine signifikante Assoziation einer besseren Integration in die Gleichaltrigengruppe mit einer reduzierten Chance, psychisch auffällig zu sein. Die stärksten Assoziationen sind in Schweden ($OR=0.93$, $KI_{95\%}:0.92-0.95$) und den Niederlanden ($OR=0.95$, $KI_{95\%}:0.93-0.97$) zu beobachten, die schwächste in Österreich ($OR=0.98$, $KI_{95\%}:0.97-1.00$), wo sich die Obergrenze des Konfidenzintervalls mit 0.9995 praktisch nicht von 1 unterscheidet. Nagelkerke R^2 liegt in Österreich unter 1%, in Schweden jedoch bei 8.5%. In den anderen Ländern liegt Nagelkerke R^2 zwischen 0.015 in Griechenland und 0.051 in den Niederlanden.

Bei Kontrolle für den Einfluss von Alter, Geschlecht und SES bleiben die signifikanten Assoziationen zwischen dem Wohlbefinden mit Peers und der Chance, psychisch auffällig zu sein – wenn auch teilweise sehr knapp – erhalten (**Tabelle 28**). In UK unterscheidet sich das Konfidenzintervall mit einer Obergrenze 0.999 in dieser Analyse auch knapp von 1. Wechselwirkungen zwischen dem Wohlbefindensmaß und dem Alter (NL) bzw. Geschlecht (SE) treten sehr vereinzelt auf, und deuten mit Odds Ratios > 1 tendenziell auf eine schwächere Assoziation zwischen guten Freundschaftsbeziehungen und seltenerem Auftreten psychischer Auffälligkeiten bei Jungen und älteren Jugendlichen hin.

Tabelle 28. Geschlecht, Alter, SES und Wohlbefinden mit FreundInnen als Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten^{a,b}

| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE ^c | NL | PL | SE ^d | UK | Ges ^e |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|------------------|
| | 908 | 1040 | 1023 | 1047 | 1064 | 521 | 584 | 1766 | | 1182 | 1003 | 3067 | 802 | 10940 |
| Konstante | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0.307 | 0.146 | 0.310 | 0.180 | 0.465 | 0.194 | 0.244 | 0.271 | | 0.195 | 0.247 | 0.118 | 0.215 | 0.225 |
| Geschlecht (Mädchen=0) | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 1.00 | 1.19 | 1.14 | 1.51 | 1.00 | 1.34 | 1.20 | 1.05 | | 1.10 | 0.99 | 1.04 | 0.84 | 1.18 |
| KI _{95%} | 0.73 | 0.83 | 0.87 | 1.11 | 0.76 | 0.89 | 0.81 | 0.83 | | 0.80 | 0.74 | 0.82 | 0.59 | 1.08 |
| | 1.38 | 1.71 | 1.48 | 2.05 | 1.25 | 2.02 | 1.78 | 1.33 | | 1.50 | 1.33 | 1.33 | 1.19 | 1.30 |
| Alter (in Jahren) | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 1.00 | 0.87 | 1.00 | 1.10 | 1.13 | 1.03 | 0.94 | 1.10 | | 1.05 | 1.10 | 1.44 | 0.91 | 1.05 |
| KI _{95%} | 0.91 | 0.79 | 0.93 | 0.97 | 1.02 | 0.92 | 0.84 | 1.02 | | 0.96 | 0.98 | 1.29 | 0.82 | 1.01 |
| | 1.090 | 0.97 | 1.08 | 1.24 | 1.25 | 1.15 | 1.05 | 1.19 | | 1.15 | 1.23 | 1.61 | 1.01 | 1.08 |
| Wechselwirkung Alter*Geschlecht | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | | | | 0.82 | 0.81 | | | 0.86 | | | | 0.78 | | 0.89 |
| KI _{95%} | - | - | - | 0.69 | 0.69 | - | - | 0.76 | | - | - | 0.66 | - | 0.85 |
| | - | - | - | 0.97 | 0.96 | - | - | 0.98 | | - | - | 0.93 | - | 0.94 |
| Sozioökonomischer Status (SES) | | | | | | | | | | | | | | |
| mittlerer SES | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 0.90 | 0.88 | 1.15 | 1.27 | 0.98 | 1.33 | 1.09 | 0.95 | | 0.79 | 1.30 | | 1.55 | 1.12 |
| KI _{95%} | 0.64 | 0.60 | 0.69 | 0.91 | 0.68 | 0.79 | 0.72 | 0.70 | | 0.57 | 0.80 | | 1.06 | 1.01 |
| | 1.26 | 1.30 | 1.92 | 1.77 | 1.41 | 2.24 | 1.66 | 1.29 | | 1.11 | 2.10 | | 2.27 | 1.26 |
| niedriger SES | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 0.74 | 1.12 | 1.97 | 1.26 | 1.04 | 1.81 | 1.85 | 1.19 | | 1.61 | 1.78 | | 2.65 | 1.65 |
| KI _{95%} | 0.44 | 0.64 | 1.20 | 0.77 | 0.71 | 1.00 | 0.97 | 0.86 | | 0.98 | 1.10 | | 1.64 | 1.46 |
| | 1.23 | 1.97 | 3.24 | 2.08 | 1.51 | 3.26 | 3.52 | 1.64 | | 2.65 | 2.89 | | 4.28 | 1.87 |
| FreundInnen | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 0.98 | 0.96 | 0.98 | 0.97 | 0.98 | 0.97 | 0.97 | 0.95 | | 0.95 | 0.97 | 0.91 | 0.98 | 0.96 |
| KI _{95%} | 0.97 | 0.94 | 0.96 | 0.96 | 0.97 | 0.95 | 0.96 | 0.93 | | 0.93 | 0.95 | 0.90 | 0.97 | 0.95 |
| | 1.00 | 0.98 | 0.99 | 0.99 | 0.99 | 1.00 | 0.99 | 0.96 | | 0.97 | 0.99 | 0.93 | 1.00 | 0.97 |
| Wechselwirkung FreundInnen*Geschlecht | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | | | | | | | | | | | | 1.05 | | 1.02 |
| KI _{95%} | ns | ns | ns | ns | ns | ns | ns | ns | | ns | | 1.02 | ns | 1.01 |
| | | | | | | | | | | | | 1.07 | | 1.03 |
| Wechselwirkung FreundInnen*Alter | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | | | | | | | | | | 1.01 | | | | |
| KI _{95%} | ns | ns | ns | ns | ns | ns | ns | ns | | 1.00 | | ns | ns | ns |
| | | | | | | | | | | 1.02 | | | | |
| R²_{Nagelkerke} | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0.011 | 0.044 | 0.041 | 0.040 | 0.026 | 0.036 | 0.036 | 0.052 | | 0.065 | 0.046 | 0.118 | 0.046 | 0.043 |

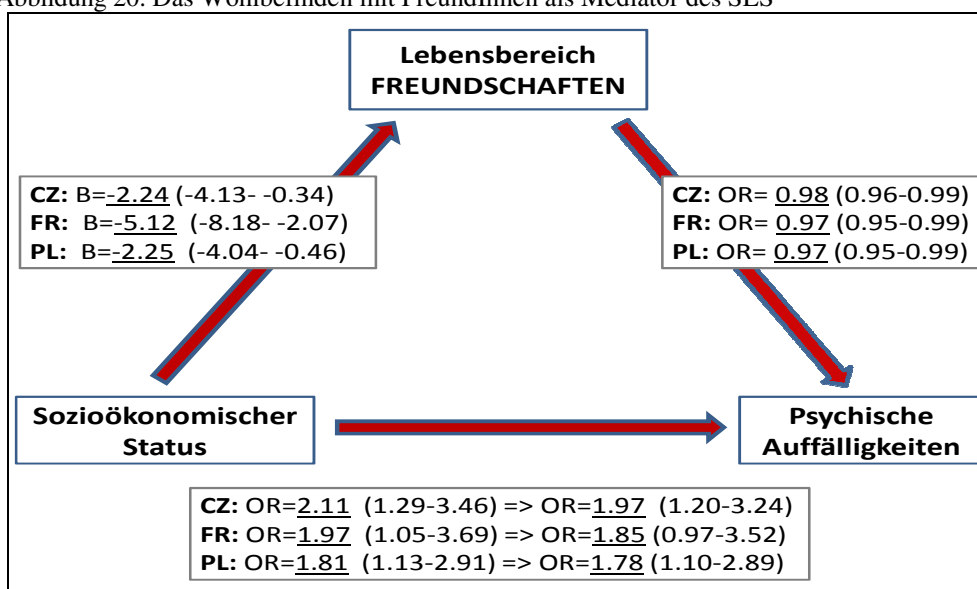
^a $P_{HL} > 0.05$ in allen Ländern mit Ausnahme des Gesamtdatensatzes; ^b signifikante Koeffizienten sind durch Fettdruck hervorgehoben; ^c aus Irland liegen keine SDQ-Daten vor; ^d Schweden nur unter Einbezug der Variablen Alter, Geschlecht, Peerskala und potentiellen Wechselwirkungen; ^e Gesamtwerte ohne Einbezug Schwedens

Tabelle 28 zeigt, dass sich eine (FR) der zuvor in fünf Ländern beobachteten Assoziation zwischen niedrigem SES und psychischen Auffälligkeiten (CZ, ES, FR, PL, UK, siehe **Tabelle 22**) bei Einbezug des Wohlbefindens mit FreundInnen in die Regressionsanalyse nicht mehr als statistisch signifikant erweist (vorher $OR_{FR}=1.97$; $KI_{95\%}: 1.05-3.69$; nachher: $OR_{FR}=1.85$; $KI_{95\%}: 0.97-3.52$). Auch in Spanien erfolgt eine sehr leichte Reduktion des mit einem niedrigen SES verbundenen Risikos von zuvor $OR_{ES}=1.91$; $KI_{95\%}: 1.07-3.44$ auf $OR_{ES}=1.81$, bei dem sich die untere Grenze des Konfidenzintervalls mit 1.00005 nur noch minimal von 1 unterscheidet. Auch in Großbritannien und Tschechien reduzieren sich die Koeffizienten für einen niedrigenen SES (Werte vorher: $OR_{UK}=2.83$, $KI_{95\%}: 1.78-4.52$; $OR_{CZ}=2.11$, $KI_{95\%}=1.29-3.46$) bei Einbezug des Wohlbefindens in der Peergruppe in die

Regressionsanalyse. In Polen ist eine solche Entwicklung kaum zu erkennen, da sich hier das mit einem niedrigen SES verbundene OR nur minimal reduziert (Wert vorher: $OR_{PL}=1.81$, $KI_{95\%}=1.13-2.91$; nachher: $OR_{PL}=1.78$, $KI_{95\%}=1.10-2.89$).

Aus der in **Abbildung 20** gezeigten Zusammenschau, in welchen Ländern Peerbeziehungen als Mediator des SES wirken, wird jedoch deutlich, dass nur Tschechien, Frankreich und Polen die unter 4.3 formulierten Kriterien erfüllen, während in Spanien und Großbritannien die Voraussetzung eines geringeren Wohlbefindens mit FreundInnen bei Jugendlichen mit geringem SES nicht gegeben ist. Da sich für Polen die Reduktion der mit einem niedrigen SES erhöhten Chance psychischer Auffälligkeiten jedoch im Bereich der zweiten Nachkommastelle bewegt, muss hier von einer lediglich formalen Erfüllung der Kriterien gesprochen werden, deren Bedeutung in Hinblick auf einen potentiellen Effekt von Präventionsmaßnahmen in der Bevölkerung vernachlässigbar ist. Dies verdeutlichen auch die anschaulicheren Reduktionen der mit einem niedrigen SES verbundenen populationsattributablen Risiken, die in dieser Teilanalyse besonders niedrig ausfallen. So reduziert sich das PAR in Polen von zuvor 18% ($KI_{95\%}=3.8-30.3$) auf 17.5% ($KI_{95\%}=3.0-30.2$). Und auch die Reduktionen in Frankreich und Tschechien (FR: von 5.5%, $KI_{95\%}=0.4-10.9$ auf 4.9%, $KI_{95\%}=-0.2-10.6$; CZ: von 24.5%, $KI_{95\%}=9.1-36.3$ auf 22.5%, $KI_{95\%}=6.6-35.0$) lassen sich nicht nur – wie bereits in den vorigen Analysen – wegen der weiten Konfidenzintervalle nicht hinreichend von Zufall abgrenzen. Darüber hinaus zeigen ihre geringen Beträge, dass lediglich zwischen 0.5% und 2% der Fälle, die mit einem niedrigen SES verbunden sind, durch verbesserte Peerbeziehungen dieser Jugendlichen vermeidbar wären.

Abbildung 20. Das Wohlbefinden mit FreundInnen als Mediator des SES ^a



^a signifikante Koeffizienten durch Unterstreichungen hervorgehoben

5.7.4 Lebenswelt Gleichaltrigengruppe: Bullying

5.7.4.1 Bullying: Unterschiede nach Land, Geschlecht und Alter

Die länderspezifischen Mittelwerte der Bullying-Skala bewegen sich zwischen niedrigeren Werten von knapp 47 oder 48 Punkten in Großbritannien und Irland und hohen Werten, die beim „Spitzenreiter“ Ungarn 53 Punkte übersteigen, aber auch in Schweden knapp 53 Punkte bzw. in Griechenland und Deutschland knapp 52 Punkte erreichen (**Abbildung 21**). Hinsichtlich dieser Werte soll daran erinnert werden, dass hohe Werte auf dieser Skala im Sinne eines besseren Wohlbefindens zu interpretieren sind, also eine geringe Belastung durch Bullying anzeigen. In einer Kovarianzanalyse unter Kontrolle des Geschlechts zeigen sich auch hier signifikante Länderunterschiede ($F_{(df=12)}=53.947$; $p<0.001$; partielles $\eta^2=0.040$; post-hoc Analysen siehe Anhang). Der Wert für den gesamteuropäischen Datensatz ist größer als der für T-Werte vorgesehene Mittelwert von 50 und deutet somit darauf hin, dass die Belastung durch Bullying in der hier untersuchten Altersgruppe der 12- bis 18-Jährigen geringer ist als im Gesamt-KIDSCREEN-Sample, das 8- bis 18-Jährige umfasst.

Abbildung 21. Auftreten von Bullying: Mittelwerte und Standardabweichungen der Länder

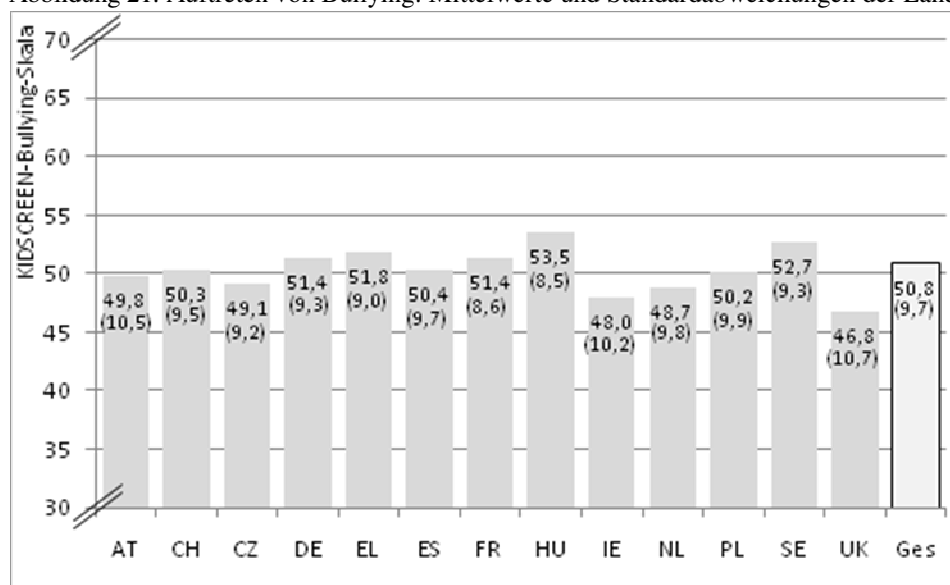


Tabelle 29 zeigt, dass die Hypothese höherer Werte bei Mädchen – d.h. einer stärkeren Betroffenheit von Bullying bei Jungen – für vier (CH, EL, HU, SE) der 13 Länder mit kleinen Effektgrößen, die sich im Bereich zwischen einer achtel bis zu einer sechstel Standardabweichung bewegen ($\eta^2=0.004$ bis $\eta^2=0.007$ bzw. $d=0.13$ bis $d=0.17$), bestätigt werden kann.⁸⁷

⁸⁷ Die Residuen beider Analysen weisen linksschief-rechtssteile Verteilungen auf. Die Levene-Tests des Länder- wie der Geschlechtervergleiche (EL, HU, PL, SE, UK) zeigen teilweise signifikante Varianzunterschiede.

Tabelle 29. Auftreten von Bullying: Länder- und Geschlechtsunterschiede

| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE | NL | PL | SE | UK | Ges |
|---|-------|--------------------|-------|-------|--------------------|-------|-------|--------------------|-------|-------|-------|---------------------|-------|---------------------|
| Mädchen | | | | | | | | | | | | | | |
| n | 482 | 590 | 503 | 553 | 700 | 266 | 328 | 1125 | 561 | 620 | 571 | 1573 | 445 | 8317 |
| m | 50.05 | 50.90 | 48.80 | 51.62 | 52.45 | 51.08 | 51.26 | 53.97 | 47.78 | 48.57 | 50.02 | 53.35 | 46.73 | 51.13 |
| SD | 10.28 | 9.38 | 9.19 | 9.30 | 8.35 | 9.52 | 8.59 | 8.25 | 10.42 | 9.83 | 10.28 | 8.76 | 10.90 | 9.57 |
| Jungen | | | | | | | | | | | | | | |
| n | 401 | 496 | 522 | 504 | 469 | 260 | 289 | 725 | 336 | 568 | 459 | 1640 | 450 | 7119 |
| m | 49.43 | 49.65 | 49.34 | 51.17 | 50.94 | 49.71 | 51.50 | 52.81 | 48.26 | 48.94 | 50.34 | 52.00 | 46.81 | 50.49 |
| SD | 10.69 | 9.61 | 9.18 | 9.37 | 9.89 | 9.80 | 8.63 | 8.89 | 9.68 | 9.83 | 9.39 | 9.65 | 10.41 | 9.74 |
| Geschlechtsunterschied^d | | | | | | | | | | | | | | |
| $F_{(df=1)}$ | ns | 4.688 ^a | ns | ns | 7.956 ^b | ns | ns | 8.286 ^a | ns | ns | ns | 17.018 ^c | ns | 16.957 ^c |
| η^2 | | 0.004 | | | 0.007 | | | 0.004 | | | | 0.005 | | 0.001 |
| d | | 0.13 | | | 0.17 | | | 0.14 | | | | 0.15 | | 0.07 |

^a = $p < 0.05$; ^b = $p < 0.01$; ^c = $p < 0.001$; ^d = Länderspezifische Varianzanalysen; ns=nicht signifikant

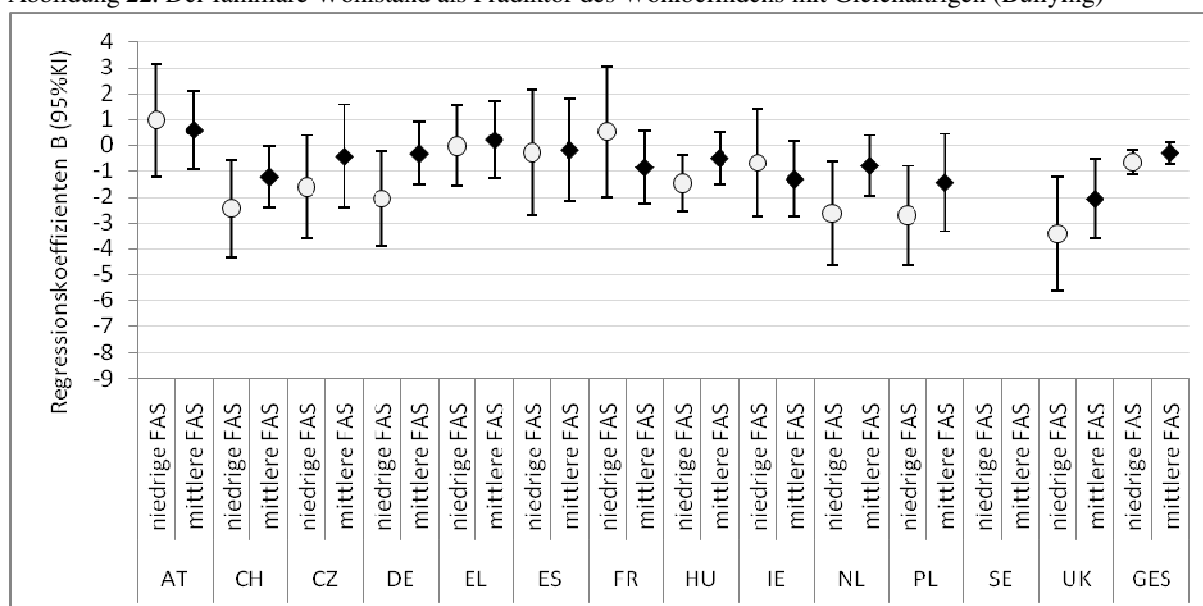
Auch für die Bullying-Skala ließen sich bei einer Stratifizierung des Datensatzes nach Land und Geschlecht nur wenige Subgruppen identifizieren, in denen ein linearer Zusammenhang zwischen dem Alter und der KIDSCREEN-Skala graphisch beobachtbar und statistisch signifikant war. Die wenigen linearen Zusammenhänge lagen auch hier insbesondere bei Mädchen (CH, HU, NL) vor, bei Jungen zeigte sich eine lineare Assoziation ausschließlich in der Schweiz. Dabei steigen die Werte auf der Bullying-Skala hypothesenkonform mit zunehmendem Alter um 0.8 Punkte (NL) bis 1.2 Punkte (CH) an, was geringere Probleme mit Bullying bei zunehmendem Alter anzeigt. Obwohl auch in den meisten anderen Ländern tendenziell ein Anstieg der Bullying-Mittelwerte mit zunehmendem Alter erfolgt, sind dabei keine linearen Verläufe beobachtbar. Teilweise sinken die Mittelwerte nach einem Anstieg im frühen Jugendalter noch einmal deutlich ab (Jungen in EL, AT, Mädchen in FR) oder verlaufen zickzackförmig (DE, Jungen in ES, FR, CZ). Keine Anstiege mit dem Alter zeigen sich in Irland, wo beide Geschlechter bimodale Verteilungen mit Gipfeln über dem 14. und dem 17. Lebensjahr aufweisen, und bei den ungarischen Jungen, wo in einer umgekehrt u-förmigen Verteilung nach hohen Werten zwischen 14 und 16 Jahren die Werte deutlich absinken. Auch bei den schwedischen Jungen sinken die Werte mit dem Alter. Insgesamt lässt sich in dieser Lebensphase demnach kein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem Erleiden von Bullying und dem Alter erkennen.

5.7.3.2 Bullying: Unterschiede nach familiärem Wohlstand

Wie aus **Abbildung 22** hervorgeht, berichten in der Schweiz, in Deutschland, in Ungarn, in den Niederlanden, in Polen und in Großbritannien Jugendliche mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status eine stärkere Betroffenheit von Bullying (= niedrigere Ausprägung der

Bullying- Skala). Die sozial benachteiligten Jugendlichen weisen auf der Bullying-Skala im Mittel um wenigstens 1.5 Punkte (HU) reduzierte Werte auf. In den meisten Ländern mit signifikanten Reduktionen der Bullying-Skala bei niedrigem familiären Wohlstand betragen diese durchschnittlich 2.1 bis 2.7 Punkte (CH, DE, NL, PL), in Großbritannien beträgt die mittlere Reduktion sogar 3.4 Punkte. In der Schweiz und in Großbritannien geht darüber hinaus auch ein mittlerer SES mit um durchschnittlich 1.2 (CH) bzw. 2.1 (UK) Punkte geringeren Werten auf der Bullying-Skala einher (Referenz: bessergestellte Jugendliche).

Abbildung 22. Der familiäre Wohlstand als Prädiktor des Wohlbefindens mit Gleichaltrigen (Bullying)



5.7.3.3 Bullying als Prädiktor psychischer Auffälligkeiten

Die rohen ORs für den Zusammenhang zwischen Bullying und psychischen Auffälligkeiten bewegen sich zwischen $OR=0.97$ (AT, NL, SE) und $OR=0.95$ (DE, FR, SE). Im Gesamtdatensatz gehen höhere Werte auf der Bullying-Skala mit einer pro zusätzlichem Punkt um 4% reduzierten Chance für psychische Auffälligkeiten einher ($OR_{gesamt}=0.960$; $KI_{95\%}: 0.956-0.964$). Die Nagelkerke Pseudo R^2 Statistik beträgt für den Faktor Bullying im Gesamtdatensatz 4.3%. Damit sind die auf den Faktor Bullying bezogenen Assoziationsmaße kleiner als die für die anderen Bereiche beobachteten Werte, zeigen jedoch in allen Ländern signifikante Zusammenhänge an.

Die in **Tabelle 30** dargestellten Ergebnisse zeigen, dass auch bei Berücksichtigung der Faktoren Alter, Geschlecht und familiärer Wohlstand der erzielte Wert auf der Bullying-Skala in allen Ländern – wenn auch in geringem Ausmaß – mit der Chance des Auftretens psychischer Auffälligkeiten assoziiert ist.

Tabelle 30. Geschlecht, Alter, SES und Bullying als Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten ^{a, b}

| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE ^c | NL | PL | SE ^d | UK | Ges ^e |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|------------------|
| | 872 | 1055 | 1022 | 1046 | 1089 | 521 | 591 | 1781 | | 1178 | 1011 | 3078 | 824 | 10990 |
| Konstante | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0.294 | 0.143 | 0.306 | 0.171 | 0.471 | 0.191 | 0.252 | 0.254 | | 0.196 | 0.248 | 0.130 | 0.197 | 0.220 |
| Geschlecht (Mädchen=0) | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 1.02 | 1.21 | 1.14 | 1.56 | 0.95 | 1.30 | 1.22 | 1.06 | | 1.21 | 1.06 | 0.85 | 0.95 | 1.14 |
| KI _{95%} | 0.73 | 0.85 | 0.87 | 1.15 | 0.72 | 0.86 | 0.83 | 0.84 | | 0.89 | 0.79 | 0.68 | 0.68 | 1.04 |
| | 1.41 | 1.72 | 1.49 | 2.13 | 1.24 | 1.97 | 1.80 | 1.35 | | 1.66 | 1.42 | 1.06 | 1.34 | 1.25 |
| Alter (in Jahren) | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 1.04 | 0.92 | 1.03 | 1.16 | 1.17 | 1.06 | 0.96 | 1.17 | | 1.03 | 1.17 | 1.68 | 0.93 | 1.10 |
| KI _{95%} | 0.95 | 0.82 | 0.96 | 1.02 | 1.01 | 0.94 | 0.86 | 1.08 | | 0.94 | 1.04 | 1.48 | 0.84 | 1.06 |
| | 1.15 | 1.02 | 1.11 | 1.31 | 1.29 | 1.19 | 1.07 | 1.27 | | 1.13 | 1.31 | 1.90 | 1.04 | 1.14 |
| Wechselwirkung Alter*Geschlecht | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | ns | ns | ns | 0.81 | 0.81 | ns | ns | 0.86 | | ns | 0.77 | ns | ns | 0.88 |
| KI _{95%} | | | | 0.68 | 0.69 | | | 0.75 | | | 0.65 | | | 0.83 |
| | | | | 0.96 | 0.95 | | | 0.98 | | | 0.92 | | | 0.92 |
| Sozioökonomischer Status (SES) | | | | | | | | | | | | | | |
| mittlerer SES | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 0.89 | 0.88 | 1.15 | 1.24 | 0.96 | 1.28 | 1.07 | 1.01 | | 0.73 | 1.23 | - | 1.55 | 1.13 |
| KI _{95%} | 0.62 | 0.60 | 0.69 | 0.88 | 0.66 | 0.76 | 0.71 | 0.74 | | 0.52 | 0.76 | - | 1.06 | 1.01 |
| | 1.26 | 1.29 | 1.92 | 1.74 | 1.38 | 2.17 | 1.61 | 1.36 | | 1.02 | 1.99 | - | 2.27 | 1.26 |
| niedriger SES | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 0.79 | 1.09 | 1.95 | 1.20 | 1.09 | 2.04 | 2.02 | 1.24 | | 1.45 | 1.61 | - | 2.66 | 1.77 |
| KI _{95%} | 0.46 | 0.62 | 1.18 | 0.73 | 0.75 | 1.12 | 1.05 | 0.90 | | 0.88 | 0.99 | - | 1.65 | 1.57 |
| | 1.33 | 1.92 | 3.22 | 1.98 | 1.58 | 3.71 | 3.89 | 1.71 | | 2.39 | 2.62 | - | 4.31 | 2.00 |
| Bullying | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 0.97 | 0.96 | 0.96 | 0.95 | 0.97 | 0.96 | 0.96 | 0.95 | | 0.97 | 0.96 | 0.94 | 0.97 | 0.96 |
| KI _{95%} | 0.96 | 0.94 | 0.95 | 0.94 | 0.95 | 0.94 | 0.94 | 0.94 | | 0.96 | 0.94 | 0.93 | 0.95 | 0.96 |
| | 0.99 | 0.98 | 0.97 | 0.98 | 0.98 | 0.98 | 0.98 | 0.97 | | 0.98 | 0.97 | 0.95 | 0.98 | 0.97 |
| Wechselwirkung Bullying*Alter^f | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | ns | ns | ns | ns | ns | ns | ns | ns | | ns | ns | 1.02 | ns | ns |
| KI _{95%} | | | | | | | | | | | | 1.01 | | |
| | | | | | | | | | | | | 1.03 | | |
| R²_{Nagelkerke} | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0.027 | 0.052 | 0.070 | 0.074 | 0.043 | 0.072 | 0.057 | 0.056 | | 0.040 | 0.075 | 0.105 | 0.077 | 0.054 |

^a $p_{HL} > 0.05$ in allen Ländern mit Ausnahme NLS und des Gesamtdatensatzes; ^b signifikante Koeffizienten sind durch Fettdruck hervorgehoben; ^c aus Irland liegen keine SDQ-Daten vor; ^d Schweden nur unter Einbezug der Variablen Alter, Geschlecht, Bullying-Skala und potentiellen Wechselwirkungen; ^e Gesamtwerte ohne Einbezug Schwedens; ^f da in keinem Land oder dem Gesamtdatensatz eine signifikante Wechselwirkung Bullying*Alter beobachtet wurde, wird dieser Term hier nicht dargestellt

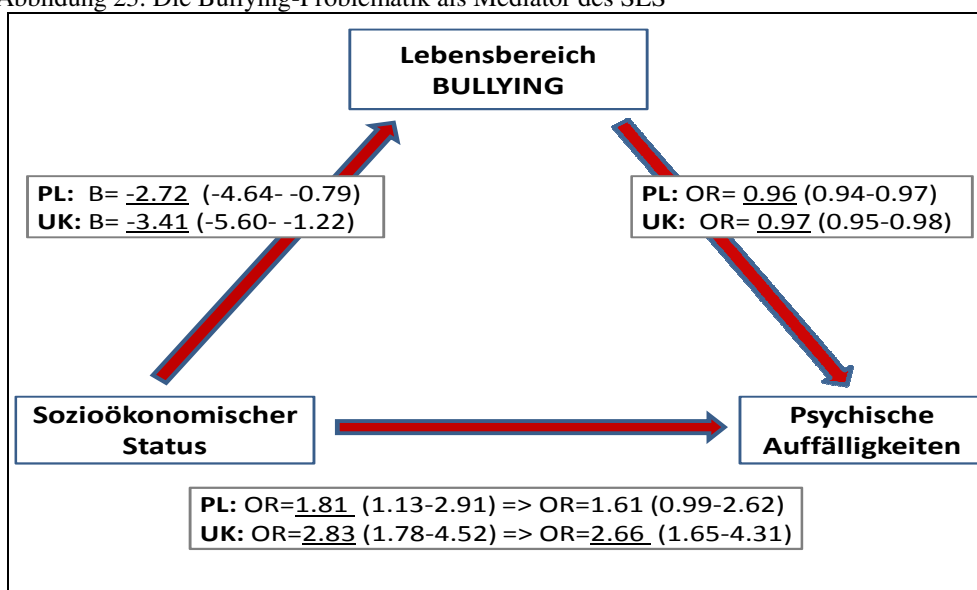
Da von den fünf Ländern mit beobachteten Assoziationen zwischen niedrigem SES und psychischen Auffälligkeiten (siehe **Tabelle 22**) lediglich für Polen und Großbritannien neben dem unter 4.3 aufgeführten Kriterium (B) der signifikanten Assoziation zwischen Bullying und psychischen Auffälligkeiten auch das Kriterium (A) einer Beziehung zwischen niedrigem SES und geringeren Werten auf der Bullying-Skala erfüllt ist (siehe oben), ist es nur für diese Länder sinnvoll, auch das letzte Kriterium (C) einer Mediatorfunktion von Bullying zu prüfen.

Diesbezüglich kann **Tabelle 30** entnommen werden, dass sich in Polen und Großbritannien bei Kontrolle um den Faktor Bullying die bei einem niedrigen familiären Wohlstand erhöhten Chancen psychischer Auffälligkeiten leicht reduzieren (in UK von OR=2.83; KI_{95%}: 1.78-4.52 zu OR=2.66; KI_{95%}: 1.65-4.31) und in Polen knapp keine statistische Signifikanz mehr aufweisen (von OR=1.81, KI_{95%}: 1.13-2.91 zu OR=1.61, KI_{95%}: 0.99-2.62).

Abbildung 23 zeigt die Ergebnisse, inwiefern eine (nicht vorhandene) Belastung durch Bullying einen Mediator des SES-Effekts auf psychische Auffälligkeiten darstellt, in der Zusammenschau. Auch hier kann jedoch anhand des anschaulicheren populationsattributablen Risikos wieder berechnet werden, dass die relativ geringen Reduktionen der Odds Ratios für niedrigen familiären Wohlstand in Hinblick auf das Auftreten psychischer Auffälligkeiten bei Kontrolle für den Faktor Bullying auch auf Populationsebene keine besonders große Bedeutung aufweisen.

So reduzieren sich die populationsattributablen Risiken für einen niedrigen familiären Wohlstand in Polen von zuvor 18% ($KI_{95\%}=3.8-30.3$) bei Berücksichtigung von sozialen Unterschieden im Erleiden von Bullying auf 14.6% ($KI_{95\%}=-0.3-27.8$), in Großbritannien erfolgt eine Reduktion von 14.3%, $KI_{95\%}=7.6-20.9$ auf 13.4%, $KI_{95\%}=6.5-20.3$. Auch hier ist somit wieder festzustellen, dass die populationsattributablen Risiken nicht nur sehr große Konfidenzintervalle aufweisen, die eine statistische Abgrenzung gegen den Zufall unmöglich machen, sondern sich auch im Betrag nur wenig reduzieren. Während in Polen – mit einer recht hohen Prävalenz psychischer Auffälligkeiten – die Vermeidung von 3.4% der auftretenden Fälle durch gezielte Prävention von Bullying unter sozial benachteiligten Jugendlichen je nach gesundheitspolitischer Prioritätensetzung und erwarteten „Nebenwirkungen“ eventuell noch von Interesse sein könnte, erschiene eine solche Maßnahme in Großbritannien zur Vermeidung von 0.9% der Fälle – selbst bei statistischer Signifikanz der Ergebnisse – kaum bedeutsam.

Abbildung 23. Die Bullying-Problematik als Mediator des SES^a



^a signifikante Koeffizienten durch Unterstreichungen hervorgehoben

5.8 Relative Bedeutung der Lebenswelten als Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten

In den bisherigen Auswertungen wurde jeweils nur ein Lebensbereich in seiner Bedeutung für das Auftreten psychischer Auffälligkeiten (und hinsichtlich seiner Abhängigkeit von Land, Geschlecht, Alter und sozialer Lage) analysiert. Diese Analysen berücksichtigen jedoch nicht, dass die einzelnen Lebensbereiche untereinander zusammenhängen und ein hohes bzw. niedriges Wohlbefinden in einem Lebensbereich häufig mit einem gleichfalls besseren bzw. schlechteren Wohlbefinden in einem anderen Lebensbereich einhergeht. In einem weiteren Schritt wurden daher multiple Einflussfaktorenmodelle gerechnet, bei denen die Bedeutung der verschiedenen Lebenswelten für psychische Auffälligkeiten simultan und unter Berücksichtigung der wechselseitigen Konfundierungen ermittelt wurde.

Tabelle 31 stellt entsprechend die oben einzeln untersuchten Assoziationen zwischen den Lebensbereichen Schule, Familie und Gleichaltrigengruppe (mit den Aspekten Freundschaftsbeziehungen und Bullying) einerseits und psychischen Auffälligkeiten andererseits bereinigt um die Kovarianz mit den anderen Lebensbereichen dar. Analog zum bisherigen Vorgehen, schlossen die Regressionsanalysen grundsätzlich Alter, Geschlecht, (ggf. die Wechselwirkung zwischen Alter und Geschlecht) und die Family Affluence Scale als Prädiktoren ein. Darüber hinaus wurden das Wohlbefinden in den vier untersuchten Bereichen sowie ggf. zuvor in den länderspezifischen Analysen signifikante Wechselwirkungen der Wohlbefindensmaße mit Alter und/ oder Geschlecht einbezogen. Erwiesen sich zuvor signifikante Wechselwirkungen hier nicht mehr als signifikant, wurde das Modell erneut ohne diese Wechselwirkungen berechnet.

Tabelle 31 zeigt, dass bei einem gemeinsamen Einschluss aller lebensweltlichen Prädiktoren in das Regressionsmodell der Zusammenhang zwischen positiveren **Peer-Beziehungen** und einer geringeren Chance psychischer Auffälligkeiten nur noch in Schweden signifikant ist. In allen anderen Ländern lässt sich eine Assoziation zwischen qualitativ guten Freundschaftsbeziehungen und dem Auftreten psychischer Auffälligkeiten nicht mehr vom Zufall abgrenzen. Der Umstand, dass auf gesamteuropäischer Ebene ein extrem knapp signifikantes Odds Ratio ermittelt werden kann, erscheint angesichts der sehr großen Gesamtstichprobe, der äußerst geringen Abweichung des Odds Ratios von 1 und der Tatsache, dass sich dieses Ergebnis auf Länderebene nicht nachvollziehen lässt, inhaltlich nicht weiter bedeutsam und für die Planung von Präventionsmaßnahmen irrelevant.

5.8 Relative Bedeutung der Lebenswelten als Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten

Tabelle 31. Relative Bedeutung der Lebenswelten bzgl. psychischer Auffälligkeiten ^{a,b,c}

| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE ^d | NL | PL | SE ^e | UK | Ges ^f |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|------------------|
| n | 817 | 972 | 1004 | 998 | 1030 | 490 | 541 | 1741 | | 1141 | 974 | 2876 | 766 | 10474 |
| Konstante | 0.238 | 0.131 | 0.327 | 0.123 | 0.458 | 0.186 | 0.157 | 0.242 | | 0.144 | 0.221 | 0.055 | 0.183 | 0.188 |
| Geschlecht (Mädchen=0) | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 1.08 | 1.20 | 1.15 | 2.05 | 1.00 | 1.31 | 1.74 | 1.18 | | 1.26 | 0.90 | 1.74 | 0.95 | 1.23 |
| KI _{95%} | 0.75 | 0.82 | 0.87 | 1.41 | 0.75 | 0.83 | 1.09 | 0.91 | | 0.90 | 0.65 | 1.23 | 0.65 | 1.11 |
| | 1.55 | 1.76 | 1.53 | 2.98 | 1.34 | 2.08 | 2.78 | 1.54 | | 1.75 | 1.24 | 2.46 | 1.39 | 1.36 |
| Alter (in Jahren) | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 0.93 | 0.93 | 0.98 | 1.09 | 1.08 | 0.97 | 0.90 | 1.08 | | 0.93 | 1.03 | 1.17 | 0.94 | 1.02 |
| KI _{95%} | 0.84 | 0.82 | 0.90 | 0.94 | 0.96 | 0.85 | 0.79 | 0.99 | | 0.85 | 0.91 | 1.03 | 0.83 | 0.98 |
| | 1.04 | 1.04 | 1.06 | 1.26 | 1.20 | 1.10 | 1.01 | 1.19 | | 1.03 | 1.17 | 1.33 | 1.05 | 1.06 |
| Wechselwirkung Alter*Geschlecht | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | ns | ns | ns | 0.82 | 0.75 | ns | ns | 0.87 | ns | ns | 0.82 | ns | ns | 0.88 |
| KI _{95%} | | | | 0.67 | 0.63 | | | 0.76 | | | 0.68 | | | 0.83 |
| | | | | 0.99 | 0.90 | | | 1.00 | | | 0.99 | | | 0.93 |
| Sozioökonomischer Status (SES) | | | | | | | | | | | | | | |
| mittlerer SES | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 0.83 | 0.88 | 1.02 | 1.23 | 0.95 | 1.09 | 1.23 | 0.91 | | 0.85 | 1.29 | - | 1.45 | 1.08 |
| KI _{95%} | 0.56 | 0.58 | 0.59 | 0.86 | 0.64 | 0.63 | 0.78 | 0.66 | | 0.59 | 0.76 | - | 0.96 | 0.96 |
| | 1.22 | 1.32 | 1.76 | 1.76 | 1.39 | 1.89 | 1.95 | 1.25 | | 1.20 | 2.19 | - | 2.20 | 1.21 |
| niedriger SES | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 0.83 | 1.01 | 1.53 | 1.15 | 0.86 | 1.74 | 2.19 | 1.07 | | 1.72 | 1.62 | - | 2.06 | 1.41 |
| KI _{95%} | 0.47 | 0.56 | 0.89 | 0.66 | 0.58 | 0.93 | 1.01 | 0.76 | | 0.99 | 0.95 | - | 1.21 | 1.23 |
| | 1.49 | 1.81 | 2.62 | 2.00 | 1.29 | 3.27 | 4.77 | 1.50 | | 2.97 | 2.76 | - | 3.50 | 1.61 |
| LEBENSBEREICHE | | | | | | | | | | | | | | |
| Schule | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 0.97 | 0.99 | 0.96 | 0.91 | 0.96 | 0.97 | 0.90 | 0.92 | | 0.95 | 0.92 | 0.87 | 0.93 | 0.96 |
| KI _{95%} | 0.95 | 0.96 | 0.94 | 0.88 | 0.94 | 0.94 | 0.86 | 0.90 | | 0.92 | 0.90 | 0.84 | 0.90 | 0.95 |
| | 0.99 | 1.01 | 0.98 | 0.94 | 0.98 | 1.00 | 0.95 | 0.95 | | 0.97 | 0.95 | 0.89 | 0.95 | 0.96 |
| Wechselwirkung Schule*Geschlecht | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | ns | ns | ns | 1.08 | ns | ns | 1.10 | 1.05 | ns | ns | ns | 1.08 | ns | |
| KI _{95%} | | | | 1.03 | | | 1.04 | 1.02 | | | | 1.04 | | |
| | | | | 1.13 | | | 1.17 | 1.08 | | | | 1.12 | | |
| Familie | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 0.92 | 0.95 | 0.94 | 0.95 | 0.95 | 0.95 | 0.95 | 0.97 | | 0.94 | 0.96 | 0.95 | 0.98 | 0.95 |
| KI _{95%} | 0.90 | 0.93 | 0.92 | 0.93 | 0.93 | 0.93 | 0.93 | 0.96 | | 0.92 | 0.94 | 0.94 | 0.96 | 0.95 |
| | 0.94 | 0.97 | 0.96 | 0.97 | 0.97 | 0.98 | 0.98 | 0.98 | | 0.96 | 0.98 | 0.97 | 1.00 | 0.96 |
| FreundInnen | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 1.01 | 0.98 | 1.01 | 1.02 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 0.99 | | 0.99 | 1.01 | 0.96 | 1.02 | 0.99 |
| KI _{95%} | 0.99 | 0.96 | 0.99 | 0.99 | 0.98 | 0.98 | 0.98 | 0.98 | | 0.96 | 0.99 | 0.94 | 1.00 | 0.98 |
| | 1.03 | 1.01 | 1.03 | 1.04 | 1.01 | 1.03 | 1.03 | 1.00 | | 1.01 | 1.03 | 0.98 | 1.04 | 1.00 |
| Wechselwirkung FreundInnen*Geschlecht | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | ns | ns | ns | ns | ns | ns | ns | ns | ns | ns | ns | 1.04 | ns | 1.03 |
| KI _{95%} | | | | | | | | | | | | 1.01 | | 1.02 |
| | | | | | | | | | | | | 1.07 | | 1.04 |
| Bullying | | | | | | | | | | | | | | |
| OR | 1.00 | 0.97 | 0.97 | 0.96 | 0.98 | 0.97 | 0.96 | 0.97 | | 0.99 | 0.97 | 0.97 | 0.97 | 0.97 |
| KI _{95%} | 0.98 | 0.95 | 0.96 | 0.95 | 0.97 | 0.95 | 0.93 | 0.95 | | 0.97 | 0.95 | 0.96 | 0.95 | 0.97 |
| | 1.01 | 0.99 | 0.99 | 0.98 | 1.00 | 1.00 | 0.98 | 0.98 | | 1.01 | 0.98 | 0.98 | 0.99 | 0.98 |
| R² Nagelkerke | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0.171 | 0.116 | 0.180 | 0.191 | 0.137 | 0.136 | 0.189 | 0.160 | | 0.173 | 0.206 | 0.317 | 0.199 | 0.164 |

^a $p_{\text{PHL}} > 0.05$ in allen Ländern mit Ausnahme SEs und des Gesamtdatensatzes; ^b signifikante Koeffizienten sind durch Fettdruck hervorgehoben; ^c in der Gesamtanalyse nicht mehr signifikante Wechselwirkungsterme zwischen den Lebenswelten und Alter bzw. Geschlecht wurden aus dem Modell entfernt; ^d aus Irland liegen keine SDQ-Daten vor; ^e Schweden nur unter Einbezug von Alter, Geschlecht, Lebenswelt-Skalen und potentiellen Wechselwirkungen; ^f Gesamtwerte ohne Einbezug Schwedens

Das **Wohlbefinden in der Familie** erweist sich jedoch weiterhin in allen Ländern mit Odds Ratios zwischen 0.92 (KI_{95%}: 0.90-0.94) in Österreich und 0.98 (KI_{95%}: 0.96-1.00) in Großbritannien als signifikanter Einfluss. Der länderübergreifende Wert für den Bereich der

Familie liegt mit $OR=0.95$ ($KI_{95\%}: 0.95-0.96$) im Vergleich mit den anderen Lebensbereichen am weitesten von 1 entfernt und weist auf eine vergleichsweise wichtige Rolle der Familie hin. Im gesamteuropäischen Durchschnitt geht demnach eine Zunahme auf der Familienskala um einen Punkt mit einer um 5% reduzierten Chance für das Auftreten psychischer Auffälligkeiten einher. Betrachtet man (aufgrund der nur so möglichen direkten Vergleichbarkeit der Werte) ausschließlich die acht Länder ohne Wechselwirkungsterme zwischen Wohlbefindensmaßen und Geschlecht (AT, CH, CZ, EL, ES, NL, PL, UK), zeigt in sechs dieser Länder (AT, CH, CZ, EL, ES, NL) unter den Lebensbereichen die Familie die stärkste Assoziation mit psychischen Auffälligkeiten – die Differenz zwischen den auf die verschiedenen Lebensbereiche bezogenen Odds Ratios ist jedoch im allgemeinen klein.

Auch höhere Wohlbefindenswerte in den Bereichen Schule und Bullying sind in elf der zwölf Länder signifikant mit weniger psychischen Auffälligkeiten assoziiert. So liegen die Odds Ratios für das Befinden im **Bereich der Schule** zwischen 0.87 (SE) und 0.97 (AT, ES) und weisen damit auf eine Reduktion des Verhältnisses p (psychisch auffällig)/ p (nicht psychisch auffällig) um 3% bis 13% mit jedem Punkt auf der Schulskala hin. In Polen und Großbritannien, wo sich die Chance des Vorliegens psychischer Auffälligkeiten mit jedem Punkt auf der Schulskala um 8% bzw. 7% verringert, weist das schulische Wohlbefinden unter den Lebensbereichen sogar die stärkste Assoziation mit psychischen Auffälligkeiten auf. Für das **Erleiden von Bullying** zeigen sich bei Kontrolle für die anderen Lebensbereiche in allen Ländern vergleichsweise kleinere Assoziationen mit einer geringeren Schwankungsbreite zwischen 0.96 (DE) und 0.98 (EL).

Die aus **Tabelle 31** ersichtlichen Wechselwirkungen zeigen, dass lediglich in den zwei Lebensbereichen Schule und Freundschaftsbeziehungen und hier auch nur in vereinzelten Ländern (DE, FR, HU, SE bzw. SE), das Geschlecht die Assoziation der Lebensbereiche mit dem Auftreten psychischer Auffälligkeiten moderiert. Die Odds Ratios größer 1 weisen dabei durchgängig darauf hin, dass die mit höheren Werten in den Wohlbefindensskalen einhergehende Reduktion der Chancen psychischer Auffälligkeiten bei Jungen (Geschlechtskodierung =1) weniger stark ausfällt. Das durchgängige Fehlen von Wechselwirkungen mit dem Alter lässt darauf schließen, dass innerhalb des hier untersuchten Altersspektrums die Assoziation der verschiedenen Lebensbereiche mit dem Auftreten psychischer Auffälligkeiten unabhängig vom Alter des Heranwachsenden ist.⁸⁸

⁸⁸ In den Ländern, die hier hinsichtlich einer Mediatorenfunktion der Lebensbereiche besonders von Interesse sind, wurden keinerlei signifikante Wechselwirkungen beobachtet.

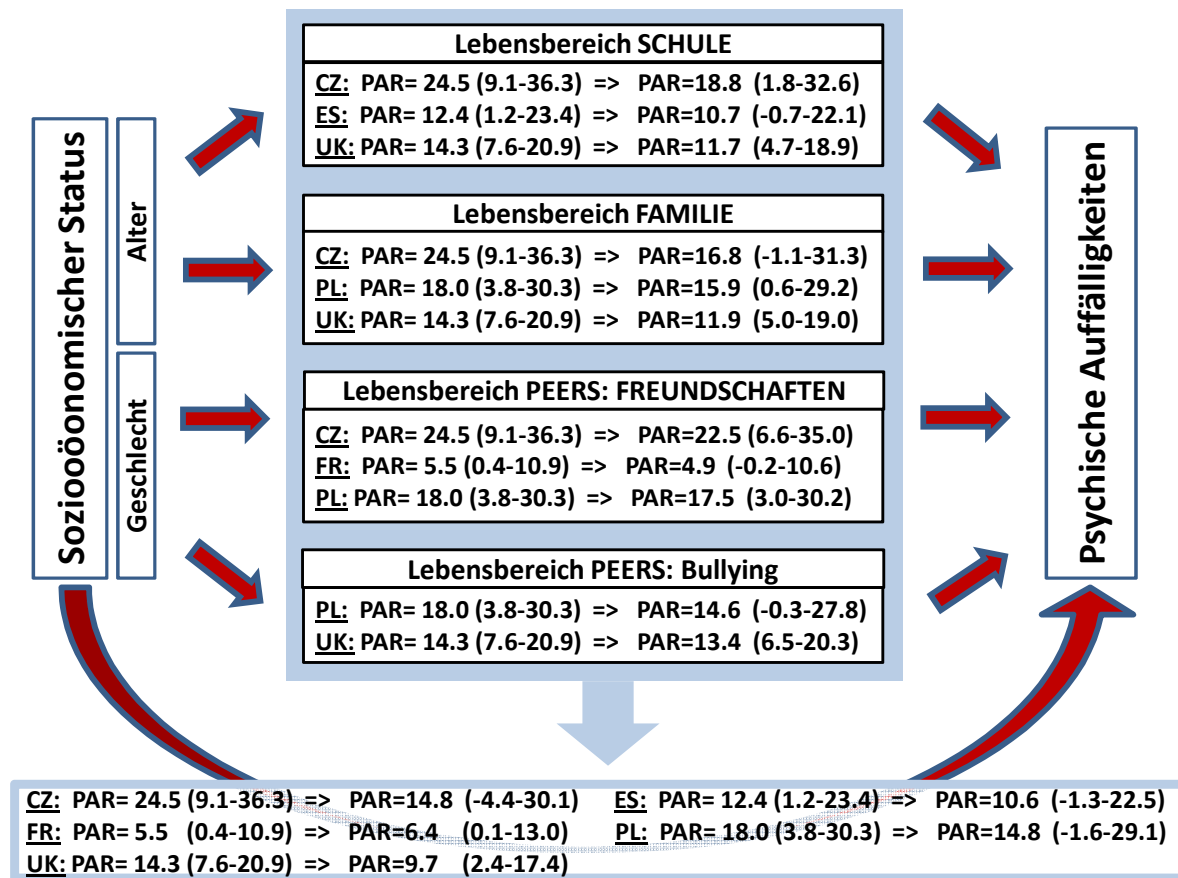
Tabelle 31 zeigt weiterhin, dass sich in drei der fünf Länder (CZ, ES, FR, PL, UK), in denen sich ohne Einbezug lebensweltlicher Aspekte ein Zusammenhang zwischen der FAS und psychischen Auffälligkeiten zeigte ($OR_{CZ}=2.11$, $KI_{95\%}: 1.29-3.46$, $OR_{ES}=1.91$, $KI_{95\%}:1.07-3.44$, $OR_{PL} = 1.81$, $KI_{95\%}: 1.13-2.91$; siehe **Tabelle 22**), die Chance von Jugendlichen mit niedrigem SES, psychische Auffälligkeiten zu zeigen, bei Einbezug aller Lebensbereiche so reduzierte, dass sie sich nicht mehr als statistisch signifikant erwies ($OR_{CZ} =1.53$, $KI_{95\%}: 0.89-2.62$; $OR_{ES} =1.74$, $KI_{95\%}: 0.93-3.27$; $OR_{PL}=1.62$ $KI_{95\%}:0.95-2.76$). Inwiefern sich die ORs bei Einbezug der Lebenswelten von jenen ohne Einbezug der Lebenswelten statistisch signifikant unterscheiden, lässt sich auf Grundlage der hier ermittelten Ergebnisse jedoch nicht beurteilen. In Großbritannien reduzierte sich das OR von 2.83 ($KI_{95\%}: 1.78-4.52$) auf 2.06 ($KI_{95\%}: 1.21-3.50$), es verblieb jedoch eine signifikant höhere Chance sozial benachteiligter Jugendlicher, psychische Auffälligkeiten zu zeigen. In Frankreich wurde bei Kontrolle für die Lebensbereiche sogar ein etwas höheres ORs von 2.19 ($KI_{95\%}: 1.01-4.77$) statt zuvor 1.97 ($KI_{95\%}: 1.05-3.69$) gefunden.

Betrachtet man die **Bedeutung auf Populationsebene** für die bei einem gemeinsamen Einbezug aller Lebensbereiche ermittelten Reduktionen des mit einem niedrigen SES assoziierten Risikos psychischer Auffälligkeiten, zeigt sich lediglich für **Tschechien** ein bemerkenswerter Effekt. Hier verringert sich das einem geringen familiären Wohlstand zuordenbare populationsattributable Risiko von zuvor 24.5% ($KI_{95\%}: 9.1-36.3$) auf 14.8% ($KI_{95\%}: -4.4 - 30.1$). Auch hier lässt sich die Reduktion zwar aufgrund der weiten Konfidenzintervalle nicht von Zufall abgrenzen, die Reduktion um etwa 10% deutet jedoch darauf hin, dass möglicherweise jede zehnte in Tschechien auftretende psychische Auffälligkeit vermieden werden könnte, sofern die dort sozial benachteiligten Jugendlichen keine Einbußen in den Wohlbefindensmaßen der verschiedenen Lebensbereiche aufwiesen.⁸⁹ In den anderen Ländern fallen diese Reduktionen deutlich geringer aus. So reduziert sich das populationsattributable Risiko in **Spanien** um 1.8% von 12.4% ($KI_{95\%}: 1.2-23.4$) auf 10.6% ($KI_{95\%}: -1.3-22.5$), in **Polen** um 3.2% von 18.0% ($KI_{95\%}: 3.8 - 30.3$) auf 14.8% ($KI_{95\%}: -1.6 - 29.1$) und in **Großbritannien** um 4.6% von 14.3% ($KI_{95\%}: 7.6 - 20.9$) auf 9.7% ($KI_{95\%}: 2.4-17.4$). In **Frankreich** zeigt sich sogar ein um 0.9% erhöhter Wert mit 6.4% ($KI_{95\%}: 0.1-13.0$) statt 5.5% ($KI_{95\%}:0.4-10.9$).

⁸⁹ Die im Rahmen einer solchen Deutung der Ergebnisse zu beachtenden Einschränkungen werden unter 6.5 ausführlich diskutiert.

Abbildung 24 zeigt zusammenfassend *erstens* die rohen, mit einem geringen familiären Wohlstand verbundenen populationsattributablen Risiken hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten, *zweitens* die Reduktionen, die sich bei Einbezug einzelner als Mediator wirkenden Lebensbereiche in den Ländern teilweise ergeben, sowie *drittens* die länderspezifischen Reduktionen der populationsattributablen Risiken, die sich bei Berücksichtigung aller hier untersuchten Lebensbereiche gemeinsam möglicherweise erreichen ließen.

Abbildung 24. Schematische Zusammenfassung der Ergebnisse



Zusammenfassung – Analysen zur Lebenswelt *Schule*

Das schulische Wohlbefinden ist in den osteuropäischen Ländern (CZ, HU, PL) aber auch in einigen weiteren Ländern (FR, IE, UK) gering ausgeprägt, während Österreich, die Schweiz, die Niederlande und Schweden recht positive Werte erreichen. Mädchen weisen häufig (CZ, ES, HU, IE, PL) ein signifikant höheres schulisches Wohlbefinden auf als Jungen, das jedoch mit zunehmendem Alter bei ihnen auch deutlicher abnimmt. In sieben Ländern (CZ, EL, ES, HU, IE, PL, UK) ist ein niedriger SES mit einem schlechteren schulisches Wohlbefinden assoziiert. Das Befinden in der Schule bildet in allen Ländern einen signifikanten – und teilweise bei Mädchen stärkeren – Prädiktor psychischer Auffälligkeiten. In drei Ländern (CZ, ES, UK) kann zudem eine Mediatorwirkung der Lebenswelt Schule gezeigt werden, durch die sich die PAR von 24.5 auf 18.8%, von 12.4 auf 10.7% bzw. von 14.3 auf 11.3% reduzieren.

Zusammenfassung – Analysen zur Lebenswelt *Familie*

Das familiäre Wohlbefinden ist in Polen, Frankreich, Tschechien und Griechenland am niedrigsten, in der Schweiz, den Niederlanden und Schweden hingegen am höchsten ausgeprägt. In fünf der 13 Länder (CZ, EL, HU, IE, SE) weisen Jungen ein signifikant höheres familiäres Wohlbefinden auf als die Mädchen. Zunehmendes Alter geht nur teilweise und häufiger bei den Mädchen mit einer Reduktion des Wohlbefindens einher. Ein niedriger (CZ, EL, HU, PL, UK) oder auch mittlerer (CZ, HU) SES ist in mehreren Ländern signifikant mit einem geringeren familiären Wohlbefinden assoziiert. In allen Ländern bildet die Lebenswelt Familie einen Prädiktor psychischer Auffälligkeiten. In drei Ländern (CZ, PL, UK) bildet sie zudem einen Mediator des SES, der mit PAR-Reduktionen von 24.5 auf 16.8%, von 18.0 auf 15.9% bzw. von 14.3 auf 11.9% einhergeht.

Zusammenfassung – Analysen zur Lebenswelt *Gleichaltrigengruppe / Freundschaften*

Während insbesondere Polen und Frankreich in diesem Bereich niedrige Wohlbefindenswerte aufweisen, liegen vor allem in Spanien (neben AT, CH, IE, NL, SE) hohe Werte vor. Überwiegend berichten die Mädchen ein höheres Wohlbefinden in Peer-Beziehungen, während das Alter nur in wenigen Ländern einen signifikanten Prädiktor bildet – und auch dort mit eher geringfügigem negativem Betrag. In mehreren Ländern geht ein niedriger (CH, CZ, EL, FR, HU, PL) oder mittlerer (CH, FR, HU) SES mit signifikant geringeren Werten einher, wobei die mit der sozialen Lage verbundenen Einbußen in Frankreich auffällig groß sind. Die durchweg signifikant mit psychischen Auffälligkeiten assoziierten Peer-Beziehungen bilden in drei Ländern (CZ, FR, PL) einen Mediator psychischer Auffälligkeiten, wenn auch mit sehr geringen Reduktionen der jeweiligen PAR.

Zusammenfassung – Analysen zur Lebenswelt *Gleichaltrigengruppe / Bullying*

Die Werte zum Bullying weisen auf größere Probleme in Großbritannien und Irland hin, während insbesondere Ungarn und Schweden sehr positive Ergebnisse erzielen. Für vier Länder (CH, EL, HU, SE) bestätigte sich eine stärkere Betroffenheit von Jungen. In Hinblick auf das Alter als Prädiktor deutet sich teilweise eine Verringerung der Problematik mit zunehmendem Alter an. In mehreren Ländern bildet ein niedriger (CH, DE, HU, NL, PL, UK) oder mittlerer (CH, UK) SES einen Risikofaktor für Bullying. Auch Bullying ist in allen Ländern ein signifikanter Prädiktor psychischer Auffälligkeiten. In Polen und Großbritannien kann zudem eine Mediatorfunktion gezeigt werden, die mit Reduktionen der PAR von 18.0 auf 14.6% bzw. von 14.3 auf 13.4% verbunden ist.

Zusammenfassung – Analysen zur relativen Bedeutung der Lebenswelten

Die Analyse unter simultanem Einbezug aller zuvor aufgeführten Lebenswelten als Prädiktoren zeigt, dass sich gute Peer-Beziehungen als Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten nicht bestätigen lassen (Ausnahme: SE). Die Familie erweist sich jedoch auch in dieser Analyse in allen Ländern als bedeutsamer – und in mehreren Ländern auch als bedeutsamster – Einflussfaktor. Ebenso bestätigt sich in allen Ländern (Ausnahme: CH) die Schule als in Hinblick auf psychische Auffälligkeiten wichtige Lebenswelt. Das Erleiden von Bullying bildet hingegen zwar in allen Ländern einen signifikanten Prädiktor, der jedoch keine starken Effekte aufweist.

Wechselwirkungen der Lebenswelten können ausschließlich mit dem Geschlecht beobachtet werden und deuten darauf hin, dass insbesondere die Wohlbefindenswerte im Bereich Schule für Mädchen von größerer Bedeutung hinsichtlich der Auftretenswahrscheinlichkeit psychischer Auffälligkeiten sind.

Nach Einbezug der hier untersuchten Lebensbereiche als Prädiktoren zur Vorhersage psychischer Auffälligkeiten erweist sich in drei Ländern die zuvor in Bezug auf die psychische Gesundheit bedeutsame soziale Lage als nicht mehr signifikant (CZ, ES, PL). In Großbritannien kann zudem eine deutliche Reduktion des entsprechenden OR beobachtet werden. Auf Populationsebene zeigt sich jedoch nur in Tschechien ein mit dem Einbezug der Mediatoren verbundener bedeutsamer Effekt, wo die Reduktion des mit einem geringen familiären Wohlstand verbundenen PAR von zuvor 24.5% auf 14.8% darauf hindeutet, dass möglicherweise jede zehnte in Tschechien auftretende psychische Auffälligkeit vermieden werden könnte, sofern sozial bedingte Wohlbefindenseinbußen vermieden werden könnten. In den anderen Ländern reduzieren sich die PAR lediglich von 12.4 auf 10.6% (ES), von 18.0 auf 14.8% (PL) und von 14.3 auf 9.7% (UK).

5.9 Zusammenschau der Fragestellungen und der darauf bezogenen Ergebnisse

In Orientierung an den in Abschnitt 3 aufgeführten Fragestellungen werden im Folgenden die Fragen wiederholt und die Ergebnisse zu den jeweiligen Hypothesen kurz zusammengefasst:

(A) Verteilung psychischer Auffälligkeiten in verschiedenen Ländern, Alters- und Geschlechtsgruppen: Mit welcher Häufigkeit treten psychische Auffälligkeiten in verschiedenen europäischen Ländern auf? Unterscheiden sich die Auftretenshäufigkeiten in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht?

Hypothese (1): Die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten in den verschiedenen Ländern variiert, jedoch in geringerem Ausmaß als die in der Literatur zu findenden Länderunterschiede, so dass diese Hypothese als bestätigt gelten kann.

Hypothese (2): Die Gesamtauffälligkeit zeigte in wenigen Ländern geringe Geschlechtsunterschiede. Im Gesamtdatensatz konnte ein Anstieg der Raten mit steigendem Alter bei Mädchen beobachtet werden. In den einzelnen Länderdaten zeigten sich jedoch weniger eindeutige Assoziationen psychischer Auffälligkeiten mit Alter und Geschlecht, so dass auch diese Hypothesen bestätigt werden konnten.

(B) Verteilung des SES in den verschiedenen Ländern und seine Rolle als Prädiktor psychischer Auffälligkeiten: Wie unterscheidet sich der SES von Jugendlichen in den verschiedenen europäischen Ländern? Inwiefern ist ein niedriger SES mit dem Vorliegen psychischer Auffälligkeiten assoziiert? Wie bedeutsam ist dieser Risikofaktor auf Populationsebene? Inwiefern ist die Verteilung des gesellschaftlichen Wohlstands für diese Beziehung relevant?

Hypothese (1): Signifikante Länderunterschiede des SES wurden bestätigt.

Hypothese (2): Die These eines signifikanten Zusammenhangs des SES mit höheren Raten psychischer Auffälligkeiten auf individueller Ebene konnte nur teilweise bestätigt werden. Die Annahme länderspezifisch verschiedener Assoziationsstärken bestätigte sich jedoch. Das populationsattributable Risiko eines niedrigen SES bewegt sich zwischen 5.5 und 24.5%.

Hypothese (3): Die Hypothese, dass Länder mit geringerem Wohlstand und solche mit einer ungleicheren Verteilung des Wohlstands höhere Raten psychischer Auffälligkeiten sowie stärkere Assoziationen zwischen dem SES und psychischen Auffälligkeiten aufweisen, konnte nicht bestätigt werden.

(C) Verteilung des Wohlbefindens in Schule, Gleichaltrigengruppe und Familie: Wie ist das Wohlbefinden Jugendlicher in den Lebenswelten Schule, Familie und Gleichaltrigengruppe in verschiedenen europäischen Ländern verteilt und inwiefern variiert die Ausprägung dieser potentiellen Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten mit dem Alter, Geschlecht und SES?

Hypothese (1): Die länderspezifischen Wohlbefindenswerte in den einzelnen Lebensbereichen unterscheiden sich tatsächlich signifikant. Die Hypothese eines höheren familiären Wohlbefindens in Osteuropa konnte nicht bestätigt werden, die bzgl. höheren Wohlbefindens in der Schule bzw. mit Peers in Mittel- bzw. Nord- und Westeuropa hingegen schon.

Hypothese (2): Eine Variation der Wohlbefindenswerte mit dem Alter, Geschlecht und SES konnte nur teilweise bestätigt werden. Ein niedrigeres schulisches Wohlbefinden bei Jungen und mit zunehmendem Alter lag nur in einigen Ländern vor. Auch ein besseres familiäres Wohlbefinden bei Jungen und in jüngerem Alter bestätigte sich nur in einigen Ländern. Das Wohlbefinden mit Peers ist tatsächlich zumeist bei Mädchen höher. Beim Bullying bestätigten sich niedrigere Werte der Jungen nur teilweise. Eine Assoziation mit dem Alter war nicht eindeutig erkennbar. Stärkere Beeinträchtigungen bei niedrigerem SES wurden in allen Bereichen in etwa der Hälfte der Länder beobachtet.

(D) Wohlbefinden in Schule, Familie und mit Gleichaltrigen als Prädiktor psychischer Auffälligkeiten: Ist das Wohlbefinden Jugendlicher in den Bereichen Familie, Schule und Gleichaltrigengruppe mit dem Vorliegen psychischer Auffälligkeiten assoziiert? Unterscheidet sich die Bedeutung der verschiedenen Lebensbereiche in verschiedenen Ländern, nach Alter oder Geschlecht? Inwiefern werden die nachteiligen Auswirkungen eines niedrigen SES auf die psychische Gesundheit über einzelne Lebenswelten vermittelt?

Hypothese (1): Das Wohlbefinden in den Lebensbereichen weist in allen Ländern signifikante Zusammenhänge mit dem Auftreten psychischer Auffälligkeiten auf.

Hypothese (2): Die Zusammenhänge zwischen den Lebensbereichen und dem Auftreten psychischer Auffälligkeiten werden nur in Einzelfällen durch Alter und Geschlecht moderiert. Lediglich das schulische Wohlbefinden bildet bei Mädchen in mehreren Ländern einen stärkeren Prädiktor psychischer Auffälligkeiten. Eine mit steigendem Alter geringere Assoziation zwischen dem Wohlbefinden in der Familie und psychischen Auffälligkeiten konnte ausschließlich in Schweden beobachtet werden. Ein mit zunehmendem Alter stärkerer Zusammenhang zwischen dem schulischen Wohlbefinden bzw. dem Befinden mit Peers und psychischen Auffälligkeiten konnte nicht bestätigt werden. Vereinzelt wurde sogar eine gegenteilige Wirkung des Alters beobachtet (NL: Peers, SE: Bullying)

Hypothese (3): In allen Ländern mit höheren Raten psychischer Auffälligkeiten bei geringerem SES mit Ausnahme Frankreichs (CZ, ES, PL, UK) lassen sich die negativen Auswirkungen eines geringen SES zumindest anteilig durch ein reduziertes Wohlbefinden in einer oder mehreren Lebenswelten erklären. Für jeden der drei Lebensbereiche kann bei einzelner Analyse eine Mediatoren-Wirkung in wenigstens zwei Ländern gezeigt werden.

(E) Relative Bedeutung des Wohlbefindens in Schule, Familie und Gleichaltrigengruppe sowie des SES: Wie gestaltet sich die relative Bedeutung der einzelnen Lebensbereiche? Ist bei ihrer gemeinsamen Betrachtung ein besonders wichtiger Bereich identifizierbar? Ist der SES auch bei Kontrolle für die drei Bereiche ein signifikanter Prädiktor psychischer Auffälligkeiten?

Hypothese (1): Die Assoziationen zwischen den einzelnen Lebensbereichen und psychischer Auffälligkeit werden schwächer, wenn die Bereiche füreinander kontrolliert werden. Das Wohlbefinden mit Gleichaltrigen verliert sogar völlig an Bedeutung (Ausnahme SE).

Hypothese (2): In den Ländern, in denen Mediatorenfunktionen der Lebenswelten festgestellt wurden (CZ, ES, PL, UK), verliert bei gemeinsamem Einbezug der Lebensbereiche als Prädiktoren der SES als Prädiktor psychischer Auffälligkeiten an Bedeutung. In drei Ländern erweist er sich nicht mehr als signifikanter Prädiktor (CZ, ES, PL). Die durch einen niedrigen SES bedingten populationsattributablen Risiken reduzieren sich.

Die Betrachtung der psychometrischen Eigenschaften der verwendeten Erhebungsinstrumente hinsichtlich der Aussagekraft, mit der die hier gestellten Fragen beantwortet werden können, erbrachte folgende Ergebnisse:

(F) Psychometrische Qualität der Messungen: Kann die Auftretenshäufigkeit psychischer Auffälligkeiten in den verschiedenen Ländern und geschlechtsspezifisch mit vergleichbarer Messqualität erfasst werden? Werden die Prädiktoren reliabel erfasst?

Hypothese (1): Es wurde bestätigt, dass sich die Anzahl fehlender Werte (d.h. unvollständig ausgefüllter Fragebögen) zwischen den einzelnen Ländern nur geringfügig unterscheidet.

Hypothese (2a): Weiterhin wurde bestätigt, dass die internen Konsistenzen für den Gesamtwert des SDQ-Symptomfragebogens trotz kleinerer Unterschiede in allen Ländern eine reliable Messung erlauben, wohingegen die störungsspezifischen Subskalen kein für Gruppenvergleiche geeignetes Niveau erreichen.

Hypothese (2b): Eine ähnliche Ausprägung und zufriedenstellende Höhe der internen Konsistenzen der KIDSCREEN-Skalen in allen Ländern wurde bestätigt.

Hypothese (3): Die postulierte Faktorenstruktur und die erwarteten einhergehenden Itemladungen können in einigen der hier einbezogenen Länder nur grob repliziert werden. In einigen Ländern wird die postulierte 5-Faktorenstruktur weniger deutlich sichtbar als in anderen, die auftretenden Probleme sind jedoch länderübergreifend vergleichbar.

6 Diskussion

6.1 Kulturunterschiede in der Psychometrie des Messinstruments

Da die Messqualität bei der Erfassung psychischer Auffälligkeiten sowie der hier untersuchten Prädiktoren eine wesentliche Rolle für die Interpretationsmöglichkeiten der gefundenen Ergebnisse spielt und – wie unter 2.2.2 ausgeführt – eine kulturübergreifend vergleichbare Erfassung insbesondere psychischer Auffälligkeiten keine Selbstverständlichkeit darstellt, werden in der Folge zunächst die Ergebnisse zu den psychometrischen Eigenschaften der verwendeten Messinstrumente diskutiert. Hierbei finden zwar auch die Prädiktormasse Berücksichtigung, vorrangig wird jedoch der SDQ betrachtet, da – wie einleitend dargestellt – die kulturübergreifende Validität der Erfassung psychischer Auffälligkeiten eines empirischen Belegs bedarf. Darüber hinaus wurde der SDQ – im Gegensatz zu den als Prädiktoren einbezogenen KIDSCREEN-Skalen – nicht in einem interkulturellen Ansatz entwickelt, was die Notwendigkeit einer Prüfung seiner kulturübergreifenden Verwendbarkeit unterstreicht.

6.1.1 Feasibility: Akzeptanz des Verfahrens

Die in dieser Arbeit präsentierten Daten zeigen, dass der SDQ sowohl in der Eltern- als auch in der Selbstberichtsversion in fast allen Ländern von über 90% der Befragten vollständig ausgefüllt wurde und sich auch die Anzahl der fehlenden Werte – sofern vorhanden – in einem akzeptablen Rahmen bewegte, da zumeist nicht mehr als zwei Items unbeantwortet blieben. Auch die Häufigkeit fehlender Werte bezogen auf die einzelnen Items, die – von einem einzelnen Ausreißer abgesehen – zwischen 0 und 2.7 % liegt, weist auf eine interkulturell gegebene Verwendbarkeit des SDQs als Erfassungsinstrument hin, was angesichts seines häufigen Einsatzes in internationalen Forschungsbemühungen auch nicht verwundert.

Zwar werden in der Literatur zum SDQ selten genauere Angaben zur Häufigkeit fehlender Werte gemacht, die wenigen durch Publikationen verfügbar gemachten Informationen korrespondieren jedoch gut mit den Beobachtungen dieser Untersuchung. So wurde für den SDQ-Selbstbericht aus einer norwegischen Untersuchung (86) je nach Item eine Häufigkeit von 0.7% bis 2.3% fehlender Werte beobachtet. Ebenfalls konsistent mit den Daten der hier präsentierten Untersuchung zeigte eine schwedische Studie im Elternbericht kleinere Häufigkeiten fehlender Werte von je nach Item zwischen 0.2% und 1.1% (84). Auch die Angaben einer amerikanischen Studie, die im Elternbericht nur wenige fehlende Werte feststellte und

entsprechend für 95% der eingesetzten Fragebögen einen Gesamtscore berechnen konnte (88), decken sich mit den Erfahrungen im Rahmen des KIDSCREEN-Surveys.

Nichtsdestotrotz sollte hier festgehalten werden, dass nicht alle Länder gleichermaßen hohe Ausfüllraten erzielten. Vor allem der hohe Anteil unvollständig ausgefüllter Fragebögen in der griechischen Selbstberichtsversion (21.5% im Gegensatz zu 4.5% bis 12.5% in anderen Ländern) gibt Fragen auf. Eine nähere Analyse dieser auffällig hohen Rate zeigte, dass hier kein spezielles Item von den vielen ProbandInnen unbeantwortet blieb, sondern die meisten Items etwa gleich häufig und auf einem niedrigen Niveau fehlende Werte aufwiesen. Auch ein Ausreißer-Item, das in Griechenland auffällig viele Jugendliche (5.4%) unbeantwortet ließen, kann die dort deutlich geringere Anzahl vollständig ausgefüllter Fragebögen nicht alleine erklären.

Insgesamt lässt dieser beobachtete Unterschied hinsichtlich der Ausfüll-Qualität demnach keinen direkten Rückschluss auf spezifische kulturell inadäquate Items zu. Alternative Erklärungen können hier jedoch auch nicht gegeben werden. Eine potentiell kulturspezifisch größere Nachlässigkeit der griechischen Jugendlichen beim Ausfüllen von Fragebögen scheidet als mögliche Erklärung aus, da sich diese auch in den anderen Fragebogeninstrumenten abzeichnen müsste – dies ist jedoch nicht der Fall. Der Blick auf die Häufigkeit fehlender Werte in den KIDSCREEN-Skalen und der Family Affluence Scale zeigt für die griechischen Jugendlichen im europäischen Vergleich unauffällige Häufigkeiten.

Länderübergreifend lassen sich für die beiden letztgenannten Instrumente insgesamt höhere prozentuale Anteile vollständig beantworteter Skalen feststellen als für den SDQ: ihr europäisches Mittel liegt für alle Skalen oberhalb von 98%. Dies ist in Anbetracht deutlich kürzerer Skalen jedoch auch nicht verwunderlich: die KIDSCREEN-Skalen weisen zwischen drei und sechs Items auf, die Family Affluence Scale vier Items während sich die oben diskutierten SDQ-Zahlen auf 25 Items beziehen. Entsprechend zeigte auch eine Betrachtung der Häufigkeit fehlender Werte auf Ebene der einzelnen Items von SDQ, KIDSCREEN-Skalen und FAS, dass sich diese in vergleichbarer Höhe bewegen.

Folgt man der Argumentation, dass eine Häufung fehlender Werte in einem Fragebogeninstrument einen Indikator für seine mangelnde Eignung in der untersuchten Population darstellen, kann in Hinblick auf dieses Kriterium keine Einschränkung der Anwendbarkeit des SDQs (und der anderen verwendeten Instrumente) in den in die Untersuchung einbezogenen Ländern festgestellt werden. Die auffälligen Ergebnisse aus Griechenland bedürfen diesbezüglich jedoch einer genaueren Untersuchung.

6.1.1 Reliabilität: Kulturunterschiede hinsichtlich der internen Konsistenz

Die Ergebnisse hinsichtlich der internen Konsistenzen des SDQs und seiner Subskalen korrespondieren nahezu perfekt mit dem unter 2.2.3 dargestellten Forschungsstand. So ist der in dieser Untersuchung beobachtete Range der Cronbach's α Werte zur selbstberichteten SDQ-Gesamtskala mit Werten zwischen 0.72 in Frankreich und 0.82 in Großbritannien nahezu deckungsgleich mit dem Range, der sich aus den bislang publizierten zwölf Studien ersehen lässt. Diese berichten alle Cronbach's α Werte ≥ 0.70 und ≤ 0.82 – wenn man von einem vereinzelt Ausreißerwert in Finnland absieht. Für Frankreich, die Niederlande und Großbritannien erlaubt das verfügbare Datenmaterial auch einen Vergleich der einzelnen länderspezifischen Werte, der große Übereinstimmungen der hier ermittelten Ergebnisse mit denen anderer Studien zeigt: So wurde hier für Frankreich ein Cronbach's α_{FR} von 0.72 versus einem Wert von 0.73 in einer französischen Studie (56) beobachtet, in Großbritannien ein α_{UK} von 0.82 im Vergleich zu Werten von 0.80 (85) und 0.82 (90) in britischen Untersuchungen und in den Niederlanden ein $\alpha_{NL} = 0.73$, der sich ebenfalls im Range der bislang publizierten niederländischen Studien mit Werten von 0.70 (72), 0.78 (78) und 0.76 (79) bewegt.⁹⁰

Auch die für elf Länder ermittelten internen Konsistenzen des SDQ-Elternberichts stimmen mit ihrem Range zwischen $\alpha=0.77$ und $\alpha=0.83$ erstaunlich gut mit dem Forschungsstand überein, in dem 17 der 18 vorliegenden Studien Werte zwischen 0.76 und 0.84 aufweisen. Auch hier wird jedoch ein finnischer Ausreißerwert von 0.71 ausgeklammert. Länderspezifische Vergleiche der in dieser Arbeit ermittelten Werte mit denen aus vorliegenden Publikationen zeigen wieder nahezu deckungsgleiche Ergebnisse. So stimmt in Deutschland der Wert von $\alpha_{DE} = 0.83$ mit dem durch zwei deutsche Studien publizierten Wert von 0.82 (57,94) fast überein, in den Niederlanden entspricht α_{NL} von 0.82 ebenfalls gut den Werten von 0.80 und 0.81 aus anderen Studien (72,78) und auch für Großbritannien ist der hier ermittelte Wert von $\alpha_{UK} = 0.82$ deckungsgleich mit dem von dort publizierten Ergebnis (85).

Auch die Ergebnisse für die Subskalen korrespondieren – dort wo ein direkter Vergleich möglich ist – gut mit den bislang publizierten Werten. So stimmen die ermittelten Cronbach's α Werte für den Selbstbericht in Frankreich, Großbritannien und den Niederlanden sowie für den Elternbericht in Deutschland, Großbritannien und den Niederlanden teilweise exakt mit denen des Forschungsstandes (56,57,72,78,79,85,90,94) überein. Bedeutsamer ist jedoch, dass die hier dargestellte Untersuchung für alle Länder und beide Berichtsversionen die bereits

⁹⁰ Die Angaben zu Griechenland werden hier nicht verglichen, da die verfügbare griechische Publikation auf den griechischen Daten des dieser Untersuchung zugrundeliegenden europäischen Datensatzes basiert.

bekannten Schwierigkeiten mit den **Subskalen Verhaltensprobleme und Peer-Probleme** klar bestätigt. Auch wenn die hier ermittelten Werte mit einem bescheidenen Maximum von $\alpha = 0.65$ in Großbritannien geringfügig höher lagen als die des internationalen Forschungsstandes, der Maximalwerte von 0.61 (in Deutschland und Großbritannien) aufweist, zeichnete sich die psychometrische Schwäche insbesondere dieser beider Skalen sehr deutlich ab.

Der naheliegendste Grund für die unbefriedigende Reliabilität der Subskalen ist die geringe Itemzahl der Subskalen, auf die entsprechend von vielen AutorInnen verwiesen wird (72,80). Eine solche Begründung ist jedoch unzulänglich, da sie offen lässt, warum bspw. die noch kürzere KIDSCREEN-Bullying Skala sowie die anderen Subskalen des SDQs deutlich bessere Werte erzielen. Dies lenkt das Augenmerk auf inhaltliche Aspekte der beiden Subskalen. So werden die geringen Werte im Bereich der Verhaltens- und Peer-Probleme auch dadurch erklärt, dass Jugendliche derlei Probleme nur teilweise berichten möchten bzw. sich einiger Probleme nur wenig bewusst sind (72). Auch wenn diese Argumentation letztlich nur auf die selbstberichteten Daten anwendbar ist und das Problem in den Elterndaten nicht erklärt, unterstützt ein von den niederländischen AutorInnen vorgenommener Vergleich der Cronbach's α Werte der Peer-Probleme Skala mit den internen Konsistenzen der entsprechenden Subskalen der YSR (YSR=0.42; SDQ=0.39) bzw. CBCL (CBCL=0.57, SDQ=0.57) ihre Auffassung, dass soziale Probleme grundsätzlich schwer zu erfassen sind (72). Neben derlei inhaltlichen Überlegungen spielen zudem methodische Aspekte eine Rolle, wie die niedrige Anzahl an Antwortkategorien (80) aber auch die aufgrund des Abfragens von seltenen Phänomenen (Stehlen, das Schikanieren Anderer) schiefen Verteilungen (78, 79,80). Von besonderer Bedeutung in Hinblick auf die inakzeptablen Werte der Verhaltensskala und der Peer-Skala scheinen jedoch die positiv formulierten Items (bspw. „*wenigstens einen guten Freund*“ in der Peer-Skala sowie „*folgsam*“ in der Verhaltensskala) zu sein: Die in den hier präsentierten Analysen beobachteten negativen Auswirkungen dieser Items auf die interne Konsistenz bestätigen international berichtete Erfahrungen zu Problemen mit diesen Items (78,79,84).

Die **geschlechtsspezifischen Analysen** erbrachten keine Hinweise auf nennenswerte Unterschiede. Zwar weisen die Angaben der Jungen häufiger eine höhere interne Konsistenz auf als die der Mädchen, die Größe des Unterschieds ist jedoch in der Regel praktisch nicht relevant. Die Tatsache, dass die Unterschiede geringfügig sind und nicht konsistent auftreten, erklärt auch, dass die vier bislang publizierte geschlechtsspezifischen Auswertungen keine höheren Werte bei den Jungen fanden – nur eine deutsche Studie kam zu einem vergleichbaren Ergebnis (57) während die anderen Untersuchungen ein jeweils gemischtes Bild zeichneten.

Insgesamt spricht einiges dafür, dass die hier gefundenen Unterschiede bzgl. der internen Konsistenzen reale Länderunterschiede hinsichtlich der mit dem SDQ erreichten Messgenauigkeit widerspiegeln. Da die untersuchten Samples in wesentlichen Charakteristika wie Alter oder Geschlecht vergleichbar sind, sind Verzerrungen durch die Stichprobeneigenschaften als Grund für die Unterschiede unwahrscheinlich. Vor allem weist jedoch die starke Übereinstimmung der einzelnen Länderwerte mit den bislang im Forschungsstand berichteten Werten auf reproduzierbare Länderunterschiede hin. So erreicht der SDQ bspw. in dieser wie in vorangehenden Untersuchungen in Großbritannien (85,90) vergleichsweise höhere Reliabilitätswerte als bspw. in Frankreich, wo ebenfalls diese und andere Studien einen niedrigeren Wert ermittelten. Dieses Ergebnis erscheint auch inhaltlich plausibel, da der SDQ ursprünglich in Großbritannien entwickelt wurde und somit auch am besten auf Jugendliche dort anwendbar sein sollte. Die angesprochenen kulturspezifischen Abweichungen erscheinen für den hier verfolgten Zweck kulturvergleichender Auswertungen jedoch von nachgeordneter Bedeutung. So ist zum einen festzuhalten, dass alle Länder im Gesamtwert das für Gruppenvergleiche erforderliche Mindestniveau von $\alpha \geq 0.70$ (104) erreichen. Zum anderen verdeutlicht die hier vorgenommene Untersuchung auch – korrespondierend mit dem verfügbaren Forschungsstand – dass die Hauptprobleme des SDQs als Messinstrument spezifische Subskalen⁹¹ berühren und vor allem kulturübergreifend vergleichbar auftreten. Auch die großen Fallzahlen lassen die geringere Messgenauigkeit weniger problematisch erscheinen.

Die Ergebnisse zur Reliabilität erlauben demnach die Schlussfolgerung, dass sich der SDQ durchaus als Messinstrument für kulturübergreifende Vergleiche eignet, da keine relevanten kulturspezifischen Abweichungen vorliegen. Auswertungen sollten sich jedoch auf den Gesamtwert bzw. die Subskalen mit akzeptablen α -Werten beschränken. Zudem sollte der SDQ ausschließlich für Gruppenvergleiche eingesetzt werden, da individuelle Beurteilungen einen α -Wert von mindestens 0.9 erfordern (104). Angesichts dieser Ergebnisse erscheint für die hier vorgenommenen Auswertungen jedoch problematisch, dass die Subskalen Hyperaktivität, Verhaltensprobleme und emotionale Störungen mit oft niedrigen α -Werten die Basis des SDQ-Algorithmus bilden. Zwar liegen keine Hinweise auf systematische Kulturunterschiede bzgl. der Messqualität vor, insgesamt erscheint die Reliabilität der Subskalen jedoch unzureichend. Somit kann die Aussagekraft des SDQ-Algorithmus nur auf Basis der unter

⁹¹ Auch wenn die Problematik mit den Subskalen für die hier vorgenommene Untersuchung von nachgeordneter Bedeutung ist, erscheint es grundsätzlich diskussionswürdig, wie sehr in der wissenschaftlichen Diskussion über diese schlechten psychometrischen Werte hinweggesehen wird. So bezeichnet bspw. der Testautor Robert Goodman die Cronbach's α Werte von vier der fünf Subskalen (mit Ausnahme der Peer-Probleme-Skala), die in seiner Untersuchung zwischen 0.60 und 0.67 lagen, als „*generally satisfactory*“ (85, S.1339).

4.2.1.2 dargestellten diagnostischen Gütekriterien belegt werden. Deren Bedeutung im Kontext interkultureller Forschung wird in der Folge unter 6.2.1 noch einmal gesondert diskutiert.

Das Verwerfen der fünf Subskalen zugunsten einer gelegentlich postulierten 3-Faktoren-Lösung brächte wohl auch nur eingeschränkt Besserung: Die α -Werte der dann resultierenden drei Skalen bewegten sich in flämischen Daten zwischen 0.63 (prosozialer Faktor) und maximal 0.80 (externalisierendes Verhalten) (80).

6.1.2 Validität: Kulturunterschiede hinsichtlich der Faktorenstruktur

Die Ergebnisse zur Faktorenstruktur des SDQs bestätigten das dem SDQ zugrunde liegende theoretische Modell nur in Teilen und zeigten in keinem Land eine perfekte Reproduktion der postulierten Ladungsmuster. Der Umstand, dass ohne eine Vorgabe der Faktorenzahl in allen Ländern für Eltern- wie Selbstberichtsversion mehr als fünf Faktoren extrahiert wurden, korrespondiert mit vorliegenden Berichten aus Großbritannien (85) und Schweden (84), wobei hier wie dort die zusätzlichen Faktoren nur einen geringen Eigenwert aufweisen.

Bemisst man die Konstruktvalidität an dem Grad, in dem die Items valide Maße der fünf SDQ-Konstrukte sind (86), können die emotionalen Probleme und das prosoziale Verhalten als Konstrukte empirisch gut bestätigt werden. Hinsichtlich der Verhaltens- und Peer-Probleme ergeben sich jedoch – wie bereits in Hinblick auf die Reliabilität – Schwierigkeiten. Da die in dieser Untersuchung beobachteten Probleme zumeist in mehreren Ländern auftreten und überwiegend in der internationalen Literatur bereits angesprochen wurden, wird im Folgenden zunächst für die markantesten Probleme verdeutlicht, wie sie sich in den internationalen Forschungsstand einfügen.

Für die **Verhaltensprobleme** ist bspw. besonders das Item „*im allgemeinen folgsam*“ auffällig, das in den elternberichteten Daten in allen Ländern außer Spanien der prosozialen Skala zugeordnet wurde und auch in den selbstberichteten Daten nie auf einem Verhaltensfaktor lädt. Ähnliche Probleme mit diesem Item wegen einer Haupt- oder Kreuzladung auf dem prosozialen Faktor wurden in der Literatur aus verschiedensten Ländern (AU, BE, FR, JP, NL, SE, UK, US) für beide Urteilverversionen berichtet (55,56,78,80,84,85,93,95,101) und auch – die hier ebenfalls beobachteten – sekundären Ladungen auf dem Hyperaktivitätsfaktor traten häufiger auf (AU:93, BE:80, FI:98, FR:56, NL:78, UK:85, US:55). Zudem wurde die Zuordnung des Items „*oft Wutanfälle*“ zum emotionalen Faktor, die in dieser Untersuchung in eltern- wie selbstberichteten Daten in etwa der Hälfte der Länder erfolgte, bereits zuvor in Finnland (98), Frankreich (56) und Schweden (84) beobachtet – ebenso wie Ladungen auf dem Hyper-

aktivitätsfaktor (FI:98, FR:56, US:55). Die Ergebnisse für die anderen Items der Verhaltensskala korrespondieren insoweit mit der Literatur, dass für den Elternbericht etwas seltener – und vor allem in Richtung des Hyperaktivitätsfaktors – abweichende Ladungen (AU:93, US:55) berichtet wurden, während für den Selbstbericht verschiedenste abweichende Haupt- und Kreuzladungen für die Items zum Lügen (FI:98, FR:56, NL:78), Stehlen (FI:98, FR:56) oder Schlagen (FR:56) publiziert sind.

Auch für die in der **Peer-Skala** vom vorgesehenen Ladungsmuster abweichenden Haupt- oder Kreuzladungen lassen sich Übereinstimmungen mit der Literatur feststellen. So lädt das Item „*meist für sich*“ (AU:93, FR:56) sowie „*besser mit Erwachsenen*“ (FR:56) in Selbst- und Elternbericht häufiger auf den emotionalen Faktor, die Items „*wenigstens einen guten Freund*“ (US:55) und „*bei anderen beliebt*“ (DE:94, JP:95, US:55; FI:98, UK:85,101) weichen hingegen eher zugunsten des prosozialen Faktors von der postulierten Ladung ab. Für das in der Literatur wegen Haupt- oder Kreuzladungen auf dem emotionalen (BE:80, FI:98, FR:56, UK:85; US:55), prosozialen (DE:57) oder Verhaltens-Faktor (SE:84) recht häufig als problematisch diskutierte Item „*gehänselt*“ finden sich auch in dieser Untersuchung vielfältige von den Modellvorstellungen abweichende Ladungen.

Für die **Hyperaktivitäts-Skala** stellt neben dem unten näher ausgeführten „Positivfaktor“ vor allem die Multidimensionalität des Konstrukts ein Problem dar. Die hier ermittelten Faktorenladungen spiegeln somit teilweise wider, dass die fünf Items die drei Aspekte Aufmerksamkeit („*ablenkbar*“, „*führt Aufgaben zu Ende*“), Hyperaktivität („*unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen*“, „*zappelig*“) und Impulsivität („*denkt nach, bevor er/sie handelt*“) erfassen. Vor allem die beiden Hyperaktivitätsitems laden entsprechend häufiger nicht mit den anderen Items der Skala auf einem gemeinsamen Faktor, sondern ordnen sich den Verhaltensproblemen zu oder bilden einen eigenen Faktor. Ähnliche Probleme wurden bereits in anderen Untersuchungen gefunden (z.B. EL:97, FR:56, UK:101), die teilweise deutlich die zwei Subfaktoren Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität abbilden (z.B. 97).

Weiterhin zeichnete sich in dieser Untersuchung für die Hyperaktivitäts-Skala die Tendenz ab, dass die positiv formulierten Items „*denkt nach*“ und „*führt Aufgaben zu Ende*“ auf dem prosozialen Faktor laden. Dieses Phänomen wurde ebenfalls in der Literatur bereits vielfältig beobachtet (AU:93, EL:97, FI:98, UK:101) und weist auf das grundsätzlichere Problem des sogenannten „*positive construal factor*“ (83, S.1491, 85, S.1343) hin, das nicht nur die Hyperaktivitätsskala betrifft, sondern sich auch in anderen oben beschriebenen abweichenden

Itemladungen der Verhaltens- („*im allgemeinen folgsam*“) und Peer-Skala („*hat wenigstens einen guten Freund*“, „*bei Gleichaltrigen beliebt*“) teilweise andeutete.

Dieses bereits in der Entwicklung des SDQs festgestellte Phänomen, dass die positiv formulierten Problemitems unabhängig vom angesprochenen Problembereich dazu neigen, auf einem gemeinsamen Faktor zu laden, wurde schon für viele Länder festgestellt und diskutiert (AU:93, EL:97, JP:95, NL:79, NO:86, RU:100, UK:85,101, US:55). Es wird darauf zurückgeführt, dass die Bereitschaft zum Berichten positiver Qualitäten variiert, so dass sich der prosoziale Faktor zu einem allgemeinen Positivfaktor (55,85) erweitert. Dies stellt nicht nur die Bedeutsamkeit der Items als Indikatoren für ihre eigentlichen Skalen in Frage sondern auch die der prosozialen Skala (86). Auch wenn sie zunächst als klar abgrenzbarer Faktor die konzeptuelle Verschiedenheit prosozialen Verhaltens von Psychopathologie zu bestätigen schien,⁹² könnte sie offenbar auf einem methodischen Artefakt beruhen und schlichtweg das Ausmaß widerspiegeln, in dem Eltern oder Jugendliche positive Eigenschaften berichten möchten (55). Diese Interpretation ist mit dem in dieser Auswertung wie auch in der publizierten Literatur beobachteten Umstand stimmig, dass der allgemeine „Positivfaktor“ insbesondere im Selbstbericht und deutlich weniger im Elternurteil zum Tragen kommt (86). Als Konsequenz wurde teilweise dafür plädiert, positive und negative Items innerhalb eines Konstrukts zu vermeiden (86). Das Beibehalten der positiven Items wird jedoch allgemein empfohlen, da die Akzeptanz des Instruments andernfalls sinken könnte und Eltern aufgrund der einseitig negativen Fragen möglicherweise weniger Problemverhalten berichten würden (55).

Die hier präsentierten Ergebnisse zeigen also – in guter Korrespondenz mit dem Forschungsstand – vielfältige nicht modellkonforme Zuordnungen von Items bis hin zu verschiedenen Subskalen zugrundeliegenden gemeinsamen Faktoren. Für die teilweise schlechte faktorielle Abgrenzbarkeit sind verschiedene Gründe denkbar. So ist bspw. die Zuordnung von Hyperaktivitätsitems zu den Verhaltensproblemen und umgekehrt sicher ein Ausdruck der hohen Komorbidität dieser externalisierenden Symptomatiken (56,98). Auch konzeptuelle Überlappungen werden in Hinblick auf diese und andere Faktorkombinationen diskutiert (86) bzw. die Möglichkeit, dass Verhaltens- oder Peer-Probleme als Konsequenzen von Hyperaktivität und emotionalen Problemen und nicht als eigene Problembereiche berichtet werden (55). Als weitere Begründung für derlei Faktorenkombinationen wurde zudem eine weniger differenzierte Wahrnehmung insbesondere jüngerer ProbandInnen ins Feld geführt (79). Vor diesem

⁹² Auch dies war jedoch nicht immer der Fall. So liegen aus mehreren Ländern Beispiele vor, dass das prosoziale Item „rücksichtsvoll“ zusätzliche hohe Ladungen bei den Verhaltensproblemen (Elternbericht UK:85, DE:57, Selbstbericht UK:85) aufweist.

Hintergrund erscheinen die auf Grundlage irischer (101), amerikanischer (55) und finnischer (98) Daten vorgeschlagenen und weitgehend deckungsgleichen 3-Faktoren-Lösungen attraktiv (siehe 2.2.3). So würde eine Subskalenstruktur, die einem *prosozialen Faktor* (prosoziale Skala plus einige positiv formulierte Items), einem *externalisierenden Faktor* (alle Hyperaktivitäts-Items plus einige Verhaltensprobleme) und einem *internalisierenden Faktor* (alle emotionalen Items plus einige Peer-Probleme) folgt, keine Differenzierungsfähigkeit mehr implizieren, die der SDQ faktisch nicht besitzt. Da ein 3-Faktoren-Modell jedoch teilweise einen schlechteren Fit aufwies als das 5-Faktoren-Modell, müssten derlei Änderungen jedoch gut überlegt werden (80).⁹³

Die hier präsentierten Ergebnisse – sowie auch die in vielen anderen Studien aufgezeigten Probleme hinsichtlich der Faktorenstruktur des SDQs – bestätigen Zweifel an der Annahme, die vielfältigen Replikationen der SDQ-Faktorenstruktur in diversen Übersetzungen seien Belege seiner interkulturellen Verwendbarkeit (308). Auf Grundlage der ausgewerteten Daten kann zwar festgestellt werden, dass für die elternberichteten Daten die Faktorenstruktur des SDQs in immerhin acht der elf Länder mindestens in Grundzügen repliziert werden kann – für die selbstberichteten Daten ist dies jedoch nur in vier von zwölf Ländern der Fall.⁹⁴ Als Argument für eine interkulturelle Verwendbarkeit taugt der Verweis auf die nicht besonders gut mit den Modellvorstellungen übereinstimmenden Faktorenstrukturen des Instruments in verschiedenen Ländern insofern wohl nur sehr eingeschränkt.

Nichtsdestotrotz unterstützen die hier – und durch andere Studien – präsentierten Daten in einer anderen Hinsicht die interkulturelle Verwendbarkeit des SDQs: Die beobachteten Faktorenstrukturen entsprechen zwar in vielen Ländern nicht den zugrundeliegenden Modellvorstellungen, die Tatsache, dass diese Abweichungen international in sehr ähnlicher Weise auftreten, weist jedoch auf allgemeine kulturunabhängige Probleme des Messinstruments hin, nicht aber auf kulturelle Unterschiede hinsichtlich der Konstruktvalidität. Die häufig interkulturell übereinstimmenden Abweichungen der Faktorladungen zeigen, dass in den verschiedenen Ländern für die einzelnen SDQ-Konstrukte die gleichen Schwächen zum Tragen kommen. Dies unterstützt die Annahme, dass die SDQ-Items für Eltern und Jugendliche verschiedener kultureller Kontexte vergleichbare Bedeutungen annehmen bzw. die Probleme ähnlich konzeptualisiert werden – wenn auch anders als im SDQ-Modell vorgesehen. Zwar zeigen die Analysen, dass

⁹³ Entsprechende Analysen wurden in dieser Arbeit nicht durchgeführt, da der Fokus hier auf dem SDQ-Globaloutcome „psychische Auffälligkeiten“ liegt.

⁹⁴ „In Grundzügen“ meint hier, dass für alle fünf Subskalen wenigstens drei der fünf Items auf einem gemeinsamen und primär dieser Subskala zuzuordnendem Faktor laden.

die Faktoren in verschiedenen Ländern verschieden gut repliziert werden können: in einigen Ländern ist eine nahezu perfekte Replikation möglich, in anderen Ländern nur eine sehr eingeschränkte.⁹⁵ Diese Länderunterschiede sind jedoch eher quantitativer Natur und lassen aufgrund der Ähnlichkeit der Abweichungen keine qualitativen Unterschiede vermuten.⁹⁶

Als Konsequenz aus diesen Ergebnissen für die Verwendung des SDQs in interkulturellen Vergleichen sollte folgen, dass die Ergebnisse der problematischen Subskalen nicht überbewertet werden dürfen und – sofern überhaupt Subskalenwerte herangezogen werden – diese eher als Indikatoren allgemeiner externalisierender bzw. internalisierender Symptomatiken betrachtet werden sollten. Eine solche Handhabung von SDQ-Outcomes wird auch durch andere Studien unterstützt, die dem Instrument eine gute Aussagekraft hinsichtlich allgemeiner psychischer Auffälligkeiten, jedoch eine schlechte Fähigkeit zur Differenzierung spezifischer Problematiken bescheinigen (106, 309).

Zudem sollte die Tatsache, dass die hier berichteten Ergebnisse – ebenfalls in Übereinstimmung mit der Literatur (85) – eine modellgerechtere Faktorenstruktur der elternberichteten Daten anzeigen,⁹⁷ eine stärkere Gewichtung des Elternurteils nach sich ziehen – wenn auch das Selbsturteil aufgrund seiner wichtigen Informationen bzgl. emotionaler und sozialer Probleme unverzichtbar ist (86). Dieser Erkenntnis kann in den hier vorgenommenen Auswertungen weitgehend Rechnung getragen werden, indem der das Elternurteil stärker berücksichtigende SDQ-Algorithmus verwendet wird. Sie verdeutlicht aber auch, dass in Ländern, für die keine (SE) oder nur in Teilen (HU, UK, in geringerem Ausmaß auch EL) Elternangaben vorliegen, eine eingeschränkte Datenqualität angenommen werden muss.

Ähnlich wie im Ländervergleich der Faktorenstrukturen beobachtet, zeigt der Vergleich der Ladungsmuster für die beiden Geschlechter Unterschiede im Ausmaß der Reproduzierbarkeit von Faktoren. Insbesondere der emotionale Faktor zeigt sich in den eltern- wie selbstberichteten Daten deutlicher für die Mädchen. Darüber hinaus sind aber auch Hinweise auf qualitativ

⁹⁵ Inwiefern die länderspezifischen Unterschiede hinsichtlich der Replizierbarkeit der Faktoren mit den in der Literatur beschriebenen Erfahrungen übereinstimmt, kann nicht weiter erörtert werden, da nur für wenige der in die Analyse einbezogenen Länder vergleichbare Daten vorliegen. Für Deutschland (57,94), die Niederlande (78) und Großbritannien (85) konnten jedoch zuvor ebenfalls modellkonforme Faktorenstrukturen gezeigt werden.

⁹⁶ Damit sei auch der Behauptung von Dickey & Blumberg (2004; 55) widersprochen, die SDQ-Items nähmen für amerikanische Eltern eine andere Bedeutung an bzw. konzeptualisierten diese die Probleme ihrer Kinder anders als europäische Eltern. Im Gegenteil zeigen die hier präsentierten Ergebnisse deutlich, dass die in europäischen Ländern auftretenden Probleme mit der Faktorenstruktur denen in den USA sehr ähnlich sind.

⁹⁷ Die klarere Faktorenstruktur des Elternberichts wurde bislang nur aus zwei Ländern berichtet (NL:78, UK:85), so dass diese Beobachtung in mehreren europäischen Ländern ein interessantes Nebenergebnis der vorliegenden Arbeit darstellt. Da die Unterschiede in den Faktorenladungen der Selbst- und Elternversion anzeigen, dass für diese Beurteiler die Items in verschiedenen Zusammenhängen mit dem fraglichen Konstrukt stehen (86), wären nähere – und ggf. auch qualitative – Untersuchungen dieses Phänomens in Zukunft von Interesse.

unterschiedliche Bedeutungen der Items bei den Geschlechtern beobachtbar. So bestätigen die hier präsentierten Daten bspw. Berichte aus Schweden (84) und Frankreich (56), dass das Item „*klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit*“ nur bei Mädchen dem emotionalen Faktor zugeordnet werden kann, während es bei Jungen eher mit Verhaltensproblemen assoziiert ist (Elternbericht: ES, Selbstbericht: CH, FR, HU, NL).

Obwohl die hier präsentierten Ergebnisse bereits vorliegende Erkenntnisse zum Optimierungspotential des SDQs klar unterstützen, erscheint eine Revision des Instruments unrealistisch, da sie mit einem Verlust umfangreicher Referenzdaten sowie Neuübersetzungen von 73 offiziell verfügbaren Sprachversionen (Stand 16.7.2011) einherginge. Perspektivisch erscheint es jedoch wünschenswert und unumgänglich, im Rahmen eines interkulturellen Projekts eine Neuentwicklung eines Verfahrens vorzunehmen, das – basierend auf umfangreichen theoretischen Überlegungen zur interkulturellen Validität des Konstrukts psychischer Auffälligkeiten sowie auf Grundlage umfangreicher psychometrischer Testungen – psychische Auffälligkeiten in vergleichbarer Kürze erfassen kann.

6.1.3 Validität: Kulturunterschiede hinsichtlich der Beziehung zwischen Symptomen und Belastung

Grundsätzlich unterstützen die hier berichteten Ergebnisse hinsichtlich der Beziehung zwischen Symptomen und Belastung die Validität des SDQs als Messinstrument, da sich die durch diesen Fragebogen abgefragten Symptomgruppen – bzw. Werte oberhalb der verwendeten Cut-off-Scores – mit sehr wenigen Ausnahmen in allen Ländern als relevant für das Vorliegen einer erlebten Belastung erweisen. Dies deutet darauf hin, dass die im SDQ erfassten Symptome im Allgemeinen eine sinnvolle Auswahl von Indikatoren psychischer Auffälligkeiten darstellen (40). Zwei vereinzelte Ausnahmen von dieser Regel betreffen den Umstand, dass ein selbstberichteter hoher Score in der Verhaltensprobleme-Skala nicht unbedingt einen von den Jugendlichen selber wahrgenommenen Leidensdruck oder Schwierigkeiten verursacht (AT, CZ). Dies ist inhaltlich jedoch nicht abwegig, da derlei externalisierende Probleme primär das Umfeld schädigen und dem Jugendlichen selbst eher indirekt Schaden zufügen. Auch in den anderen Ländern weisen die selbstberichteten Verhaltensprobleme zwar signifikante, jedoch vergleichsweise geringe Assoziationen mit einer wahrgenommenen Belastung auf. Vergleichbar schwache Zusammenhänge mit einer einhergehenden Belastung sind auch für die selbstberichtete Hyperaktivitäts-Symptomatik beobachtbar.

Diese in Hinblick auf die Validität eines Messinstruments problematischen nicht signifikanten bzw. auch sehr schwachen Assoziationen kommen in der hier verwendeten Auswertungsstrategie erfreulicherweise kaum zum Tragen. Vielmehr unterstützen die offenbar geringe Relevanz der selbstberichteten Verhaltensskala sowie die insgesamt in den selbstberichteten Daten beobachteten geringeren Assoziationen die durch den SDQ-Algorithmus verfolgte Strategie, immer auch – bzw. im Falle der Hyperaktivität sogar vorrangig – das Elternurteil heranzuziehen.

Obwohl die Ergebnisse grundsätzlich die Validität des SDQ-Algorithmus unterstützen, lassen die beobachteten signifikant abweichenden Assoziationen zwischen Symptomatik und Belastung in den verschiedenen Ländern aber auch in Hinblick auf das Instrument kritische Interpretationen zu. Die teilweise deutlichen Unterschiede weisen darauf hin, dass einem im Algorithmus als zumindest grenzwertig bewerteten Symptomscore nicht in allen Ländern die gleiche Bedeutung zugeschrieben werden kann, wenn die Wahrscheinlichkeit einer einhergehenden Belastung so unterschiedlich ist. Am stärksten zeigte sich ein solcher Länderunterschied in Bezug auf die elternberichteten Verhaltensprobleme. Die Chance, dass für einen Jugendlichen mit einem durch den SDQ-Algorithmus als zumindest grenzwertig betrachteten Symptomscore auch eine einhergehende Beeinträchtigung berichtet wird, ist in Polen – gegenüber einem Jugendlichen ohne Verhaltensprobleme – nur um das Dreifache erhöht, während sie für einen Jugendlichen mit zumindest grenzwertiger Symptomatik in Großbritannien um das 19-fache erhöht ist.

Derlei deutliche Unterschiede können jedoch verschiedenen Sachverhalten Rechnung tragen. Zunächst muss das hier gegebene methodische Problem berücksichtigt werden, dass wegen der in einigen Ländern sehr geringen Fallzahlen ProbandInnen mit nach dem SDQ „grenzwertiger“ und „auffälliger“ Symptombelastung für die Analyse zusammengefasst wurden.⁹⁸ Somit kann angesichts der präsentierten Ergebnisse argumentiert werden, dass in den Ländern mit höheren Odds Ratios auch eine schwerere Symptombelastung vorliegen könnte – d.h. ein relativ höherer Anteil „auffälliger“ gegenüber den „grenzwertigen“ Symptombelastungen⁹⁹ – und somit die Chance einer bestehenden Belastung erhöht. Eine Überprüfung der Anteile der hinsichtlich der berichteten Symptomatik im engeren Sinne „auffälligen“ Jugendlichen im Verhältnis zu denen mit „nur grenzwertigen“ Scores zeigt jedoch, dass derlei Unterschiede im Schweregrad der Symptomatik die verschieden starken Assoziationen nicht erklären können.

⁹⁸ Vor allem im Selbsturteil gab es in einigen Subskalen und Ländern so wenige Fälle mit im engeren Sinne „auffälliger“ Symptomatik (bspw. in CH, ES, FR $n < 15$), dass keine Assoziation auf dieser Basis berechenbar war.

⁹⁹ Dieses Problem stellt sich jedoch grundsätzlich bei jeder Dichotomisierung, wenn die unter- und oberhalb des Grenzwerts zusammengefassten Fälle in den Ländern im Mittel verschieden hohe Symptombelastungen zeigen.

So weisen bspw. für das zusammenfassende Maß des Selbstberichts Schweden (stärkste Assoziation zwischen Symptomen und Beeinträchtigung) und Tschechien (schwächste Assoziation zwischen Symptomen und Beeinträchtigung) einen nahezu gleich großen Anteil „auffälliger“ und „grenzwertiger“ Fälle auf. In Hinblick auf das zusammenfassende Maß im Elternbericht ist zwar in Großbritannien (stärkste Assoziation zwischen Symptomen und Beeinträchtigung) tatsächlich der Anteil „auffälliger“ unter den Symptombelasteten recht groß, er ist jedoch in Ungarn (mit einer signifikant schwächeren Assoziation) etwa ähnlich hoch. Ähnliches lässt sich für die signifikanten Subskalenunterschiede zeigen. Somit kann ausgeschlossen werden, dass es sich bei den unterschiedlichen Assoziationen zwischen vorliegender Symptomatik und Beeinträchtigung um durch die Dichotomisierungen der Variablen bedingte methodische Artefakte handelt.

Eine andere mögliche Ursache der Variation wurde oben bereits angedeutet. So können die verschiedenen Beziehungen ausdrücken, dass die Antwortoptionen der Items bzw. die Skalenscores *keine skalare Äquivalenz* im Sinne von Hui & Triandis (1985, 50) aufweisen, also ein numerischer Wert nicht unabhängig von der Population das gleiche Ausmaß der Symptomatik beschreibt. Derlei Abweichungen können bspw. entstehen, wenn keine perfekte semantische Äquivalenz in der Übersetzung der Items sowie der Antwortoptionen gegeben¹⁰⁰ oder die Bereitschaft, (spezifische) Symptome zu berichten, in Populationen unterschiedlich stark ausgeprägt ist. Auch kulturspezifische Bedeutungsunterschiede einer Symptomatik und damit der Schwellenwert, ab dem sie als abweichend betrachtet wird, können sich nicht nur bei den Angaben zur Beeinträchtigung sondern bereits in der Beschreibung der Symptomatik per se auswirken. Beispielhaft hierfür ist die Überlegung, dass Eltern, die bei „zappelig“ in Japan „trifft etwas zu“ ankreuzen, dies vor dem Hintergrund einer anderen sozialen Norm tun als amerikanische Eltern. Sollte – um beim obigen Beispiel zu bleiben – dementsprechend ein hoher Verhaltensscore in Polen gar nicht das gleiche Ausmaß von Verhaltensproblemen beschreiben wie ein hoher Verhaltensscore in Großbritannien, wäre es nur folgerichtig, dass sich – auch bei einer interkulturell konstanten Beziehung zwischen Symptomatik und Belastung – die einhergehende Beeinträchtigung unterscheidet. Dies wäre nur dann nicht der Fall, wenn die skalare Äquivalenz der Angaben zur Beeinträchtigung und die der Angaben zur Symptomatik auf genau die gleiche Weise beeinträchtigt wären.

¹⁰⁰ Ein Beispiel hierfür beschreiben Shojaei et al. (2009,89), die in Bezug auf ein spezifisches SDQ-Symptom-Item das seltenere Angeben von „trifft nicht zu“ und das häufigere Angeben von „trifft teilweise zu“ in Frankreich im Vergleich mit Großbritannien auf die Übersetzung zurückführen: Das Item impliziert im Französischen eine schwächere Problematik als im Englischen.

Neben der messtheoretisch wünschenswertesten Möglichkeit (A), dass sowohl Symptome als auch Beeinträchtigung länderübergreifend mit skalarer Äquivalenz erfasst werden und die Assoziationen kulturspezifisch verschiedene Belastungen bei gleicher Symptomatik ausdrücken, sind demnach verschiedene Szenarien denkbar, in denen die ermittelten Assoziationen schlecht miteinander vergleichbar wären. So könnte – wie in obigem Beispiel zunächst impliziert – (B) eine nicht skalar äquivalente Symptommessung einerseits aber eine skalar äquivalente Beeinträchtigungsmessung andererseits vorliegen. Zudem besteht theoretisch auch die Möglichkeit (C), dass die Symptommessung skalare Äquivalenz aufweist, die Beeinträchtigungsmessung jedoch nicht, so dass die unterschiedlichen Assoziationen zumindest teilweise darauf zurückgeführt werden müssten, dass dem gleichen Ausmaß an Beeinträchtigung in verschiedenen Ländern nicht der gleiche numerische Wert zugewiesen wird. Und gemäß einer letzten Möglichkeit (D) könnten beide Messungen keine skalare Äquivalenz aufweisen.¹⁰¹

In dieser Untersuchung kann nicht geklärt werden, welches der Szenarien den beobachteten Werten zugrunde liegt, so dass letztlich nur Spekulationen darüber möglich sind. Es erscheint jedoch wahrscheinlich, dass sowohl für die Messung der Symptomatik als auch für die Messung der Beeinträchtigung zumindest keine perfekte skalare Äquivalenz aller Übersetzungen vorliegt. Inwiefern diese anzunehmenden Abweichungen auf die hier vorgenommene Identifizierung psychisch auffälliger Jugendlicher Einfluss nehmen, kann auf Basis der analysierten Datengrundlage nicht abgeschätzt werden. Fehlerquellen wie Übersetzungsmängel oder die möglicherweise kulturspezifisch variierende Bereitschaft, bestimmte Angaben zu machen, könnten zur Folge haben, dass als gleichermaßen problematisch wahrgenommenes Verhalten in verschiedenen Ländern mit unterschiedlicher Wahrscheinlichkeit berichtet wird und so zu verzerrten Schätzungen führen.

Andererseits weisen gerade die Schwierigkeiten dabei, für ein „objektiv“ gleiches Verhalten kulturübergreifend den gleichen Messwert zu erzielen (d.h. einer im Ländervergleich skalaren Symptomerfassung) auf die Wichtigkeit der Erfassung einer Beeinträchtigung als Voraussetzung der Feststellung einer psychischen Auffälligkeit hin. Denn unabhängig davon, ob die Beeinträchtigungsmessung skalare Äquivalenz aufweist, stellt sie als Korrektiv für jede der untersuchten Populationen sicher, dass erhöhte Symptomwerte nur dann ein grenzwertiges oder auffälliges Gesamtergebnis zur Folge haben, wenn das Verhalten auch als „problematisch“ wahrgenommen wird. Diese Bewertung ist aber letztlich nicht vom soziokulturellen Kontext lösbar, so dass bei

¹⁰¹ Unterschiedliche soziale Normen wirken sich in den einzelnen Ländern auf die Messung sowohl der Symptomatik als auch der Belastung zwar vermutlich tendenziell ähnlich aus (japanische Eltern, die eher angeben, dass ihr Kind zappelig ist, werden vermutlich auch eher angeben, dass dies mit einem Leidensdruck verbunden ist, so dass der Einfluss auf die Assoziation zwischen beiden Maßen gering ist), dies ist bei Übersetzungsfehlern oder bei einer kulturspezifisch variierenden Bereitschaft zum Berichten von Symptomatik oder Belastung jedoch nicht anzunehmen.

dem hier verfolgten Ansatz der Messung eine Kulturabhängigkeit der Ergebnisse unvermeidbar ist. Diese kann dazu führen, dass ein Jugendlicher mit evtl. identischer Symptomatik in einem Land als auffällig gilt und in einem anderen nicht – je nachdem wie das Verhalten angesichts der jeweiligen sozialen Normen eingestuft wird. In Abhängigkeit vom kulturellen Kontext unterschiedliche Assoziationen zwischen Symptomatik und Beeinträchtigung sind demnach erwartbar und der Definition psychischer Auffälligkeiten inhärent. Es gilt somit, die Subjektivität – und damit Kulturabhängigkeit – hinsichtlich der Bewertung der Beeinträchtigung bei der Interpretation von Prävalenzzahlen verschiedener Länder immer zu bedenken.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die unterschiedlichen Assoziationen zwischen Symptomatik und Belastung in verschiedenen Ländern zwar teilweise – letztlich hier nicht quantifizierbaren – Fehlerquellen geschuldet sein können (mangelnde skalare Äquivalenz durch Übersetzung oder variierende Bereitschaft, Probleme zu berichten), andererseits aber auch wegen der kulturell abweichenden Bedeutsamkeit von Symptomen erwartbar und plausibel sind. Der Umstand, dass Jugendliche mit möglicherweise vergleichbarer Symptomatik (und Belastung) in den einzelnen Ländern verschiedene Chancen aufweisen, der mit Hilfe des Algorithmus identifizierten Gruppe der „psychisch Auffälligen“ zugeordnet zu werden, erscheint für die Schätzung länderübergreifend vergleichbarer Prävalenzzahlen zweifelsohne problematisch. Die Entwicklung eines Messinstruments, das Symptome mit kulturübergreifend gleicher Bedeutsamkeit erfasst, ist jedoch nicht realistisch. Ein solches Instrument könnte diesen Anspruch zudem auch nur begrenzte Zeit erfüllen, da die sozialen Normen, die die mit einem Symptom assoziierte Belastung maßgeblich bestimmen, einem ständigen Wandel unterliegen.

Die in den hier untersuchten Ländern teilweise stark voneinander abweichenden Bedeutungen einer Symptomatik im Sinne einer Belastung unterstützen so gesehen die Strategie, das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten auf Grundlagen von Symptomen und Belastung zu definieren, so dass ausschließlich – wenn auch kulturspezifisch – belastende Abweichungen im Verhalten und Erleben als Indikatoren psychischer Auffälligkeiten gewertet werden.¹⁰² In diesem Sinne weist die Erfassung psychischer Auffälligkeiten dann wiederum Vergleichbarkeit auf. Ein Urteil, inwiefern der SDQ interkulturelle Konstruktvalidität aufweist, muss demnach hier auf die bestätigende Feststellung beschränkt bleiben, dass alle erfassten Symptomkomplexe in allen Population grundsätzlich im Sinne einhergehender Belastungen bedeutsam sind. Offen bleibt hierbei jedoch, inwiefern durch das Nicht-Erfragen möglicherweise kulturspezifisch bedeutsamer Symptome auch Einschränkungen der interkulturellen Konstruktvalidität bestehen könnten.

¹⁰² (auch wenn das *Ausmaß* der Beeinträchtigung evtl. durch mangelnde skalare Äquivalenz variieren dürfte)

Zusammenfassung – Kulturunterschiede in der Psychometrie des Messinstruments

Die Ergebnisse zu den insgesamt **geringen Häufigkeiten fehlender Angaben** im SDQ sowie der Umstand, dass keine spezifischen kulturell inadäquaten Items identifiziert werden konnten, weisen auf die interkulturell gegebene Verwendbarkeit des SDQs als Erfassungsinstruments hin.

Die in den hier vorgenommenen Analysen ermittelten **internen Konsistenzen** korrespondieren in Bezug auf ihren Range sowie hinsichtlich der einzelnen länderspezifischen Werte nahezu perfekt mit dem internationalen Forschungsstand. Dies gilt auch für die Subskalen-Ergebnisse, die bereits zuvor berichtete Schwierigkeiten – u.a. mit spezifischen Items – reflektieren. Die sich in den Cronbach's α Werten abzeichnenden realen Länderunterschiede können hinsichtlich der nachfolgenden Analysen als zweitrangig betrachtet werden, da keine Auswertungen spezifischer Subskalen erfolgen, und der übergreifende GPW überall das erforderliche Mindestniveau einhält. Darüber hinaus treten die beobachteten Probleme kulturübergreifend in vergleichbarer Weise auf. Nichtsdestotrotz sollten zukünftig angesichts des auf drei Subskalen beruhenden SDQ-Algorithmus zusätzliche Belege der interkulturellen Gültigkeit seiner diagnostischen Qualität erbracht werden.

Die **Faktorenanalysen** bestätigen das SDQ-Modell nur in Teilen und weisen auf Probleme der Konstruktvalidität insbesondere hinsichtlich der Verhaltens- und Peer-Probleme-Skalen hin. Zusätzlich ergibt sich für die Hyperaktivitätsskala eine Problematik aus der Mehrdimensionalität des zu erfassenden Konstrukts. Für alle Subskalen und insbesondere die prosoziale Skala erweist sich zudem die Neigung positiv formulierter Items, auf einem allgemeinen „Positivfaktor“ zu laden, als problematisch. Die hier aufgezeigten nicht modellkonformen Zuordnungen von Items und die teilweise schlechte faktorielle Abgrenzbarkeit bestätigen viele in der wissenschaftlichen Literatur beschriebene Probleme, für die u.a. hohe Komorbiditäten sowie konzeptuelle Überlappungen als Gründe diskutiert werden. Die SDQ-Subskalenstruktur impliziert demnach eine letztlich nicht einlösbare Differenzierungsfähigkeit des Instruments. Gleichzeitig bilden die dokumentierten Abweichungen von der im SDQ-Modell vorgesehenen Faktorenstruktur jedoch auch *kein Argument gegen eine interkulturelle Vergleichbarkeit der erhobenen Daten*, da die festgestellten Probleme kulturunabhängig in allen Ländern sehr gleichförmig auftreten und sich lediglich in ihrer Ausprägung unterscheiden. Auch wenn die hier aufgewiesenen Probleme die Forderung nach einer verstärkten Berücksichtigung des Elternurteils und damit die in einigen der einbezogenen Länder eingeschränkte Datenqualität verdeutlichen, berühren die faktoriellen Probleme nicht die hier primär relevante Aussagekraft hinsichtlich allgemeiner psychischer Auffälligkeiten. Perspektivisch wäre allerdings dennoch eine interkulturelle Neuentwicklung eines vergleichbar kurzen, jedoch psychometrisch hochwertigeren Instruments wünschenswert.

Die Ergebnisse lassen weiterhin **interkulturell eine durchgehende Relevanz der erfragten Symptomgruppen für einhergehende Beeinträchtigungen** erkennen. Auch hier verweisen die im Selbstbericht grundsätzlich niedrigeren Assoziationen wieder auf die besondere Bedeutung des Elternurteils. Die teilweise deutlichen Unterschiede zwischen den Assoziationen sind leider nicht eindeutig interpretierbar, da sie einerseits tatsächlich verschiedene Bedeutsamkeiten der erfragten Symptomatiken reflektieren, andererseits aber auch aus einer fehlenden skalaren Äquivalenz des Instruments resultieren können. Letztlich verweisen die Ergebnisse auch auf die grundsätzliche Unmöglichkeit, nur Symptome mit kulturübergreifend einheitlicher Belastung zu erfragen, und damit auf die zwangsläufig in die Erfassung psychischer Auffälligkeiten einfließende Kontextabhängigkeit der Bewertung dieser Phänomene.

6.2 Raten psychischer Auffälligkeiten in verschiedenen Populationen: Schlussfolgerungen hinsichtlich Zielgruppen für Präventionsmaßnahmen

„If an assessment procedure yields significantly different results for representative samples from different cultures, this opens the door to research on the possible reasons for the difference”
(Verhulst & Achenbach 1995, 43, S.65)

6.2.1 Kulturunterschiede und Konsequenzen für europäische Public Health-Strategien

Die hier für zwölf Länder ermittelten Auftretenshäufigkeiten psychischer Auffälligkeiten bei Jugendlichen variieren beträchtlich, bestätigen jedoch das allgemein in der Wissenschaft und von nationalen wie internationalen Organisationen angenommene hohe Niveau dieser Raten. So gelten auf Grundlage einer weiten Definition psychischer Auffälligkeiten 21.3% aller befragten europäischen Jugendlichen als psychisch auffällig, bei Verwendung einer konservativen Definition sind 7.0% von psychischen Auffälligkeiten betroffen. Damit bewegen sich die hier gefundenen Ergebnisse etwa in dem von der Weltgesundheitsorganisation geschätzten Rahmen zwischen 10 und 20% (3,6). Bevor nun ausführlicher betrachtet wird, wie sich die Ergebnisse in den Forschungsstand einfügen und welche methodischen Limitationen angesichts dieser Raten zu berücksichtigen sind, soll zunächst thematisiert werden, wie die hier ermittelten Ergebnisse in einer **Public Health-Perspektive** zu bewerten sind.

Hinsichtlich präventiver Bemühungen sind insbesondere die weit definierten Raten psychischer Auffälligkeiten von Interesse. Die Größe der auf Basis einer liberalen Dichotomisierung bestimmten Risikogruppe bewegt sich zwischen 13% bzw. 14% in Schweden und der Schweiz und 33% bzw. 34% in Griechenland und Tschechien und weist somit auf eine allgemein hohe – wenn auch recht unterschiedliche – Belastung von Jugendlichen durch psychische Auffälligkeiten in den zwölf untersuchten Ländern hin. Diese Jugendlichen haben zwar mehrheitlich keine Störung im klinischen Sinne: die vorliegenden Erkenntnisse (106; siehe 4.2.1.2) lassen darauf schließen, dass weniger als ein Viertel von ihnen tatsächlich die Kriterien einer spezifischen Diagnose nach ICD-10 erfüllt.¹⁰³ Sie sind aber eben deshalb für primärpräventive Maßnahmen größtenteils noch ansprechbar. Darüber hinaus verdienen diese Jugendlichen als Risikogruppe besondere Beachtung, da sie aufgrund ihrer bereits bestehenden und belastenden Erlebens- und Verhaltensprobleme Gefahr laufen, eine negative Entwicklung zu nehmen.¹⁰⁴

¹⁰³ Für das DSM-IV gilt dies vergleichbar, da die Unterscheidungen nur auf Ebene spezifischer Diagnosen und hier insbesondere bzgl. hyperaktiver Störungen relevant sind (106).

¹⁰⁴ Ein mindestens grenzwertiges Algorithmus-Ergebnis setzt in der Regel neben einer Beeinträchtigung eine Symptombelastung bzgl. Hyperaktivität, Verhalten oder Emotionen voraus, die bezogen auf verschiedene internationale Normpopulationen (84,88,89,94,95) etwa der 80. bis 90. Perzentile entspricht.

Die beobachteten teilweise sehr hohen Raten weit definierter psychischer Auffälligkeiten verdeutlichen demnach die Dringlichkeit primärpräventiver Maßnahmen. Die festgestellten Länderunterschiede weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass im Rahmen einer europäischen Präventionsstrategie länderspezifische Schwerpunktsetzungen für verschiedene Maßnahmen durchaus zu diskutieren sind. So zeigt die hohe Belastung Jugendlicher durch psychische Auffälligkeiten in Tschechien und Griechenland einen stärkeren Handlungsbedarf an als die teilweise lediglich halb so ausgeprägte Belastung in nord- und westeuropäischen Ländern – auch wenn es dabei die unten noch näher ausgeführten methodischen Limitationen zu berücksichtigen gilt.

Darüber hinaus werfen die ermittelten hohen Raten auch die Frage auf, inwiefern durch die Einführung routinemäßiger Screenings Jugendliche mit ernstzunehmenden psychischen Problemen frühzeitig erkannt und durch geeignete Interventionen hohe individuelle und gesellschaftliche Folgekosten (nicht nur monetärer Natur) vermieden werden könnten. Auch wenn die hier angesprochenen nach weiter Definition psychisch auffälligen Jugendlichen nicht notwendigerweise eine therapeutische Behandlung benötigen, wäre eine genauere Abklärung der vorliegenden Probleme bei ihnen doch sinnvoll und wünschenswert. Wie die aus der Literatur ableitbare Sensitivität von 87% sowie der NPW von 98% anzeigen (106; siehe 4.2.1.2), umfasst diese Gruppe nämlich auch den Großteil der Jugendlichen mit einer tatsächlich diagnostizierbaren Störung.^{105,106} Die hier gegebene Kombination aus hohen Raten und einem eher geringen positiven prädiktiven Wert der weit definierten psychischen Auffälligkeiten lässt ein Routine-Screening auf dieser Basis jedoch unrealistisch erscheinen. Bereits eine klinische Abklärung aller als möglicherweise auffällig identifizierten Jugendlichen durch Fachkräfte würde die europäischen Gesundheitssysteme wohl überfordern, wenn bspw. in Tschechien und Griechenland jedeR dritte bzw. in den meisten anderen Ländern jedeR fünfte Jugendliche eine umfassende Diagnostik in Anspruch nähme. Spätestens für die erforderlichen Interventionsmaßnahmen verblieben bei einem solchen Vorgehen wohl nicht mehr die notwendigen Mittel.

Eine praxistauglichere Alternative zu einem solchen sehr ressourcenintensiven Vorgehen könnte ein routinemäßiges Screening sein, in dessen Folge nur den Jugendlichen, die nach der strengen Definition psychische Auffälligkeiten aufweisen, eine genauere diagnostische

¹⁰⁵ Fälschlicherweise als unauffällig klassifiziert werden besonders Jugendliche mit eng umrissenen Symptomkomplexen (wie spezifischen Phobien, Trennungsangst, Ess- und Panikstörungen) (106).

¹⁰⁶ In Hinblick auf die hier vorgenommene Untersuchung muss diesbezüglich allerdings aufgrund des fehlenden LehrerInnenurteils und der damit einhergehenden Unterschätzung externalisierender Störungen (17) eine etwas geringere Sensitivität angenommen werden.

Abklärung und ggf. Intervention angeboten würde. Bei einem solchen Verfahren würde nach derzeitigen Erkenntnissen zwar in Kauf genommen, dass etwa 4% der „unauffälligen“ Jugendlichen falsch negativ beurteilt, also störungswertige Auffälligkeiten nicht erkannt würden, der Mehrheit der Betroffenen könnten auf diese Weise jedoch Hilfestellungen angeboten werden.¹⁰⁷ Insbesondere in Ländern wie der Schweiz oder Schweden, die niedrige Auffälligkeitsraten sowie größere ökonomische Spielräume aufweisen, könnte ein solches Vorgehen eine angemessene Public Health-Strategie sein.

Für Länder wie Tschechien oder Griechenland, die sowohl durch höhere Raten psychischer Auffälligkeiten als auch durch beschränktere Ressourcen gekennzeichnet sind, erscheinen Public Health-Strategien, die ein Identifizieren der individuell diagnostizierbaren Fälle voraussetzen, jedoch eher ungeeignet. Nicht zuletzt wegen des relativ hohen Anteils Jugendlicher mit grenzwertigen Algorithmus-Outcomes¹⁰⁸ in diesen Ländern und der mangelnden Spezifität des Screeninginstruments, ist anzunehmen, dass hier universale Präventionsmaßnahmen oder auch auf weiter definierte Risikogruppen gerichtete selektive Präventionsmaßnahmen zielführender sind. Im Rahmen solcher Strategien fiele auch der mit der weiten Definition einhergehende Nachteil einer geringeren Spezifität (76%) und somit mehr „Falsch-Positiver“ nicht ins Gewicht: Im Gegenteil erwiese sich das Identifizieren einer weiter definierten Risikogruppe aller Jugendlichen mit (leichteren) psychischen Auffälligkeiten und Leidensdruck als äußerst praxisrelevant, da bei Maßnahmen dieser Art nicht die eindeutig behandlungsbedürftigen Jugendlichen im Fokus stünden, sondern vielmehr solche, die von primär- wie sekundärpräventiven Maßnahmen profitieren können.¹⁰⁹

Während in Hinblick auf die Planung primär- und sekundärpräventiver Maßnahmen die bislang angesprochenen liberal und konservativ definierten Raten psychischer Auffälligkeiten besonders relevant sind, sind in epidemiologischer Hinsicht und als Grundlage für Versorgungsplanungen auch die in dieser Arbeit berichteten und mit Hilfe einer Korrekturformel auf Grundlage der zum SDQ publizierten Gütekriterien (106) geschätzten Häufigkeiten klinisch relevanter psychischer Störungen von großem Interesse. Die Rate von 7.4% im

¹⁰⁷ Dies kann aus dem NPW von 96% sowie der Sensitivität von 63% abgeleitet werden. Auch hier muss aber bedacht werden, dass die Ergebnisse nur auf zwei UrteilerInnen beruhen.

¹⁰⁸ (die also eher als Risikogruppe denn als tatsächlich Behandlungsbedürftige anzusehen sind)

¹⁰⁹ Der kaum eindeutig abgrenzbare Begriff „sekundärpräventiv“ wird in der Folge zum Bezeichnen von Maßnahmen verwendet, die bei Jugendlichen mit bereits feststellbaren Symptomaten die weitere Entwicklung positiv beeinflussen können. Diese Verwendung des Begriffs erscheint gerechtfertigt, da die Entwicklung eines vollen Störungsbildes in einer Risikogruppe vermieden werden soll (14,30), schließt hier jedoch auch das tertiärpräventive Anliegen ein, eine Verfestigung und einhergehende Schäden der – ebenfalls in der umschriebenen Gruppe bestehenden – klinisch relevanten Störungen zu verhindern bzw. weitmöglichst zu reduzieren.

europäischen Gesamtsample zeigt an, dass jedeR 13. bis 14. Jugendliche in den untersuchten europäischen Ländern behandlungsbedürftig ist. In der Schweiz handelt es sich „lediglich“ um jedeN 17. JugendlicheN, in Frankreich und Griechenland sogar um jedeN ElfteN. Diese Zahlen dürften deutlich über der real durch diese Altersgruppe in Anspruch genommenen Versorgung liegen.¹¹⁰ Bevor man aber den hier geschätzten Versorgungsbedarf aufgrund seiner scheinbar unmöglichen Finanzierbarkeit ignoriert, sollte man sich jedoch vor Augen führen, dass die durch eine solche politische Ignoranz beförderte Unterversorgung ebenfalls erhebliche volkswirtschaftliche Kosten verursacht, die – die Verfügbarkeit einer effektiven Behandlung vorausgesetzt – die Therapiekosten deutlich übersteigen könnten (311,312,313,314).¹¹¹

Der Range der länderspezifischen Auftretenshäufigkeiten dieser diagnostizierbaren und behandlungsbedürftigen Störungen ist mit Raten zwischen 5.9% (CH) und 9.0% (EL, FR) gegenüber den Raten von Jugendlichen mit liberal bzw. konservativ definierten psychischen Auffälligkeiten leicht reduziert und lässt nur noch zwischen Schweden und der Schweiz am unteren Ende und Griechenland am oberen Ende auf signifikante Unterschiede schließen. Für die geringere Variation dieser Raten lassen sich einerseits in Hinblick auf die verwendete Korrekturformel methodische Gründe anführen, andererseits steht sie jedoch auch im Einklang mit der Auffassung, dass es einen „harten Kern“ an Störungen gibt, die stärker durch genetische Dispositionen bedingt und weniger durch äußere Rahmenbedingungen beeinflussbar sind (29). Gegen eine solche Interpretation spricht jedoch der Umstand, dass sowohl die liberal als auch die konservativ definierten Auffälligkeiten einen gleich großen Range (Faktor 2.6) aufweisen.

Die hier berichteten Raten psychischer Auffälligkeiten unter Jugendlichen füllen eine Lücke im aktuellen **Forschungsstand**, der nur wenige und auch kaum vergleichbare Informationen hinsichtlich europäischer Länder bereit hält (siehe 2.3.1). Eine Beurteilung, wie gut die für einzelne Länder ermittelten Raten mit den länderspezifischen Raten anderer Studien korrespondieren, ist dementsprechend lediglich sehr eingeschränkt möglich. Nur für wenige der hier einbezogenen Länder konnten Untersuchungen für Jugendliche in der gleichen Altersspanne

¹¹⁰ Belastbare Zahlen sind hier jedoch – trotz Anschreibens diverser Berufsverbände und Kostenträger – kaum verfügbar. Gemäß einer pers. Mitteilung der Bundespsychotherapeutenkammer wurden 2008 in Deutschland 120000 unter 20-Jährige stationär behandelt – gemessen an der Anzahl 1- bis 18-Jähriger in 2008 (14.7 Millionen; gemäß <http://de.statista.com/themen/29/kinder/>, Zugriff am 25.6.2011) also weniger als 0.01%. Zahlen zum ambulanten Sektor sind jedoch nicht verfügbar. Für die USA wird die Punktprävalenz behandelter Kinder mit unter 5% angegeben (30). Nimmt man für Heranwachsende eine vergleichbare Behandlungsquote wie für psychisch kranke Erwachsene in Ländern mit entwickelten Gesundheitssystemen an, läge diese nach Angaben der WHO zwischen 44% und 70% (310).

¹¹¹ Auch wenn diese Aussage intuitiv plausibel erscheint (bspw. angesichts einer ggf. höheren Inanspruchnahme somatischer Versorgung, Substanzmissbrauch im Zuge fehlgelaufener Selbstbewältigung, Ausbildungsprobleme, Delinquenz o.ä.), muss jedoch angemerkt werden, dass kaum qualitativ akzeptable und zudem widersprüchliche gesundheitsökonomische Studien zu dieser Fragestellung vorliegen.

identifiziert werden. So sind für Deutschland, die Niederlande und die Schweiz andere Studien verfügbar, die Heranwachsende im Alter von bis zu 17 oder 18 Jahren einbeziehen und einen 6-Monats-Zeitraum betrachten. Ein Vergleich der dort ermittelten Häufigkeiten psychischer Auffälligkeiten mit den in dieser Untersuchung gefundenen Raten zeigt bei genauerer Betrachtung, dass zumeist vergleichbare Größenordnungen berichtet werden. So wurden für ein repräsentatives Sample von 7- bis 17-Jährigen in Deutschland mit Hilfe des SDQ-Algorithmus Häufigkeiten von 21.9% bzw. 10.0% weit bzw. eng definierter psychischer Auffälligkeiten ermittelt (hier 20.9% bzw. 7.3%) (164).¹¹² In der Schweiz weicht die berichtete Gesamtprävalenz von DSM-III-R Diagnosen mit 22.5% (131) zwar deutlich von den hier ermittelten Zahlen 14.4% bzw. 3.9% betroffener Jugendlicher ab, berücksichtigt man aber, dass die 10- bis 13- sowie die 14- bis 17-Jährigen niedrigere Prävalenzen (25.4% bzw. 12.8%) aufweisen, scheinen die Ergebnisse nicht mehr ganz so weit voneinander entfernt. Berücksichtigt man weiterhin, dass in der Schweizer Untersuchung vor allem die durch den SDQ nur schlecht erkannten Angststörungen und hier besonders die spezifischen Phobien (5.8%) sowie die Tic-Störungen (6.0%) die Gesamtprävalenz erhöhen, reduziert sich die Diskrepanz der Ergebnisse noch einmal. Auch für die Niederlande lassen sich die zuvor berichteten (130) und hier gefundenen Raten nur sehr eingeschränkt vergleichen. Die beobachteten Häufigkeiten von 17.2% weit definierten und 7.3% konservativ definierten Auffälligkeiten bilden offensichtlich positivere Schätzungen als die zuvor publizierten 22% (130). Jedoch merken auch Verhulst et al. (1997;130) an, dass das Kriterium einhergehender Beeinträchtigungen bei den von ihnen als auffällig identifizierten Jugendlichen oftmals nicht gegeben war. Ihre zusätzliche konservativere Schätzung von 7.9% bei Berücksichtigung strengerer Kriterien korrespondiert sehr gut mit der hier ermittelten Rate.

Die in dieser Arbeit vorgenommenen Auswertungen bieten gegenüber bislang vorliegenden Forschungsergebnissen insbesondere den Vorteil einer besseren Vergleichbarkeit der länderspezifischen Prävalenzen miteinander, die auch eine relative Beurteilung der gesundheitlichen Situation in einzelnen Ländern ermöglicht. Die in dieser Auswertung beobachteten Länderunterschiede korrespondieren dabei teilweise mit denen anderer internationaler Vergleiche, in denen ebenfalls eine auffällig niedrige Gesamtbelastung durch psychische Auffälligkeiten in Schweden (140) sowie eher geringe Werte in den Niederlanden (43,139,140) und eine höhere Belastung in Griechenland gezeigt werden (43,140). In einem dieser Ländervergleiche wies

¹¹² Zwar wird in **Tabelle 2** für ein repräsentatives deutsches Sample eine Gesamtprävalenz von 14.5% berichtet, die Angabe dieser Publikation beruht jedoch auf einer anderen Auswertungsstrategie als die der hier zitierten, in der auch der SDQ-Algorithmus verwendet wurde. Letztere Publikation wurde in die Übersicht in **Tabelle 2** aber nicht aufgenommen, da sie ausschließlich auf Deutsch vorliegt.

Deutschland allerdings eine recht geringe Belastung auf, das in den hier präsentierten Ergebnissen eher im Mittelfeld liegt (140). Die in einer anderen Untersuchung berichteten ähnlichen Auftretenshäufigkeiten psychischer Auffälligkeiten in Großbritannien und Frankreich bestätigten sich jedoch auch in dieser Analyse (89).

Auch wenn die Pseudo- R^2 Statistik der logistischen Regression nicht gut mit den R^2 -Maßen anderer Studien verglichen werden kann, deuten die beobachteten interkulturellen Unterschiede und das mit ihnen verbundene Nagelkerke R^2 von 4.1% eine ähnliche Größenordnung an wie die Ergebnisse anderer internationaler Vergleichsuntersuchungen (siehe 2.3.5). So trugen bei Verhulst et al. (2003; 139) kulturelle Unterschiede zwischen Australien, China, Israel, Jamaica, den Niederlanden, der Türkei und den USA etwa 5% zur Varianzaufklärung hinsichtlich selbstberichteter Symptomatiken bei. In einem weiteren internationalen Vergleich von neun Ländern (neben SE, NL und DE auch Australien, Israel, Jamaica, Puerto Rico, Thailand und die USA) erreichten die Kulturunterschiede eine Effektstärke von 8% – hier jedoch hinsichtlich elternberichteter Symptomatiken (140).

Trotz des Vorteils einer sehr einheitlichen Erfassung psychischer Auffälligkeiten¹¹³ im Rahmen des KIDSCREEN-Surveys müssen auch bei den Schlussfolgerungen aus dieser Untersuchung **vielfältige methodische Probleme** beachtet werden, die hinsichtlich der beobachteten Kulturunterschiede verstärkend oder mildernd wirken können. Vor allem die variierende Datengrundlage (siehe 5.3) kann die Ergebnisse beeinflusst haben: Im Sinne möglichst optimaler Schätzungen wurden in den hier durchgeführten Analysen jeweils fallweise die verfügbaren Urteile (von Elternteil und Jugendlichen) ungeachtet teilweise fehlender Beurteilerperspektiven herangezogen – auf Kosten der Vergleichbarkeit (139). So muss in Schweden von einer systematischen Unterschätzung der Raten psychischer Auffälligkeiten ausgegangen werden, da dort ausschließlich der durch eine geringere Sensitivität gekennzeichnete SDQ-Selbstbericht erhoben wurde (siehe 4.2.1.2). Andererseits erscheinen die niedrigen schwedischen Raten angesichts der Ergebnisse anderer internationaler Vergleiche sowie in Anbetracht der hohen Wohlbefindenswerte dennoch plausibel, so dass die Unterschätzung evtl. nicht sehr stark ausgefallen ist.

Auch in Ungarn und Großbritannien liegt für fast die Hälfte der Jugendlichen kein Elternurteil vor, so dass hier ebenfalls für einen Großteil der Befragten eine verminderte Sensitivität des ein-

¹¹³ Die Vorteile der Verwendung ausschließlich einstufiger Studiendesigns, des gleichen Instruments zu Symptomen *und* einhergehender Beeinträchtigung, der Befragung der gleichen BeurteilerInnen, der identischen Integration der Informationen, des identischen Befragungsmodus sowie der einheitlichen Altersspektren der Ländersamples (Ausnahme SE) werden unter 6.5 gesondert ausgeführt.

gesetzten Messinstruments anzunehmen ist, und folglich die dort gefundenen Raten von ~23% im Vergleich zu den anderen Ländern Unterschätzungen darstellen können. Dies dürfte besonders in Großbritannien der Fall sein, da hier zusätzlich für fast jedeN dritteN JugendlicheN das Selbsturteil fehlt und nur für 30% der Stichprobe vollständige Angaben von beiden gewünschten BeurteilerInnen verfügbar waren. Hohe Anteile fehlender Selbsturteile liegen auch in der Schweiz und in Frankreich vor, wo für nahezu die Hälfte des Samples Einbußen in der Sensitivität hinsichtlich emotionaler Störungen berücksichtigt werden müssen.¹¹⁴

Zudem müssen in methodischer Hinsicht die Limitationen des Messinstruments bzgl. kulturübergreifender Untersuchungen angesprochen werden. Wie unter 4.2.1.2 dargestellt, wird zwar vielfach eine interkulturelle Robustheit des SDQ behauptet, die unter 6.1 bereits diskutierten Ergebnisse hinsichtlich der verschieden gut replizierbaren Faktorenstruktur und unterschiedlichen internen Konsistenzen zeigen jedoch, dass eine vollständige Äquivalenz seiner Messergebnisse in verschiedenen Kulturen nicht anzunehmen ist. Vielmehr als die beobachteten Länderunterschiede einiger psychometrischer Maße stellen jedoch die in allen Ländern teilweise dramatisch schlechten internen Konsistenzen (bis zu $\alpha=0.25$) der Subskalen die Basis des SDQ-Algorithmus in Frage. Gleichermäßen wirft die schlechte Reproduzierbarkeit der Faktorenstruktur in mehreren Ländern die Frage auf, wie aussagekräftig ein Algorithmus auf Grundlage der Subskalen emotionale Probleme, Verhaltensprobleme und Hyperaktivität sein kann. Die Bedeutung dieser psychometrischen Mängel relativiert sich jedoch in Anbetracht der Tatsache, dass hier keine Aussagen über die durch diese Subskalen fokussierten Konstrukte getroffen werden und sich das SDQ-Globalurteil hingegen bislang als verlässlich erwies. Zudem zeigen die hier durchgeführten psychometrischen Tests „lediglich“ allgemeine Mängel und keine systematischen kulturspezifischen Unterschiede der Messqualität an, so dass hinsichtlich der länderspezifischen Raten keine durch systematische Verzerrungen eingeschränkte Vergleichbarkeit zu erwarten ist.

Kritisch ist dabei jedoch anzumerken, dass der SDQ-Algorithmus bislang nur in Großbritannien in der Allgemeinbevölkerung erprobt wurde (106). Die häufig als Beleg der interkulturellen Verwendbarkeit herangezogene Untersuchung in Dhaka beschränkte sich auf ein Kliniksample und einen Vergleich der Zuordnung zu verschiedenen Störungsgruppen – die Güte der Unterscheidung in allgemein von psychischen Auffälligkeiten Betroffene und Nicht-Betroffene wurde in Dhaka nicht geprüft (282). Die Schätzung der Prävalenzen psychischer

¹¹⁴ Die grundsätzlich durch die verschiedenen Fragebogenrückläufe angesprochene Frage der Repräsentativität der Länderstichproben wird unter 6.5 gesondert diskutiert.

Störungen in verschiedenen Ländern auf Grundlage des SDQ-Algorithmus ist demnach mit Unsicherheiten behaftet, zumal die diesen Raten zugrundeliegende Definition psychischer Auffälligkeiten die dimensional erfassten Ausprägungsgrade verschiedener Verhaltensdimensionen relativ willkürlich – d.h. auf Basis einer in Großbritannien entwickelten statistischen Grundlage – und nicht nach inhaltlichen Kriterien kategorisiert.

Angesichts der dargestellten methodischen Probleme ist vor allem die Schätzung der Raten behandlungsbedürftiger Störungen mit Vorsicht zu handhaben. Zudem erscheint in Anbetracht der beschränkten Möglichkeiten bevölkerungsbezogener Untersuchungen die Ausrichtung der Bemühungen auf eine unschärfer definierte Risikogruppe – vergleichbar mit dem Vorgehen der WHO – als seriöse und auch praktikable Alternative. Wie oben bereits ausgeführt, ist die hier verwendete weite Definition psychischer Auffälligkeiten inhaltlich bedeutsam, da sie Jugendliche mit ausgeprägten Symptomen und einhergehender Belastung identifiziert. Diese beschreiben eine adäquate Zielgruppe für präventive Maßnahmen – unabhängig davon, ob bei ihnen eine diagnostizierbare Störung vorliegt oder nicht.^{115,116}

6.2.2 Die Rolle von Alter und Geschlecht in Hinblick auf das Auftreten und die Prävention psychischer Auffälligkeiten

Die Hypothese einer vergleichbaren Auftretenshäufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Mädchen und Jungen konnte weitgehend bestätigt werden. Bei den weit definierten psychischen Auffälligkeiten zeigt die unten noch gesondert diskutierte Differenzierung nach Altersgruppen für den Gesamtdatensatz, dass nur bei den 12- und 13-Jährigen höhere Raten der Jungen vorliegen. Bei den 14- bis 17-jährigen Heranwachsenden können solche **Geschlechtsunterschiede** nicht beobachtet werden und bei den 18-Jährigen sinken die Prävalenzen der Jungen sogar auf ein deutlich niedrigeres Niveau im Vergleich zu den Mädchen. Dies korrespondiert mit dem Fazit eines Reviews verschiedener Kohortenstudien, dass vor dem Alter von 13 Jahren die Jungen zwar eine höhere Gesamtbelastung aufweisen, in der Adoleszenz jedoch eine Angleichung stattfindet (10). Auch eine große Studie aus den USA zeigte eine Annäherung der bei Jungen höheren 3-Monats-Prävalenzraten an die der Mädchen zwischen dem 9. und dem 16. Lebensjahr (12). Ebenfalls in Einklang mit diesen Ergebnissen ist der

¹¹⁵ Dies wird auch eher der dimensionalen Natur vieler Ausdrucksformen von Psychopathologie gerecht (315).

¹¹⁶ Letztlich sind selbstverständlich mit jeder vorgenommenen Kategorisierung Probleme der Cut-off Setzung verbunden. Die Inhaltsvalidität bei der Erfassung einer weiter definierten Risikogruppe lässt sich jedoch auch direkt – über die Itemhalte und Betrachtung des verwendeten Schwellenwerts – beurteilen. Die Validität der Identifikation von Jugendlichen mit psychischen Störungen muss jedoch zunächst anhand eines Goldstandards ermittelt werden. Hier ist sie mit – außerhalb Großbritanniens – nicht quantifizierbaren Fehlern behaftet.

Umstand, dass die Studien, die höhere Gesamtbelastungen für Jungen feststellen, in der Regel ausschließlich oder überwiegend ein junges Altersspektrum einbeziehen (13,42,89,136).

Die gesamteuropäischen Daten sowie die in Deutschland gezeigte höhere Belastung der Jungen (vorwiegend im jüngeren Alter) bestätigen demnach die im Forschungsstand beobachtete Tendenz, dass zwar oft keine oder eher geringe Geschlechtsunterschiede gefunden werden, die festgestellten Unterschiede jedoch meist zu Ungunsten der Jungen ausfallen. So fand ein anderer internationaler Überblick über elternberichtete Symptombelastungen im Kindes- und Jugendalter ebenfalls nur in zwei von zehn Studien Geschlechtsunterschiede: in den Niederlanden und Belgien zeigten sich höhere Belastungen der Jungen, die jedoch nur 1% zur Varianzaufklärung beitrugen (43). Und auch ein weiterer Ländervergleich, der Elternberichte für 6- bis 11-Jährige aus zwölf bzw. für 6- bis 17-Jährige aus neun Ländern¹¹⁷ einschloss, fand nur in der Analyse der jüngeren Altersgruppe geringe Geschlechtsunterschiede (1% Varianzaufklärung) (140). Beide internationalen Publikationen (43,140) sowie die meisten anderen aufgeführten Studien, die eine höhere Gesamtbelastung bei Jungen feststellen (42,89,136), berichten jedoch auf Skalen- bzw. Itemebene höhere Symptombelastungen von Jungen hinsichtlich externalisierender Probleme und teilweise auch höhere Raten internalisierender Störungsbilder bei Mädchen (42, 43,140).

Interessant ist jedoch, dass ein anderer Überblick, der im Gegensatz zu den oben zitierten Studien ausschließlich die selbstberichteten Symptomatiken berücksichtigte, eine höhere Gesamtbelastung der Mädchen fand (139), wobei auch diese Publikation bezüglich externalisierender Verhaltensprobleme eine höhere Belastung der Jungen fand (139).

Da die hier durchgeführte Analyse ein nicht störungsspezifisches Globalmaß psychischer Auffälligkeiten auf Grundlage von Selbst- und Elternauskünften als Outcome verwendete, erscheinen die oben berichteten ähnlichen Häufigkeiten psychischer Auffälligkeiten bei Mädchen und Jungen in der Adoleszenz vor dem Hintergrund bislang vorliegender Erkenntnisse plausibel. Es fällt jedoch auf, dass diese vergleichbare Auftretenshäufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei den 13- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen nur für die weit definierten psychischen Auffälligkeiten gilt. Bei Betrachtung der Differenzierung in „grenzwertige“ und „auffällige“ Fälle zeigt sich, dass die Mädchen ab einem Alter von 15 Jahren deutlich häufiger in die „auffällige“ Kategorie fallen ($M:J > 1.5$), für die weiblichen Probandinnen also offenbar ausgeprägtere Hinweise auf das Vorliegen einer psychischen Störung berichtet

¹¹⁷ Schweden, Griechenland, den Niederlanden und Deutschland aber auch Australien, Belgien, China, Israel, Jamaica, Puerto Rico, Thailand und die USA

wurden. In den wenigen Ländern mit Geschlechtsunterschieden in der Auftretenshäufigkeit psychischer Auffälligkeiten stellte sich diese in Abhängigkeit von der Definition psychischer Auffälligkeiten entsprechend auch verschieden dar. Während sich bei einer liberalen Dichotomisierung des Outcomes (also bei einer weiteren Definition psychischer Auffälligkeiten) in einem Land eine größere Auftretenshäufigkeit bei Jungen zeigte (DE, s.o.), waren in Griechenland, Ungarn und Schweden bei einer engeren Definition psychischer Auffälligkeiten die Mädchen häufiger betroffen.

Eine mögliche Erklärung für dieses Phänomen liegt in der unterschiedlichen Sensitivität des Instruments für die geschlechtsspezifisch verschiedenen Störungsarten. Die bei Jungen häufiger auftretenden externalisierenden Störungen werden auch bei einer leichten Symptomatik und nur geringer einhergehender Belastung durch die Eltern wahrgenommen und im Fragebogen berichtet, während die bei Mädchen mehr auftretenden emotionalen Störungen für das Umfeld schwerer erkennbar sind, so dass sie sich erst bei einer ausgeprägten Symptomatik und Belastung in den Ergebnissen niederschlagen.

Obige Diskussion zeigt, dass sich die Assoziation des **Alters** mit der Auftretenswahrscheinlichkeit psychischer Auffälligkeiten kaum unabhängig vom Geschlecht und der betrachteten Störungsgruppe beschreiben lässt. Zwar korrespondiert die für den Gesamtdatensatz gefundene leichte Zunahme der Raten mit dem Alter teilweise mit den Ergebnissen längsschnittlicher Studien (10) und auch ein internationaler Überblick (139) zeigt einen Anstieg selbstberichteter Symptombelastungen zwischen 11 und 18 Jahren (China, Jamaica), der sich in mehreren Ländern nach dem 15. oder 16. Lebensjahr nicht weiter fortsetzte bzw. in eine Reduktion umschlug (Australien, Niederlande, Türkei, USA). Andere longitudinale Studien finden jedoch keine solche Zunahme (10) und ein anderer internationaler Überblick auf Basis von Elternberichten fand in sieben von neun einbezogenen Ländern beim Vergleich der Altersgruppen 12 bis 14 Jahre und 15 bis 17 Jahre sogar eine Reduktion der Gesamtbelastung (140). Übereinstimmend wird jedoch eine nur geringe Varianzaufklärung durch das Alter festgestellt (139, 140).

Eine nach Geschlecht stratifizierte Betrachtung der Rolle des Alters erwies sich – wie oben bereits angedeutet – als aufschlussreicher und schien zunächst die aus der Literatur abgeleitete Hypothese eines Anstiegs der Raten mit dem Alter bei Mädchen zu bestätigen, während sich bei den Jungen im Alter von 18 Jahren eine Reduktion der psychischen Auffälligkeiten andeutet. Auch die in einigen Ländern (DE, EL, HU, PL) als Prädiktor psychischer Auffälligkeiten signifikante Wechselwirkung zwischen Alter und Geschlecht deutet auf eine in dieser

Form unterschiedliche Bedeutung des Alters bei Mädchen und Jungen hin. Obwohl in anderen Studien die erhöhten Prävalenzraten der Jungen bereits deutlich früher sinken (12), stehen diese Ergebnisse doch allgemein im Einklang mit der häufig gefundenen Beobachtung, dass Mädchen eher internalisierende Störungen aufweisen und diese mit steigendem Alter zunehmen, während die Jungen eher unter externalisierenden Störungen leiden, die mit zunehmendem Alter eher abnehmen (siehe auch 2.3.2). Auch hier ist jedoch die genauere Differenzierung in „auffällige“ bzw. „grenzwertige“ ProbandInnen interessant: während bei den Mädchen sowohl die weit als auch die eng definierten Auffälligkeiten mit dem Alter zunehmen, weisen die Ergebnisse bei den Jungen darauf hin, dass der „harte Kern“ der externalisierenden Störungen trotz zunehmenden Alters konstant bleibt und eher die leichteren Verhaltensauffälligkeiten in der Häufigkeit nachlassen.

Der hier für den Gesamtdatensatz gefundene leichte Anstieg der Raten psychischer Auffälligkeiten steht nur scheinbar im Widerspruch zu anderen bislang publizierten Beobachtungen (17,40,43), die sich oftmals auf einen anderen Altersrange beziehen und größere Altersspektren zusammenfassen. So lässt sich der in einem britischen Survey gefundene deutliche Anstieg der Auffälligkeiten zwischen den Altersgruppen 5 bis 7 Jahre und 13 bis 15 Jahre (17) durchaus mit der hier gefundenen Entwicklung der Raten zwischen 12 und 18 Jahren vereinbaren. Das gleiche gilt für den von Roberts et al. (1998;40) festgestellten Anstieg der mittleren Prävalenzen in Studien zu den Altersgruppen 1 bis 5 Jahre, 6 bis 12 Jahre und ≥ 13 Jahre. Zudem bleibt in letztgenanntem Review offen, inwiefern die höheren Raten in Studien mit älteren Jugendlichen nicht auch einer größeren Informationsbasis und damit höheren Sensitivität geschuldet sein können: Umso älter einE JugendlicheR ist umso wahrscheinlicher wird er/sie in einer Studie auch selber – zusätzlich zu einem Elternteil – befragt, während für jüngere Heranwachsende ausschließlich das Fremdurteil herangezogen wird. Auch ein anderer internationaler Überblick, der in drei von neun Studien eine lineare Reduktion der elternberichteten Gesamtbelastung mit dem Alter fand, bezog Samples mit ab 4-jährigen Kindern ein, deren Alter vorwiegend oder ausschließlich unterhalb des hier betrachteten Altersranges lag (43).¹¹⁸

Irritierend ist jedoch, dass sich die plausiblen Resultate für den Gesamtdatensatz in den einzelnen Ländersamples kaum nachvollziehen lassen. Für die Mädchen zeichnet sich eine Zunahme der Raten oftmals nur leicht oder auch gar nicht ab und ist in einigen Ländern auch

¹¹⁸ Die gefundenen Alterstrends resultierten vor allem aus Items, die spezifisch Probleme jüngerer Kinder beschreiben (häufiges Weinen, Fordern von viel Aufmerksamkeit, einnässen, Ängste vor bestimmten Tieren oder Situationen, Zerstören der eigenen Sachen, nicht gut essen etc.)

nur eingeschränkt nachvollziehbar.¹¹⁹ Auch für die Jungen zeigt sich der Zusammenhang auf Länderebene weniger deutlich bzw. gar nicht. Diese Diversität der Ergebnisse bzgl. des Zusammenhangs zwischen den Raten psychischer Auffälligkeiten und dem Alter verdeutlicht jedoch, dass das Alter hinsichtlich dieses Globaloutcomes eben von sehr geringer Bedeutung ist, die sich in „kleineren“ Ländersamples wegen der größeren statistischen Unsicherheit in der Kennwertschätzung gar nicht mehr zeigt. Die Tatsache, dass sich der Zusammenhang zwischen Alter und Auffälligkeit auf Länderebene auch verschieden darstellt, korrespondiert ebenfalls mit der im Forschungsstand dargestellten uneinheitlichen Befundlage zu diesem Zusammenhang. So wurde bspw. auch in einer anderen internationalen Untersuchung eine Zunahme der Gesamtbelastung in Schweden (und geringfügig auch in den Niederlanden) zwischen den Altersgruppen 12 bis 14 Jahre und 15 bis 17 Jahre gefunden, während die anderen Länder – einschließlich Griechenland und Deutschland – einen umgekehrten Trend aufwiesen (140).

Insgesamt weisen die Ergebnisse also darauf hin, dass Alter und Geschlecht als Prädiktoren globaler psychischer Auffälligkeiten nur sehr schwache Effekte aufweisen und sich die Bedeutung dieser Faktoren zudem kulturspezifisch nicht konsistent gestaltet. Variierende Ergebnisse der vorliegenden Studien zu Alters- und Geschlechtsunterschieden müssen jedoch auch vor dem Hintergrund der genauen Operationalisierung der globalen Auffälligkeit betrachtet werden, da verschiedene Sensitivitäten hinsichtlich verschiedener Störung(sgruppen) – bspw. durch verschiedene Beurteilerperspektiven - zu abweichenden Resultaten führen können. Entsprechend ist – wie hier anhand der liberal und konservativ definierten Auffälligkeiten gezeigt werden konnte – auch die Wahl des Cut-offs und damit verbundene Definition der „Problemgruppe“ für die Ergebnisse entscheidend.

Die bis hierhin diskutierten Ergebnisse weisen in Hinblick auf eine gezieltere Ausrichtung von Präventionsmaßnahmen darauf hin, dass Alter und Geschlecht – zumindest bezogen auf das Globaloutcome „psychische Auffälligkeiten“ – keine Faktoren darstellen, mit deren Hilfe besonders wichtige Zielgruppen identifiziert werden könnten. Schwerpunktsetzungen in besonders belasteten Ländern hingegen können nach den hier präsentierten Analysen durchaus sinnvoll sein. Nichtsdestotrotz wird die Praxisrelevanz von Erkenntnissen über Alters- und Geschlechtsunterschiede weiter unten in einem anderen Kontext hervorgehoben werden: da mit diesen Faktoren spezifische Defizite in den hier untersuchten Lebensbereichen einhergehen, bieten sie dennoch Hinweise für mögliche Ansatzpunkte gezielter präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen (6.3.2.2).

¹¹⁹ So steigen die Raten bspw. in EL erst, nachdem sie zwischen zwölf und 13 Jahren deutlich gesunken sind.

6.2.3 Die Rolle der sozialen Lage in Hinblick auf das Auftreten und die Prävention psychischer Auffälligkeiten

Die Auswertungen zum familiären Wohlstand zeigten deutlich variierende Verteilungen und demnach starke Unterschiede im Lebensstandard innerhalb Europas. Entsprechend konnte die Hypothese signifikanter Unterschiede in der Verteilung des familiären Wohlstands in den einzelnen Ländern bestätigt werden. So wies bspw. in Tschechien, Polen und Griechenland mindestens jedeR dritte wenn nicht sogar jedeR zweite Jugendliche einen niedrigen SES auf während dies in Frankreich, den Niederlanden und der Schweiz nur für etwa jedeN ZehnteN zutraf. Damit unterstreichen diese zunächst rein deskriptiven Ergebnisse zur Verteilung des familiären Wohlstands innerhalb Europas auch die Bedeutung des im WHO-Rahmenprogramm „*Gesundheit für alle*“ an erster Stelle formulierten Ziels, durch Solidarität unter den Ländern die mit den sozialen Unterschieden einhergehenden gesundheitlichen Unterschiede zu reduzieren (227).

Die höheren Anteile sozial bessergestellter Jugendlicher und niedrigeren Raten von Heranwachsenden mit geringem familiärem Wohlstand in Nord- und Westeuropa sowie die stärkere Verbreitung eines niedrigen Wohlstands in Osteuropa korrespondieren gut mit den Daten der WHO bzw. UNICEF (150). Der Vergleich der im Rahmen des KIDSCREEN-Surveys 2003 ermittelten länderspezifischen Anteile von Heranwachsenden mit niedrigem familiärem Wohlstand mit den von UNICEF publizierten Zahlen (290), die sich wiederum auf die WHO-Jugendgesundheitsstudie 2000/2001 (150) beziehen, zeigte sogar vielfältig identische Raten. Sowohl die Tatsache, dass keine systematischen Abweichungen der beiden Untersuchungen festgestellt werden können, als auch die in allen Ländern vergleichbare Größe des Anteils von Familien mit mittlerem familiärem Wohlstand (UNICEF: 42%-49%, 150, KIDSCREEN: 41%-51%), sprechen für eine gute Qualität der hier analysierten Daten. Die Möglichkeit, dass beide internationalen Studien lediglich die gleichen Verzerrungen aufweisen, erscheint nicht zuletzt aufgrund der im Rahmen des KIDSCREEN-Surveys vorgenommenen Vergleiche der Stichprobencharakteristika mit EUROSTAT-Zensus-Daten (279) unwahrscheinlich.

Die hier abgebildeten innereuropäischen Unterschiede des familiären Wohlstands scheinen jedoch keinen eigenständigen Effekt hinsichtlich der länderspezifischen Auftretenshäufigkeiten psychischer Auffälligkeiten auszuüben. In den Analysen der **aggregierten Daten** zeichnet sich zwar ab, dass höhere Raten psychischer Auffälligkeiten vor allem in ärmeren Ländern vorliegen, dieser Effekt ist jedoch nicht hinreichend vom Zufall abgrenzbar und ist offenbar zu-

mindest teilweise den Assoziationen zwischen SES und psychischer Gesundheit auf individueller Ebene zuzuschreiben. Auch die nach einer Kontrolle für die individuelle Ebene einzige verbleibende signifikante Assoziation (zwischen Jugendarbeitslosigkeit und Prävalenz psychischer Auffälligkeiten) sowie die verbleibenden Trends sprechen nicht unbedingt für einen unabhängigen Effekt auf Makroebene. Vielmehr könnte hier die unvollständige statistische Kontrolle durch Verwendung des dreistufigen FAS-Indikators ausschlaggebend sein.¹²⁰ Zudem mahnt die Tatsache, dass zwar ein Maß der Jugendarbeitslosigkeit (Arbeitslosigkeit der 15- bis 24-Jährigen nach Angaben des UNDP) eine signifikante Assoziation aufweist, das andere jedoch nicht (Arbeitslosigkeit der 15- bis 19-Jährigen nach UNICEF), zur Vorsicht bei der Interpretation. Ein eigenständiger Einfluss der Jugendarbeitslosenrate auf die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten (bspw. vermittelt durch mehr Zukunftsängste und Stress für die Heranwachsenden) sollte sich in den Daten auch konsistent niederschlagen.¹²¹

Auch die **Wohlstandsverteilung innerhalb der einzelnen Länder** zeigt gemäß den hier vorgenommenen Analysen keinerlei Auswirkung auf die länderspezifischen Raten psychischer Auffälligkeiten. Die Hypothese, nach der ungleichere Länder höhere Raten aufweisen müssten, lässt sich also nicht bestätigen – es deutet sich nicht einmal eine solche Tendenz an. Dies erstaunt angesichts der zuvor berichteten eindrucksvollen Ergebnisse, die – auf Grundlage der gleichen Methoden – nicht nur für die psychische Gesundheit Erwachsener sondern auch für Jugend-relevante Probleme wie Teenager-Schwangerschaften oder Drogenkonsum einen solchen Zusammenhang beschreiben (188). Auch die Annahme, dass diese Assoziation in der Jugend besonders stark ausgeprägt sein könnte (siehe 2.3.4), erschien vor dem Hintergrund der von Wilkinson und Pickett verfochtenen Theorie plausibel. Dies ist jedoch nicht die erste Arbeit, in der die Assoziation von ungleicher Einkommensverteilung mit gesundheitlichen Outcomes nicht reproduziert werden kann. So konnte die Abhängigkeit der durchschnittlichen Lebenserwartung von der Einkommensverteilung nicht mehr gezeigt werden, wenn statt der Daten des Human Development Reports die der Luxemburger Einkommensstudie zugrunde gelegt wurden (316). Forscher, die sich an einer Replikation der Ergebnisse einer diesbezüglich klassischen Publikation versuchten, konnten ebenfalls keinen solchen Zusammenhang belegen (193). Aber auch für eher psychosoziale Gesundheits-Outcomes zeigt ein genauer Blick

¹²⁰ Eine verbesserte statistische Kontrolle durch Verwendung der von 0 bis 7 reichenden FAS-Scores ist jedoch aufgrund der teilweise sehr niedrigen Fallzahlen in den einzelnen Kategorien nicht sinnvoll möglich.

¹²¹ Grundsätzlich soll jedoch trotz der entsprechenden Hinweise an anderer Stelle (4.3 und 6.5) noch einmal darauf hingewiesen werden, dass die zur Abgrenzung von Effekten auf Individual- und Aggregationsebene eigentlich adäquaten statistischen Mehrebenenmodelle im Rahmen der in dieser Arbeit durchgeführten Analysen wegen der geringen Anzahl an Ebene-2-Einheiten ($n = 12$ Länder) nicht eingesetzt werden konnten.

in eine auf Kinder und Jugendliche bezogene Publikation von Pickett und Wilkinson (317), dass sie ebenfalls keine Zusammenhänge zwischen Variablen wie dem subjektiven Gesundheitszustand oder der Lebenszufriedenheit einerseits und gesellschaftlicher Ungleichheit andererseits beobachteten. Diese Ergebnisse werden von den AutorInnen jedoch nicht weiter kommentiert. Die von ihnen hingegen deutlich herausgestellte Assoziation zwischen einem Wohlbefindens-Index und der Einkommensungleichheit in 23 Ländern würde – der präsentierten Abbildung nach zu urteilen – ohne die stark hypothesenkonformen Wertepaare aus den USA, UK, Neuseeland und Israel wohl kaum statistische Signifikanz erreichen, da die 19 verbleibenden Länder eine Punktwolke ohne eine klar erkennbare Tendenz bilden (317). Auch wenn die Methodik zu dem hier beobachteten Null-Ergebnis beigetragen haben mag (geringe Power und Variabilität), weisen die Ergebnisse in der Zusammenschau mit anderen Studien doch darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen Einkommensungleichheit und Bevölkerungsgesundheit nicht als eindeutig belegt gelten kann. Weiterführende Untersuchungen wären hier wünschenswert, bspw. auch hinsichtlich der Rolle einer möglicherweise zeitlich versetzt auftretenden Wirkung sozialer Ungleichheiten, wie sie zuvor für Behinderungen beobachtet wurde (318).¹²²

Während also die sozioökonomischen Makroindikatoren keinen beobachtbaren Einfluss auf die länderspezifischen Auftretenshäufigkeiten psychischer Auffälligkeiten nehmen, zeigen die Analysen für die Effekte des SES auf **individueller Ebene** durchaus derlei Assoziationen.

So konnte für den Gesamtdatensatz der Zusammenhang zwischen einem höheren FAS-Score und niedrigeren Raten psychischer Auffälligkeiten auf individueller Ebene sehr deutlich gezeigt werden. Bei Betrachtung der einzelnen Länder wurden jedoch nur in Tschechien, Spanien, Frankreich, Polen und Großbritannien vom Zufall abgrenzbare Assoziationen zwischen einem niedrigen SES und psychischen Auffälligkeiten¹²³ beobachtet. Der Umstand, dass die Wohlstandsunterschiede zwischen den Ländern in Hinblick auf die Raten psychischer Auffälligkeiten keine Relevanz zeigen, die Unterschiede innerhalb der Länder (zumindest teilweise) aber schon, spricht im Sinne der relativen Einkommenshypothese dafür, dass oberhalb eines bestimmten Wohlstandsniveaus die relative Deprivation und nicht das absolute Wohlstandsniveau den ausschlaggebenden Einflussfaktor hinsichtlich gesundheitlicher Outcomes darstellt (189,317). Auch wenn dieser Zusammenhang hier nur in fünf Ländern nachgewiesen werden kann, sind dort die Raten psychischer Auffälligkeiten bei Jugendlichen

¹²² Jacobi et al. (2004, 319) weisen auf eine geringere Bedeutung makroökonomischer Variablen gegenüber dem sozialen Nahbereich wie Familie und Schule hin. Die entgegen ihrer Hypothese tendenziell höheren Prävalenzen in den alten Bundesländern erklären sie (auch in Hinblick auf die deutlichen Unterschiede bzgl. der Raten sozialer Phobien) durch potentiell höhere soziale Unterstützung und eine geringere Neigung zum sozialen Vergleich.

¹²³ (nach liberaler Definition und unter Kontrolle für Alter und Geschlecht)

mit niedrigem SES gegenüber denen mit hohem familiären Wohlstand jedoch um mindestens 57% erhöht (in Polen 31.3% vs. 19.9%). In Großbritannien wurde unter den sozial Benachteiligten sogar eine mehr als doppelt so hohe Rate beobachtet (36.1%) als unter den sozial Bessergestellten (16.9%). Somit verdient der SES als Risikofaktor in jedem Fall eine eingehendere Betrachtung.

Die berechneten populationsattributablen Risiken verdeutlichen besonders gut, welche Bedeutung die fünf signifikanten Länderergebnisse mit den Odds Ratios zwischen 1.8 in Polen und 2.8 in Großbritannien für die Krankheitslast¹²⁴ der jeweiligen Bevölkerungen und damit auch für die zu ergreifenden Präventionsmaßnahmen aufweisen. Da populationsattributable Risiken neben dem Effektmaß auch die Prävalenz des jeweiligen Risikofaktors in den einzelnen Ländern berücksichtigen, kann gezeigt werden, dass ein niedriger familiärer Wohlstand als Gesundheitsrisiko nicht zwangsläufig in Großbritannien am meisten Beachtung verdient – obwohl hier die stärkste Assoziation zwischen einem niedrigen SES und psychischen Auffälligkeiten vorliegt. Dieser Sachverhalt spiegelt das im sogenannten Präventionsparadoxon bzw. Rose-Theorem (320) formulierte Prinzip wider, dass eine Intervention in einer größeren Bevölkerungsgruppe mit geringerem individuellem Risiko wirksamer sein kann, als eine Maßnahme in einer kleineren Gruppe mit höherem Risiko (214,215). Im Gegensatz zu den osteuropäischen Ländern ist unter den britischen Jugendlichen lediglich jeder siebte dem Risiko eines niedrigen SES ausgesetzt, so dass das PAR in Großbritannien mit 14.3% geringer ausfällt. In Tschechien und Polen hingegen ist der Risikofaktor „niedriger SES“ für die Gesamtmorbidität in der Bevölkerung bedeutsamer, da der – hier zwar etwas kleinere – Effekt mit 49% bzw. 39% größere Teile der Bevölkerung betrifft. So weisen die populationsattributablen Risiken von 25% bzw. 18% in Tschechien und Polen darauf hin, dass bei Behebung dieses Risikofaktors bzw. der mit ihm verbundenen Auswirkungen dort jeder vierte bis fünfte Fall psychischer Auffälligkeiten bei Jugendlichen verhindert werden könnte. In Spanien ließe sich durch entsprechend ausgerichtete Maßnahmen jeder achte, in Großbritannien jeder siebte Fall verhindern. In Frankreich hingegen, wo „nur“ knapp jedeR zehnte JugendlicheR zur Gruppe mit niedrigem familiären Wohlstand gehört (9.3%), weist das populationsattributable Risiko von knapp 6% auf ein sehr geringes Präventionspotential hin, das lediglich jeden 18. Fall betrifft.

¹²⁴ Auch wenn es sich bei den liberal definierten psychischen Auffälligkeiten nicht um „Krankheiten“ handelt, werden in der Folge Termini wie „Krankheitslast“ oder „Morbidität“ gebraucht. Dies vereinfacht vor allem die Ergebnisdiskussion in sprachlicher Hinsicht, erscheint aber zudem inhaltlich eingedenk der vorliegenden Symptomatik und Belastungen bei den betroffenen Jugendlichen nicht ganz ungerechtfertigt.

Grundsätzlich stellt sich angesichts der präsentierten Auswertungen die Frage, warum sich die im europäischen Gesamtdatensatz sehr deutliche Assoziation zwischen familiärem Wohlstand und der Rate psychischer Auffälligkeiten auf nationaler Ebene nur in fünf Ländern als signifikant erweist. Dabei muss in Hinblick auf die für den Gesamtdatensatz ermittelten Ergebnisse zunächst ein schlichtweg durch die Aggregation der Daten verursachter Effekt bedacht werden: Der in den Gesamtdaten so klar sichtbare Zusammenhang von sinkenden Raten psychischer Auffälligkeiten mit ansteigenden FAS-Scores wird durch den Umstand verstärkt, dass insbesondere Länder mit größeren Anteilen von Jugendlichen mit niedrigem SES auch hohe Raten psychischer Auffälligkeiten aufweisen – selbst wenn die Assoziation zwischen SES und Psyche innerhalb der einzelnen Länder nicht oder nicht so stark ausgeprägt ist. So sind die – teilweise mit deutlichem Abstand – höchsten Raten psychischer Auffälligkeiten in Tschechien, Griechenland und Polen zu finden, also in den Ländern, die bei der Verteilung des familiären Wohlstands am unteren Ende der Verteilung liegen. Die niedrigsten Raten sind hingegen in Schweden, der Schweiz und den Niederlanden – und damit sehr reichen Ländern – beobachtbar.¹²⁵ Dies führt dazu, dass für den gesamteuropäischen Datensatz ein klarer Zusammenhang gefunden wird, obwohl diese Assoziation *innerhalb* der einzelnen Länder oft gar nicht nachweisbar ist. So ist bspw. zwar in Tschechien und Polen, nicht aber in Griechenland eine höhere Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei sozial schlechtergestellten Jugendlichen beobachtbar und auch in der Schweiz und den Niederlanden findet sich kein signifikanter Zusammenhang. In den Gesamtergebnissen kommt also auch die sich in der Analyse der aggregierten Daten teilweise abzeichnende Tendenz höherer Raten in weniger wohlhabenden Ländern zum Tragen und weist auf die notwendige Vorsicht vor Fehlschlüssen hin, die durch eine Vermengung der Assoziationen auf Makro- und Mikroebene entstehen können.¹²⁶

In Hinblick auf die berichteten Ergebnisse stellt sich jedoch primär die Frage, warum innerhalb einiger Länder eine Assoziation zwischen niedrigem Wohlstand und psychischer Verfassung beobachtet werden kann und in anderen nicht. Der Wohlstand oder die Wohlstandsverteilung in den einzelnen Ländern vermag diese Unterschiede offensichtlich nicht zu erklären: Zwischen Ländern, in denen ein niedriger SES mit psychischen Auffälligkeiten verknüpft ist und solchen, in denen dies nicht der Fall ist, konnten keinerlei systematische Unterschiede in Hinblick auf ökonomische Makroindikatoren beobachtet werden. Bezogen auf den *gesellschaftlichen Wohlstand* befinden sich unter den fünf Ländern, in denen

¹²⁵ Auch wenn für Schweden keine FAS-Daten erhoben wurden, kann doch auf Grundlage anderer Daten (z.B. von UNICEF: 151) davon ausgegangen werden, dass der familiäre Wohlstand hier recht hoch ist.

¹²⁶ Dies widerspricht jedoch *nicht* den Ergebnissen der Aggregatdaten, die *keine signifikanten Assoziationen* aufweisen.

statistisch signifikante Assoziationen zwischen einem niedrigen SES und psychischen Auffälligkeiten vorliegen, sowohl Tschechien als auch Frankreich – also das „ärmste“ einbezogene Land und eines der „reichsten“ Länder. Gleichzeitig unterscheiden sich Länder mit ähnlichem Wohlstand hinsichtlich des Vorliegens einer solchen Assoziation. So liegt in reicheren und in Hinblick auf den familiären Wohlstand vergleichbaren Ländern teilweise eine Assoziation zwischen sozialer Benachteiligung und psychischen Auffälligkeiten vor (wie in Frankreich und Großbritannien), während sie in der Schweiz, Deutschland oder Österreich nicht beobachtet werden kann. Auch in ärmeren Ländern liegt dieser Zusammenhang nicht konsistent vor, wie sich an einer Gegenüberstellung von Polen (mit signifikanter Assoziation) und Griechenland (ohne beobachtbare Assoziation) zeigt, die vergleichbare FAS Verteilungen aufweisen. Obwohl in den ärmeren Ländern die Familien mit niedrigem familiären Wohlstand durchschnittlich schlechter gestellt sind als die „Armen“ der wohlhabenden Länder – sich die materielle Ausstattung von sozial Benachteiligten („niedriger familiärer Wohlstand“) also innerhalb Europas deutlich unterscheidet – finden sich keinerlei Hinweise darauf, dass mit der höheren absoluten Armut stärkere Auswirkungen eines niedrigen SES auf die psychische Gesundheit einhergehen. Auch der umgekehrt denkbare Zusammenhang, dass die Zugehörigkeit zur wenig wohlhabenden Gruppe in einem ärmeren Land weniger nachteilig ist, da kein Ausschluss vom „normalen“ Lebensstandard besteht, während in einem reicheren Land der Leidensdruck größer sein könnte, da nur wenige Gleichaltrige im Umfeld in einer ähnlichen Lebenssituation stehen, lässt sich nicht belegen.

Die letzte Überlegung impliziert bereits eine mögliche Relevanz der *Wohlstandsverteilung* in den einzelnen Ländern. Aber auch in Hinblick auf die diesbezüglich analysierten makroökonomischen Indikatoren weisen die fünf Länder mit signifikanten Zusammenhängen keine übergreifenden Gemeinsamkeiten auf. Beispielsweise liegt in Tschechien gemessen am Gini-Index im Vergleich mit den anderen betrachteten Ländern eine eher egalitäre Wohlstandsverteilung vor, während Großbritannien zu den Ländern mit der ungleichsten Verteilung in der Studie gehört. Und auch hier lassen sich sowohl unter den Ländern mit größerer Gleichverteilung (Tschechien vs. Ungarn) als auch unter den Ländern mit ungleicherer Wohlstandsverteilung (Großbritannien vs. Griechenland) solche finden, in denen der individuelle SES mit psychischen Auffälligkeiten verknüpft ist, sowie solche, in denen dies nicht der Fall ist. Die im Rahmen der relativen Einkommenshypothese getroffene Annahme eines steileren sozialen Gradienten in Ländern mit ungleicherer Wohlstandsverteilung (188,189,317) kann demnach anhand der hier analysierten Daten nicht nachvollzogen werden.

Die Betrachtung der Assoziationen zwischen individuellem SES und psychischer Gesundheit in Abhängigkeit von der Organisation des Wohlfahrtsstaats deutet ebenfalls keine Bestätigung der Hypothesen an. Unter den fünf Ländern, in denen sozial benachteiligte Jugendliche signifikant häufiger psychische Auffälligkeiten aufweisen, befinden sich sowohl als konservativ (FR), als liberal (UK), als mediterran (ES) und als post-kommunistisch (CZ, PL) klassifizierte Länder. Obwohl die höchste Assoziation im einzigen liberal organisierten Land vorliegt (UK), während im einzigen sozialdemokratischen Land dieser Studie keine Assoziation beobachtet werden konnte (AT), erlaubt die sehr begrenzte Anzahl der hier einbezogenen Länder dennoch keine Rückschlüsse aus diesen Ergebnissen.

Zusammenfassend kann demnach festgehalten werden, dass Überlegungen, dass insbesondere ärmere Länder oder solche mit einer größeren ökonomischen Ungleichheit stärkere Assoziationen zwischen niedrigerem Wohlstand und psychischen Auffälligkeiten aufweisen, in der Empirie keine Entsprechung finden. Makroökonomische Indikatoren über den gesamtgesellschaftlichen Wohlstand und seine Verteilung tragen folglich nicht zur Klärung der Frage bei, warum einige Länder einen sozialen Gradienten aufweisen und andere nicht. Dies verweist auf die Notwendigkeit, zukünftig andere mögliche Gründe zu untersuchen, mit denen das Vorliegen bzw. Fehlen eines sozialen Gradienten in Zusammenhang stehen könnte.

Das uneinheitliche Bild, das sich in dieser Untersuchung in Hinblick auf signifikante Zusammenhänge zwischen niedrigem SES und höheren Auftretenswahrscheinlichkeiten psychischer Auffälligkeiten für die einzelnen Länder ergibt, korrespondiert mit den bislang in der **Literatur** publizierten Ergebnissen. Hier wie dort weist die Mehrheit der untersuchten Länder zumindest einen Trend in die erwartete Richtung auf (in dieser Arbeit mit den Niederlanden und Ungarn sieben von elf), während sich in anderen Ländern ein solcher Zusammenhang nicht zeigen lässt (hier: AT, CH, DE, EL). Insgesamt erscheint die Assoziation zwischen SES und psychischen Auffälligkeiten in dieser Analyse jedoch weniger eindeutig als es der Forschungsstand zunächst erwarten ließ (siehe 2.3.3). Während bspw. ein internationaler Überblick in fünf von sechs Studien – darunter in Griechenland und den Niederlanden – höhere Gesamt-Symptombelastungen bei Heranwachsenden mit niedrigerem SES mit wenigstens kleinen Effektstärken zeigte (43), können hier nur in fünf von elf Ländern signifikante Assoziationen gefunden werden.

Für die seltener nachweisbaren Zusammenhänge sind verschiedene Gründe denkbar. Zum einen spielt sicher die Operationalisierung des SES (aber auch der psychischen Auffälligkeiten) eine Rolle. Die verwendete Messung des familiären Wohlstands bietet zwar den

Vorteil einer Jugendlichen-gerechten Erfassung des SES und vermeidet so auch fehlende Werte, andererseits deckt diese Operationalisierung nicht alle Aspekte des Konstrukts ab. Diese Vermutung wird zusätzlich durch die Tatsache unterstützt, dass die hier für einzelne Länder gefundenen Ergebnisse nur teilweise den Resultaten nationaler Studien entsprechen. Für Deutschland zeigte bspw. ein nationaler Survey einen deutlichen Zusammenhang zwischen niedrigem SES und psychischen Auffälligkeiten (letztere auch operationalisiert mit Hilfe des SDQ-Algorithmus), der hier nicht beobachtbar ist (164). Auch in den Niederlanden wurden in einer anderen Untersuchung signifikante Assoziationen von Bildung und Beschäftigung der Eltern mit psychischen Auffälligkeiten ihrer Kinder gezeigt (166). Die in diesen Studien herangezogenen Maße – der im deutschen Kinder- und Jugendgesundheits-survey verwendete Winkler-Index (321) sowie die in den Niederlanden eingesetzten Items – erfassen jedoch mit Faktoren wie dem elterlichen Einkommen, dem beruflichen Status und der Bildung andere Aspekte sozialer Benachteiligung als der hier verwendete familiäre Wohlstand. So scheint in Deutschland das Vorhandensein der in der FAS erfragten materiellen Güter eine geringere Rolle hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten zu spielen als der elterliche Bildungs- und Beschäftigungsstatus und auch in den Niederlanden zeigt sich die Beziehung zwischen SES und Psyche nur noch sehr schwach. Für Frankreich hingegen kann in der vorliegenden Analyse ein statistisch signifikanter Zusammenhang beobachtet werden, der sich in einer französischen Untersuchung nicht eindeutig zeigte, sondern nur bei ausgewählten Operationalisierungen des SES wie Arbeitslosigkeit eines Elternteils oder einem Familieneinkommen unterhalb der Armutsgrenze (89).¹²⁷

Andere länderspezifische Ergebnisse der durchgeführten Analysen korrespondieren wiederum ganz gut mit den Ergebnissen anderer Studien für die jeweiligen Länder. So steht der in dieser Untersuchung für Großbritannien gefundene sehr deutliche Zusammenhang zwischen SES und psychischen Auffälligkeiten in Einklang mit den bislang von dort publizierten Ergebnissen, die für die überwiegende Anzahl von SES-Indikatoren eine solche Assoziation nachweisen (121,162,163). Die Tatsache, dass in der Schweiz keine Assoziation zwischen SES und psychischen Auffälligkeiten gezeigt werden konnte, entspricht ebenfalls den Ergebnissen einer großen Schweizer Studie, in der für die Gesamtauffälligkeit kein

¹²⁷ Die Bedeutung abweichender Operationalisierungen des SES zeigte bspw. auch eine slowakische Studie, in der Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit eher bei einem niedrigen Beschäftigungsstatus der Mutter und einer schlechteren eigenen Schulausbildung auftraten, während der Beschäftigungsstatus des Vaters sowie der Bildungsstand der Eltern keinen signifikanten Einfluss nahm (185). Eine ältere Studie aus Schottland fand für elterliche Merkmale wie Beschäftigung, Bildung und Wohnort keinen Einfluss des SES auf Maße der psychischen Gesundheit, für die soziale Position des Befragten aber schon (322).

Zusammenhang mit sozialer Benachteiligung gefunden werden konnte und sich auch unter den vielen spezifischen Störungsauscomes nur eine spezifische Angststörung fand, für die sich eine erhöhte Auftretenshäufigkeit bei ärmeren Kindern beobachten ließ (131).

Ein weiterer Grund, warum in den hier vorgenommenen Auswertungen eher weniger Assoziationen zwischen familiärem Wohlstand und psychischen Auffälligkeiten beobachtet werden konnten, deutet sich in der obigen Zusammenfassung des Forschungsstandes bereits an. Denn auch der Umstand, dass in dieser Untersuchung lediglich *eine* Operationalisierung des SES sowie *eine* Operationalisierung psychischer Auffälligkeiten getestet wurde, wirkt sich auf die Wahrscheinlichkeit, einen Zusammenhang zu finden, aus. Während andere Studien die Zusammenhänge zwischen mehreren Indikatoren (wie elterliche Bildung, Einkommen etc.) und mehreren Outcomes (verschiedene spezifische Störungen, verschieden streng definierte Outcomes) testen und letztlich einige signifikante Ergebnisse unter mehreren nicht signifikanten berichten und teilweise gesondert hervorheben, bleibt in dieser Untersuchung offen, inwiefern in den untersuchten Ländern für andere Indikatoren des SES oder für einzelne Störungsgruppen signifikante Assoziationen vorliegen.

Es ist jedoch anzunehmen, dass sich die inkonsistenten Zusammenhänge zwischen einem niedrigen familiären Wohlstand und psychischen Auffälligkeiten nicht ausschließlich durch die oben aufgeführten methodischen Gründe erklären. Da auch mit Hilfe der FAS bereits für andere gesundheitliche Outcomes durchaus international konsistent soziale Ungleichheiten abgebildet werden konnten (bspw. für die subjektive Gesundheit oder tägliche Gesundheitsprobleme 11- bis 15-Jähriger; 174), sollten die hier berichteten Ergebnisse als Hinweise auf einen tatsächlich schwächeren und in einigen Ländern sogar fehlenden Zusammenhang zwischen SES und psychischen Auffälligkeiten verstanden werden. Inhaltlich interpretiert können diese Beobachtungen als Bestätigung der These betrachtet werden, dass das Jugendalter im Lebenslauf eine Phase mit ausgeprägter sozialer Gleichheit darstellt (178,179,180, 181). Diese Interpretation widerspricht auch den Ergebnissen der zuvor dargestellten Publikationen nicht. So zeigt sich bei genauerer Betrachtung der in den oben angesprochenen Überblick einbezogenen Studien, dass diese in drei Fällen ein breiteres und insgesamt jüngeres Altersspektrum (4 bis 16 Jahre) einschlossen und in zwei Fällen 6- bis 11- bzw. 12-Jährige untersuchten (43). Neben der Tatsache, dass auch hier die erhöhten Raten bei Kindern mit niedrigerem SES nur kleine Effektstärken aufwiesen (43), beziehen sich die Ergebnisse also auf jüngere Kinder. Die in der Zusammenfassung des Forschungsstands (2.3.3) aufgeführten Studien beziehen sich ebenfalls mit nur wenigen Ausnahmen auf recht breite Altersspektra

so bspw. auf Heranwachsende zwischen 4 bzw. 6 und 18 Jahren (129,135), zwischen 7 und 17 Jahren (164) oder zwischen 4 und 15 Jahren (162,163). Somit können die im Jugendalter vorliegenden Assoziationen nicht getrennt von denen der Kindheit betrachtet werden und lassen Spekulationen darüber zu, dass diese Studien in nach Altersgruppen stratifizierten Analysen evtl. auch keinen signifikanten Einfluss des SES auf psychische Auffälligkeiten im Jugendalter nachweisen könnten. Angesichts eines sehr umfangreichen Reviews, der derlei Variationen des Zusammenhangs zwischen SES und Gesundheitsoutcomes mit dem Alter zeigte, lassen sich solche Vermutungen gut begründen (179). Lediglich die für zwei Altersgruppen (6- bis 10- und 11- bis 16-Jährige) getrennte Auswertung des britischen Gesundheitssurveys sowie eine finnische Publikation fügen sich weniger gut in diese Interpretation ein: die englischen Daten lassen keine schwächere Assoziation zwischen SES und psychischen Auffälligkeiten in der Jugend erkennen und die finnische Studie berichtet einen sozialen Gradienten in Hinblick auf Depressionen und Problemtrinken bei 15- und 16-Jährigen.

Festgehalten werden kann an dieser Stelle, dass sich der Zusammenhang zwischen SES und psychischen Auffälligkeiten im Jugendalter zwar inkonsistent darstellt – und damit eine weitere Untersuchung der These stärkerer gesundheitlicher Gleichheit im Jugendalter wünschenswert erscheinen lässt – in einigen Ländern ein niedriger familiärer Wohlstand jedoch auch in dieser Lebensphase mit einem deutlich höheren Risiko psychischer Auffälligkeiten verbunden ist. Ergänzend zu den oben bereits hergeleiteten Schlußfolgerungen, dass

- (a) bei der Planung von Präventionsmaßnahmen Schwerpunktsetzungen in einzelnen europäischen Ländern sinnvoll erscheinen,
- (b) alters- und geschlechtsspezifische Eingrenzungen der Zielgruppe für Präventionsmaßnahmen hingegen nicht zielführend sind, kann hier zudem festgehalten werden, dass
- (c) ein Sozillagenbezug von solchen Maßnahmen zumindest in einigen Ländern der hier dargestellten Epidemiologie psychischer Auffälligkeiten im Jugendalter gerecht würde.

In Bezug auf diesen letzten Punkt soll der Erörterung geeigneter **Präventionsstrategien** zunächst vorweggeschickt werden, dass zur Bekämpfung sozialer Ungleichheit in Gesundheitsoutcomes ein Ansetzen an den Wurzeln des Problems sicher die erstrebenswerteste Methode wäre, zumal die Reduktion von Armut und die Vergrößerung der Teilhabe unterer Einkommensgruppen am gesellschaftlichen Wohlstand wohl nach Auffassung der meisten Menschen grundsätzlich – d.h. auch unabhängig von Gesundheitsaspekten – wünschenswerte Ziele darstellen. In Hinblick auf die Bevölkerungsgesundheit können die positiven Effekte solcher Veränderungen auch historisch nachvollzogen werden (214).

Auf Grundlage der hier präsentierten Analysen kann jedoch nicht belegt werden, dass sich durch derlei – wenn auch allgemein wünschenswerte – Maßnahmen psychische Auffälligkeiten bei Jugendlichen in allen Ländern reduzieren würden. Makroökonomische Indikatoren wie Armutsraten und Einkommensverteilung lassen schließlich keinen Zusammenhang mit den Auftretenshäufigkeiten psychischer Auffälligkeiten erkennen und auch der individuelle familiäre Wohlstand bildet nur in wenigen Ländern einen Risikofaktor, der mit einem nennenswerten Präventionspotential einhergeht. Lediglich in Tschechien und Polen könnten sich Umverteilungsprozesse, die den dort relevanten Risikofaktor eines niedrigen SES in seiner Häufigkeit reduzieren, auch positiv auf die Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten auswirken. Da eine deutliche Armutsreduktion in näherer Zukunft jedoch unrealistisch erscheint, gewinnt die Feststellung an Relevanz, dass sich mit diesen Anforderungen an sozial- und wirtschaftspolitisches Handeln nicht die direkt im Gesundheitsbereich zu ziehenden Konsequenzen erübrigen (214).

In Bezug auf letztere erscheint auf Grundlage der hier präsentierten Erkenntnisse eine besonders gezielte Ausrichtung von Präventionsmaßnahmen auf sozial benachteiligte Jugendliche zumindest in Tschechien und Polen geeignet, um dort die mit einem niedrigen SES verbundenen negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit bei Jugendlichen wenigstens zu reduzieren. In den anderen Ländern würden gezielt auf sozial Benachteiligte abgestimmte Maßnahmen eher einen ethischen Anspruch (wie er bspw. durch die WHO formuliert wird, siehe oben) oder auch gesetzliche Vorgaben (wie bspw. in Deutschland durch §20 des fünften Sozialgesetzbuchs) erfüllen, lassen aufgrund des geringen Präventionspotentials auf Bevölkerungsebene in dieser Altersgruppe jedoch keine deutlichen Effekte erwarten.

Angesichts dieses Umstands sowie angesichts der Tatsache, dass in allen Ländern auch Jugendliche mit hohem SES – wenn auch teilweise relativ niedrigere – absolut betrachtet ebenfalls hohe Raten psychischer Auffälligkeiten aufweisen, erscheint die im Bereich der Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter als „*reducing health gradients*“ (214, S.21) bezeichnete Strategie ein in Hinblick auf psychische Auffälligkeiten im Jugendalter angemessenes Vorgehen zu beschreiben. Dabei wird die Gesundheit aller sozialen Gruppen gefördert, die der sozial Benachteiligten jedoch besonders stark berücksichtigt, um gesundheitliche Ungleichheit zu reduzieren wenn nicht gar aufzuheben (214). Diese Strategie bietet den Vorteil, dass die ebenfalls oft von psychischen Auffälligkeiten betroffenen sozial bessergestellten Jugendlichen als Zielgruppe nicht ausgeklammert bleiben. Zudem berücksichtigt sie den – zumindest in einigen Ländern gegebenen – graduellen Zusammenhang zwischen SES und psychischen Auffälligkeiten. Darüber hinaus könnte man sich so die Situation der im Jugendalter eher geringfügig ausgeprägten sozialen

Unterschiede der psychischen Gesundheit als Ausgangsbasis zu Nutzen machen, um ein Eintreten der im Erwachsenenalter konsistent nachgewiesenen sozialen Unterschiede des psychischen Gesundheitsstatus (siehe 2.3.3) rechtzeitig zu prävenieren und die in vielen Ländern offenbar erst später einsetzende Entwicklung in Richtung sozialer Ungleichheit zu vermeiden. In diesem Sinne wird die größere Gleichheit unter Heranwachsenden auch als wichtiger Prozess im Rahmen einer möglichen „Chancenumverteilung“ angesehen (180).

In der Folge wird vor dem Hintergrund dieser Idee erörtert, inwiefern sich Maßnahmen in den Lebenswelten Schule, Familie und Gleichaltrigengruppe zur Reduktion sozialer Ungleichheiten (letztlich nicht nur) in der psychischen Gesundheit eignen. Da Jugendliche mit niedrigem familiären Wohlstand besonders von zu treffenden Maßnahmen profitieren sollten, werden die in den hier durchgeführten Analysen ermittelten Mediatoren des SES sowie sozial ungleich verteilte lebensweltliche Ressourcen besonders berücksichtigt. Es werden darüber hinaus aber auch Möglichkeiten gezielter Ressourcenförderung diskutiert, die von der sozialen Lage unabhängig sind und die spezifischen Bedürfnisse von Jugendlichen bestimmter Nationen, verschiedenen Geschlechts und unterschiedlichen Lebensalters in den Blick nehmen.

Zusammenfassung – Raten psychischer Auffälligkeiten in verschiedenen Populationen

Die sich allgemein in den Forschungsstand gut einfügenden Prävalenzen weisen auf eine hohe Public Health-Relevanz psychischer Auffälligkeiten hin. Da die **Größe der hinsichtlich präventiver Bemühungen besonders relevanten Risikogruppe** in den Ländern jedoch zwischen 13% und 34% schwankt, legen die Ergebnisse nicht nur eine unterschiedliche Bedeutung von Maßnahmen sondern auch die Verwendung verschiedener Präventionsstrategien nahe. So könnten in Ländern mit niedrigeren Prävalenzen und besserer Ressourcenausstattung Screenings mit anschließendem Diagnostik- und Beratungsangebot sinnvoll sein, in Ländern mit höheren Raten und geringeren Ressourcen wären hingegen eher universale oder auch selektive Strategien zweckmäßig.

Die **Prävalenzschätzungen klinisch relevanter psychischer Störungen** zwischen 5.9% und 9.0% lassen eine Unterversorgung der betroffenen Heranwachsenden vermuten, die sich jedoch wegen mangelnder Angaben zur Behandlungshäufigkeit in dieser Altersgruppe nicht empirisch belegen lässt. Ein Abgleich der hier ermittelten Ergebnisse mit dem Forschungsstand ist auch nur sehr eingeschränkt möglich, da bislang kaum vergleichbare Schätzungen vorliegen. Insgesamt erscheinen die Größenordnungen bei Berücksichtigung der diversen methodischen Unterschiede jedoch mit denen anderer Studien vergleichbar und auch die Ergebnisse des hier vorgenommenen internationalen Vergleichs lassen sich in Einklang mit den wenigen Forschungsergebnissen in diesem Bereich interpretieren. Grundsätzlich sind die Schätzungen klinisch relevanter Störungen und ihr Vergleich aufgrund der teils variierenden Datengrundlagen, aber auch wegen der Limitationen des Messinstruments (u.a. ungünstige und abweichende psychometrische Eigenschaften, fehlende interkulturelle Validierung des Algorithmus) jedoch mit Vorsicht zu handhaben. Das Identifizieren der Risikogruppe ist hingegen per Augenscheinvalidität einfacher legitimierbar.

Zusammenfassung – Fortsetzung

Hinsichtlich der **Rolle von Alter und Geschlecht** kann die Hypothese einer vergleichbaren Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Jungen und Mädchen bestätigt werden, wobei sich in den gesamteuropäischen Daten die Tendenz vergleichsweise höherer Raten bei jüngeren und niedrigerer Raten bei älteren Jungen abzeichnet. Zudem zeichnet sich eine Tendenz zu eher deutlicheren Auffälligkeiten der Mädchen ab, die jedoch auch in verschiedenen Sensitivitäten des Messinstruments für einzelne Störungsgruppen begründet sein könnte. Der Umstand, dass sich diese mit dem internationalen Forschungsstand durchaus korrespondierenden Ergebnisse auf Ebene der einzelnen Länder kaum widerspiegeln, verdeutlicht die insgesamt eher nachgeordnete Rolle von Alter und Geschlecht als Prädiktoren eines nicht-störungsspezifischen Globaloutcomes psychischer Auffälligkeiten, die sich zudem kulturspezifisch unterschiedlich ausgestaltet. Letzteres könnte auch ein Mitgrund für die eher uneinheitliche Befundlage in der internationalen Literatur sein, wobei jedoch offen bleibt, welche Bedeutung reale Länderunterschiede hier gegenüber den verschiedenen verwendeten methodischen Vorgehensweisen haben.

Die **Raten des familiären Wohlstands** weisen zwar innerhalb Europas deutliche Unterschiede auf, als Makroindikatoren zeigen sie jedoch keinen unabhängigen Effekt bzgl. der nationalen Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten. Auch die oft postulierte Assoziation zwischen höherer Einkommensungleichheit und Bevölkerungsgesundheit kann für diesen Bereich und diese Altersgruppe nicht bestätigt werden. Zwar sind die Nullergebnisse wegen der geringen Power nur eingeschränkt interpretierbar, decken sich jedoch mit weiteren, in der Literatur auffindbaren nicht gelungenen Replikationsversuchen. Auf **individueller Ebene** erweist sich ein niedriger SES dagegen in fünf Ländern (CZ, ES, FR, PL, UK) als signifikanter Risikofaktor. Obwohl der größte Effekt in UK vorliegt, zeigen die populationsattributablen Risiken die größte Bedeutung für die Gesamtmorbidität in Tschechien und Polen, da hier größere Teile der Bevölkerung von einem niedrigen familiären Wohlstand betroffen sind (Präventionsparadox). Hier würde jeder vierte bis fünfte Fall psychischer Auffälligkeiten verhindert, bestünde der Risikofaktor nicht. Die Frage, warum in einigen Ländern eine (deutliche) Assoziation zwischen SES und psychischen Auffälligkeiten vorliegt und in anderen nicht, muss in dieser Arbeit leider unbeantwortet bleiben. Da die **Makroindikatoren** des gesellschaftlichen Wohlstands bzw. seiner Verteilung diesbezüglich irrelevant erscheinen, weisen die Ergebnisse auf die Notwendigkeit hin, zukünftig andere mögliche Gründe für das Vorliegen bzw. Fehlen eines sozialen Gradienten zu untersuchen (bzw. Analysen von höherer statistischer Power durchzuführen). Grundsätzlich korrespondiert das uneinheitliche Bild, das sich in Hinblick auf diese Beziehung für die einzelnen Länder ergibt, jedoch mit den vorliegenden Publikationen, die zwar in vielen, aber nicht in allen untersuchten Ländern zumindest einen Trend in die erwartete Richtung zeigen. Die weniger eindeutig als erwarteten und teilweise auch länderspezifischen Studien widersprechenden Resultate lassen sich u.a. sicher auf Unterschiede der Operationalisierung zurückführen, sollten aber auch als Indikator eines möglicherweise tatsächlich schwächeren bis inexistenten Zusammenhangs zwischen SES und psychischen Auffälligkeiten diskutiert werden. Dies stünde im Einklang mit der **These des Jugendalters als Phase ausgeprägter sozialer Gleichheit**, die es zukünftig intensiver anhand Strata aus Stichproben mit breiteren Altersspektren zu überprüfen gilt.

Gemäß den hier ermittelten Ergebnissen sollten den sozialen Gradienten reduzierende Interventionen gegenüber gezielten Präventionsmaßnahmen für sozial Benachteiligte bevorzugt werden, da letztere bzgl. der Gesamtraten psychischer Auffälligkeiten nur in wenigen Ländern merkbare Effekte erwarten lassen.

6.3 Jugendliche Lebenswelten als Ansatzpunkte für Public Health-Strategien

“In reality, disorders may arise for a variety of reasons, often interacting. [...], a mental or psychiatric disorder, [...], may indicate the reactions of a child or adolescent to external circumstances, which, if changed, could largely resolve the problem.”
(Meltzer et al. 2000, 121, S.16)

Die hier untersuchten Lebensbereiche Schule, Familie und Gleichaltrigengruppe (letzteres unterteilt in Freundschaften und Bullying) weisen konsistent signifikante Zusammenhänge mit der Auftretenshäufigkeit psychischer Auffälligkeiten auf. Die mit dem Wohlbefinden in den Lebensbereichen verbundenen Odds Ratios zeigen – je nach Land – für jeden zusätzlichen Punkt auf der jeweiligen Skala eine Reduktion der Chance, psychisch auffällig zu sein, um 4% bis 10% (Schule), 5% bis 8% (Familie), 2% bis 5% (Freundschaften) bzw. 3% bis 5% (Bullying) an.¹²⁸ Die Ergebnisse verdeutlichen somit die Relevanz der Lebenswelten als mögliche Einflussfaktoren hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten in Präventionsmaßnahmen, zumal die Wohlbefindenswertes eine recht große Schwankungsbreite aufweisen und Erhöhungen um zwei oder drei Punkte mit entsprechend höheren Reduktionen der Chance, psychisch auffällig zu sein, einhergehen. Da diese Assoziationen unabhängig von der sozialen Lage sind, verweisen sie auf die Möglichkeit von Präventionsstrategien, von denen zunächst alle – sozial bessergestellte wie benachteiligte Jugendliche – profitieren können, auch wenn in der Folge noch zu erörtern sein wird, wie praktisch ein größerer Nutzen für diejenigen mit geringerem familiären Wohlstand erreicht werden kann.

Die obigen Ergebnisse relativieren sich jedoch bei Betrachtung der gemeinsamen Analyse aller Lebensbereiche als Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten wieder etwas. Hier zeigt sich, dass der Bereich Freundschaften in keinem Land – mit Ausnahme Schwedens – einen eigenen Beitrag zur Vorhersage psychischer Auffälligkeiten liefern kann. Es kann vermutet werden, dass die Ausprägung des Wohlbefindens mit FreundInnen vor allem mit dem Wohlbefinden in der Schule oder dem Erleiden von Bullying korreliert ist,¹²⁹ so dass bei Einbezug der anderen untersuchten Bereiche das Befinden mit den FreundInnen aufgrund der gemeinsamen Varianz keine zusätzliche Information bzgl. psychischer Auffälligkeiten bietet. Die Tatsache, dass sich der Bereich der Peer-Beziehungen nicht als signifikanter Einflussfaktor erweist, muss jedoch auch unter Berücksichtigung des Skaleninhalts interpretiert

¹²⁸ Die zugrundeliegenden Odds Ratios können im Ergebnisteil nachgelesen werden. Aus der hier dargestellten Übersicht der Schwankungsbreiten wurden Werte von Ländern mit Wechselwirkungstermen ausgeschlossen.

¹²⁹ Es könnte selbstverständlich auch die berichtete Beziehungsqualität in Freundschaften mit dem Erleben der Beziehungen zu Hause korreliert sein. Dies ist jedoch nicht so naheliegend und letztlich irrelevant.

werden. Dieser hebt vor allem auf die Qualität vorhandener Freundschaften ab, so dass durchaus denkbar ist, dass das Erfassen anderer Aspekte von Freundschaften – wie bspw. die Anzahl oder die Häufigkeit des Kontakts – zu anderen Ergebnissen führen könnte.

Im Gegensatz zu den FreundInnen können die Familie und die Schule als wichtige Lebensbereiche bei der gemeinsamen Untersuchung der Prädiktoren bestätigt werden. Insbesondere die Familie erweist sich hier als Bereich von besonderer Bedeutung. In der vergleichenden Analyse der Lebenswelten bildet sie in sechs der zwölf Länder (AT, CH, CZ, EL, ES, NL) für beide Geschlechter und in weiteren zwei Ländern (DE, FR) bei den Jungen den wichtigsten Prädiktor psychischer Auffälligkeiten. Die ermittelten Odds Ratios zeigen dabei an, dass auch bei Berücksichtigung der anderen Lebensbereiche mit jeder Verbesserung des Familien-Skalenwerts um einen Punkt in diesen Ländern die Chance für das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten um 5% bis 8% sinkt.

Aber auch der Lebensbereich Schule erweist sich als relevant und zeigt in Polen, Großbritannien und Schweden sogar die größte Assoziation mit der Chance, psychisch auffällig zu sein. Während in Polen und Großbritannien die Chance, psychisch auffällig zu sein, mit jedem Punkt auf der Schulskala um 8% bzw. 7% sinkt, ist die Bedeutung des schulischen Bereichs in Schweden geschlechtsspezifisch unterschiedlich: hier wird bei den Mädchen eine entsprechende Chancenreduktion von 13%, für Jungen jedoch nur eine von 6% beobachtet.¹³⁰

Auch in Deutschland und Frankreich zeigt sich für die Mädchen eine besondere Bedeutung dieses Bereichs (mit Chancenreduktionen von 9% bzw. 10%), während er für die Jungen kaum von Bedeutung ist. In der Schweiz kann als einzigem Land für beide Geschlechter keine signifikante Assoziation zwischen dem schulischen Wohlbefinden und psychischen Auffälligkeiten mehr beobachtet werden, wenn für das Befinden in den anderen Lebensbereichen kontrolliert wird. In den übrigen Ländern beträgt die mit einer Zunahme des schulischen Wohlbefindens verbundene Chancenreduktion psychischer Auffälligkeiten zwischen 3% und 5%.

Da sich weder für den Bereich der Freundschaften noch für den Lebensbereich Schule oder Familie Wechselwirkungsterme mit dem Alter als signifikant erwiesen, können die Hypothesen über die sich ändernde Bedeutsamkeit dieser Lebensbereiche mit zunehmendem Alter hier nicht bestätigt werden. Die Erwartung und die in der Literatur vielfältig vertretene Auffassung (179, 258,259,), dass die Gesundheitsrelevanz von Freundschaften während der Jugendzeit

¹³⁰Da Mädchen in den Analysen mit 0 kodiert wurden, lässt sich ihre Chancenreduktion bei verbesserter Schulskala direkt aus dem in **Tabelle 31** berichteten OR von 0.87 ableiten. Die bei den Jungen mit einer Verbesserung der Schulskala einhergehende Chancenreduktion wurde durch die Multiplikation des OR_{Schule} mit dem Wechselwirkungsterm von Schule und Geschlecht abgeleitet ($0.87 * 1.08 = 0.94$) und entspricht somit 6%.

mit zunehmendem Alter steigt, konnte demnach hier in Hinblick auf die psychische Gesundheit nicht bestätigt werden. Das Gleiche gilt für die erwartete Abnahme der Bedeutung der Familie, die ebenfalls in keinem einzigen Land beobachtet werden konnte. Auch die Erwartung, dass aufgrund der mit dem Alter zunehmenden Wichtigkeit der Leistungen für die berufliche Zukunft das schulische Wohlbefinden im Verlauf der Jugend für die psychische Gesundheit an Bedeutung gewinnt, bestätigte sich nicht.

Statt dessen zeigten sich in einigen Ländern die oben bereits angesprochenen signifikanten Wechselwirkungen mit dem Geschlecht, die darauf hindeuten, dass ein niedriges schulisches Wohlbefinden in einigen Ländern (DE, FR, HU, SE) eher bei Mädchen mit psychischen Auffälligkeiten assoziiert ist. Auch für die Freundschaften zeigt sich in Schweden – dem einzigen Land, in dem Freundschaften einen signifikanten Prädiktor bilden – ausschließlich eine Assoziation für die Mädchen.¹³¹

Obwohl die Bedeutung der Integration in die Gleichaltrigengruppe in Hinblick auf Freundschaften bezüglich der Auftretenshäufigkeit psychischer Auffälligkeiten vergleichsweise gering zu sein scheint, erweisen sich geringere Bullying-Erfahrungen auch nach der Kontrolle für andere Lebensbereiche zumeist als signifikanter Prädiktor. Die Effekte sind zwar angesichts der Odds Ratios von 0.96 oder 0.97 eher klein, könnten sich bei Änderungen um mehrere Skalenpunkte jedoch multiplizieren. Zudem sind sie konsistent in zehn der zwölf in die Analyse einbezogenen Länder nachweisbar. In diesem Bereich zeigen sich allerdings keine Differenzierungen in Abhängigkeit vom Alter oder dem Geschlecht.

Die hier beobachteten Ergebnisse weisen insgesamt darauf hin, dass die Bedeutung einzelner Lebensbereiche hinsichtlich der Chancen psychischer Auffälligkeiten in verschiedenen europäischen Ländern etwas voneinander abweicht. Die Beobachtung, dass in den meisten Ländern das familiäre Wohlbefinden den stärksten Prädiktor darstellt, in einigen dagegen die Schule an erster Stelle steht, lässt sich als Verweis auf innerhalb Europas möglicherweise variierende kulturelle Bedeutungen der Familie und der Schule verstehen. Neben derlei kulturellen Unterschieden stellen sicherlich auch die länderspezifischen Schulsysteme einen zentralen Faktor dar. Diese unterscheiden sich nicht nur durch den in der Schule ausgeübten „Selektionsdruck“ sondern auch in Aspekten, wie viel Zeit Jugendliche in der Schule verbringen, wie Klassen- und LehrerInnenkonstellationen gestaltet sind etc.

¹³¹ Die Multiplikation der Werte aus **Tabelle 31** $OR_{\text{Freunde}} * \text{Wechselwirkung} = 0.96 * 1.04$ ergibt einen Wert von 1 und zeigt damit einen Nulleffekt der Freundschaften hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten bei Jungen an.

Obwohl es sinnvoll erscheint, die hier beobachteten länderspezifischen Unterschiede bei der Planung von Präventionsmaßnahmen zu berücksichtigen, sollten sie aufgrund ihrer überschaubaren Größe doch nicht überbewertet werden. Die schul- bzw. familienbezogenen Odds Ratios unterscheiden sich durchgehend nur in der zweiten Nachkommastelle und hier in einigen Ländern auch nur in extrem geringem Ausmaß (EL: 0.96 vs. 0.95; NL: 0.95 vs. 0.94 bzw. CZ: 0.96 vs. 0.94 und ES: 0.97 vs. 0.95). Derartig kleine Unterschiede sind letztlich – in Hinblick auf die einzubeziehende Ungenauigkeit der Schätzung und somit überlappende Konfidenzintervalle – kaum inhaltlich interpretierbar. Selbst wenn derlei kleine Abweichungen in der Bedeutsamkeit verschiedener Lebenswelten die realen Verhältnisse abbilden würden, könnte sich beim Einbezug weiterer bei der Planung von Präventionsmaßnahmen zu bedenkender Aspekte¹³² dennoch eine Entscheidung zugunsten eines weniger Einfluss nehmenden Settings als sinnvoll erweisen.

Da in einigen Ländern aber auch größere Unterschiede zu beobachtet sind – die Bedeutung der Schule als Einflussfaktor in Polen und Großbritannien bspw. merklich ausgeprägter ist als die der Familie (PL: 0.92 vs. 0.96; UK: 0.93 vs. 0.98) – kann ein Beachten dieser Ergebnisse dennoch hilfreich sein, wenn es um die Wahl von Ansatzpunkten präventiver Maßnahmen in den einzelnen europäischen Ländern geht. Für viele der in diese Untersuchung einbezogenen Länder lässt sich aus den Ergebnissen ableiten, dass ein Fokus präventiver Maßnahmen auf die Familie am ehesten Effekte verspricht. Dies ist insofern keine besonders erfreuliche Nachricht, als dass mit dem familiären Setting besondere Zugangsprobleme einhergehen und durch diesen Ansatz nicht – wie in der Schule – weitgehend unproblematisch viele Zielpersonen aller sozialen Schichten erreichbar sind. Somit ist das Problem einer sozial selektierten Inanspruchnahme präventiver Angebote (214,225) hier verstärkt gegeben. Zudem kann die aufwendigere Kontaktaufnahme mit der Zielgruppe höhere Kosten bedingen. Nichtsdestotrotz müssen Präventionsmaßnahmen letztlich die Bedürfnisse derer in Rechnung stellen, die sie erreichen möchten, so dass konzeptuelle Weiterentwicklungen, die die Bedeutsamkeit familiärer Einflüsse adäquat berücksichtigen, im Bereich der Prävention unverzichtbar sind. Die Ergebnisse der anderen Länder, die eher eine Priorisierung schulbezogener Maßnahmen unterstützen, sind hingegen praktisch leichter umsetzbar.¹³³

¹³² Hierbei spielt bspw. auch die Schwankungsbreite der jeweiligen Skalenwerte eine Rolle, da sich mit größeren Abweichungen die Effekte multiplizieren. Zudem ist die Effektivität möglicher Interventionen relevant.

¹³³ Bei all diesen oben ausgeführten Überlegungen sowie bei den weiteren Ausführungen muss selbstverständlich grundsätzlich bedacht werden, dass aufgrund der querschnittlichen Natur der zugrundeliegenden Daten nicht nur ein Einfluss der Wohlbefindenswerte auf die psychische Gesundheit, sondern auch eine umgekehrte Wirkrichtung anzunehmen ist. Diese Einschränkung wird gesondert unter 6.5 diskutiert.

6.3.1 Potential von Prävention und Gesundheitsförderung mit Sozialogenbezug

6.3.1.1 Die Berücksichtigung von Lebenswelten als Mediatoren des SES

Eine besonders vielversprechende Strategie zur Reduktion des sozialen Gradienten hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten stellt das Ansetzen an Mediatoren des SES dar, d.h. an Lebensbereichen, die den Effekt des sozialen Status auf die psychische Gesundheit (mit)bewirken. Setzt man hier mit einer gezielten Förderung sozial benachteiligter Jugendlicher an, kann entsprechend eine Verbesserung der Raten psychischer Auffälligkeiten in dieser Zielpopulation erwartet werden. Aufgrund der allgemein hohen Raten psychischer Auffälligkeiten wäre es im Sinne der oben eingeführten Strategie „*reducing health gradients*“ jedoch sinnvoll, Maßnahmen zu treffen, die alle Jugendlichen ansprechen, da auch die Bessergestellten von einer Wohlbefindenssteigerung in den untersuchten Lebensbereichen hinsichtlich ihrer psychischen Gesundheit profitieren könnten. Durch die Auswahl von Mediatoren als Ansatzpunkte und die besondere Ansprache sozial benachteiligter Gruppen könnte dann eine allgemeine Prävalenzsenkung bei flacherem Gradienten angestrebt werden.

Es erklärt sich von selbst, dass ein Ansetzen an Mediatoren ausschließlich in den Ländern in Betracht kommt, die eine signifikante Erhöhung der Chancen psychischer Auffälligkeiten bei niedrigem SES aufweisen. Eine solche Präventionsstrategie kann demnach nur für Tschechien, Spanien, Frankreich, Polen und Großbritannien erwogen werden und ist damit innerhalb Europas nur begrenzt anwendbar. Für diese fünf Länder zeigen die Daten jedoch zunächst, dass überall wenigstens eine der hier untersuchten Lebenswelten als Mediator des SES wirkt.¹³⁴ In Polen, Tschechien und Großbritannien traf dies für drei der vier untersuchten Bereiche zu, in Spanien und Frankreich hingegen zeichnete sich nur für jeweils einen Bereich eine Mediatorenwirkung ab.

In Hinblick auf die Frage, welche der untersuchten Lebenswelten für das Ansetzen präventiver Maßnahmen besonders vielversprechend erscheint, lässt sich aus diesen für die einzelnen Bereiche durchgeführten Analysen zunächst kein Fazit ziehen: Sowohl das Wohlbefinden in der Schule (CZ, ES, UK) als auch das Wohlbefinden in der Familie (CZ, PL, UK) als auch die bestehenden Freundschaften (CZ, FR, PL) vermitteln in drei Ländern die Auswirkung eines niedrigen SES auf die Auftretenswahrscheinlichkeit psychischer Auffälligkeiten. Für die

¹³⁴ Hier ist sowohl (A) ein geringeres Wohlbefinden mit niedrigem familiären Wohlstand als auch (B) ein niedriges Wohlbefinden mit dem Vorliegen psychischer Auffälligkeiten assoziiert, so dass sich (C) die soziale Ungleichheit hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten zumindest teilweise durch die Lebenswelt erklären lässt.

Familie zeigte sich in einem vierten Land (ES) eine Tendenz,¹³⁵ und in zwei Ländern (PL, UK) konnte die Bullying-Problematik als vermittelnder Einfluss identifiziert werden.

Die Ergebnisse der Gesamtanalyse unter Einbezug aller Lebenswelten weist jedoch – wie oben bereits angesprochen – auf eine zu vernachlässigende Rolle der Gleichaltrigengruppe hin. In den Ländern, in denen die Qualität bestehender Freundschaften die Wirkung des SES auf psychische Auffälligkeiten zu vermitteln schien (CZ, FR, PL), erweist sich dieser Bereich nicht mehr als signifikanter Einflussfaktor auf die psychische Gesundheit. Offenbar trat dieser Mediator-Effekt also lediglich aufgrund der gemeinsamen Varianz der Freundschaftsbeziehungen mit dem schulischen und familiären Wohlbefinden, sowie mit der Bullying-Problematik auf. Da der Bereich der Peer-Beziehungen also keinen eigenständigen Beitrag zur Erklärung psychischer Auffälligkeiten liefert, entfällt in Frankreich die einzige beobachtbare scheinbare Mediatorenwirkung, die jedoch bereits vor der statistischen Kontrolle für die anderen Lebenswelten nur einen schwachen Effekt aufwies. Die Bullying-Problematik zeigt hingegen auch in der gemeinsamen Analyse etwa den gleichen Effekt hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten wie ohne eine Kontrolle für die anderen Lebensbereiche. Dies lässt wiederum den Schluss zu, dass die Bullying-Problematik in Polen und Großbritannien tatsächlich einen Moderator psychischer Auffälligkeiten darstellen dürfte.

Die Zusammenschau der Ergebnisse weist demnach darauf hin, dass sich die höheren Auftretenshäufigkeiten psychischer Auffälligkeiten bei Jugendlichen mit niedrigem SES in mehreren Ländern anteilig durch deren schlechteres Befinden in der Schule (CZ, ES, UK), sowie durch ihre ungünstigere familiäre Situation (CZ, PL, UK und ggf. ES, s.o.) erklären lassen. In Polen und Großbritannien bildet darüber hinaus auch der Umstand, dass sozial benachteiligte Jugendliche häufiger Bullying erleiden, einen Einflussfaktor für die höheren Raten psychischer Auffälligkeiten.

Die Ergebnisse korrespondieren erstaunlich gut mit denen einer dänischen Studie (241), die zeigte, dass Heranwachsende mit niedrigem SES geringere familiäre Ressourcen, eine weniger starke Bindung an die Schule¹³⁶ und etwas mehr Probleme in Peer-Beziehungen aufweisen. Auch hier zeigten sich jedoch die Peers hinsichtlich der psychischen Gesundheit als am wenigsten einflussreich. Die stärkste Reduktion der abträglichen Auswirkungen eines niedrigen SES auf psychische Symptome wurde bei einer Kontrolle für schulische Aspekte

¹³⁵ In Spanien sinkt die mit einem niedrigen SES assoziierte Chancenerhöhung von OR=1.91 bei Einbezug des familiären Wohlbefindens als Prädiktor auf OR=1.77 und ist nicht mehr signifikant. Da die Assoziation zwischen einem niedrigen SES und einem reduzierten familiären Wohlbefinden jedoch sehr knapp nicht signifikant ist, sind die Voraussetzungen einer Mediatorenwirkung hier nicht erfüllt.

¹³⁶ So berichten sie geringeres Zugehörigkeitsgefühl und fühlen sich auch häufiger ungerecht behandelt.

beobachtet.¹³⁷ Bei Einbezug der familiären Aspekte reduzierte sich der Zusammenhang ebenfalls deutlich. Die Berücksichtigung der leicht beeinträchtigten Freundschaftsbeziehungen sozial benachteiligter SchülerInnen hingegen änderte nichts an der Assoziation. Nach Einbezug aller Lebenswelten blieben hier kaum Effekte des SES übrig (241).

In Hinblick auf die Frage, in welchem der hier aufgeführten Lebensbereiche mit Mediatorwirkung ein Ansetzen von Präventionsmaßnahmen am effektivsten sein könnte, legt die zusammenfassende Analyse zur relativen Bedeutung der Wohlbefindensmaße für die einzelnen Länder verschiedene Schlussfolgerungen nahe.

Für Tschechien weist die Zusammenschau der Analysen eindeutig auf eine zu treffende Schwerpunktsetzung im familiären Bereich hin: So erweist sich das familiäre Wohlbefinden in Hinblick auf alle Heranwachsenden dort als stärkster Prädiktor psychischer Auffälligkeiten und auch beim Vergleich der dort wirksamen Mediatoren zeigt sich, dass ausschließlich bei einer Adjustierung für das familiäre Wohlbefinden der Einfluss des SES an Signifikanz verliert. Das schulische Wohlbefinden ist hier zwar ebenfalls für die Gesamtheit der Jugendlichen relevant und stellt einen Mediator des SES dar, erzielt jedoch geringfügig kleinere Effekte. Wie oben bereits angesprochen, muss letzteres jedoch bei Entscheidungen zur Interventionsplanung nicht zwangsläufig entscheidend sein, zumal angesichts der hohen Raten psychischer Auffälligkeiten in Tschechien ein gleichzeitiges Ansetzen in verschiedenen Settings ratsam erscheint.

In Großbritannien spricht die Zusammenschau der Ergebnisse recht deutlich für eine Priorisierung schulbasierter Maßnahmen im Präventionsbereich. Dies begründet sich vor allem aus dem relativ starken Beitrag, den das schulische Wohlbefinden als Prädiktor psychischer Auffälligkeiten leistet. Gleichzeitig wirkt das schulische Wohlbefinden als Mediator des SES, so dass es einen möglichen Ansatzpunkt zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit bietet. Zwar zeigt sich in Großbritannien bei Einbezug des familiären Wohlbefindens eine etwa vergleichbare Reduktion des mit einem niedrigem SES verbundenen Risikos psychischer Auffälligkeiten, eine Steigerung des familiären Wohlbefindens geht jedoch für die Gesamtheit der Jugendlichen mit einem geringeren Effekt einher als die Steigerung des schulischen Wohlbefindens (pro Skalen-Punkt Chancenreduktion um 2% vs. 7%), so dass schulbasierte Maßnahmen hier am sinnvollsten erscheinen.

¹³⁷ Hierbei wurde sowohl die Bindung der Jugendlichen an die Schule als auch das elterliche schulbezogene Engagement (Hilfsbereitschaft und Ermutigung in schulischen Anliegen, Besuch von schulischen Treffen) betrachtet.

In Polen sind die Ergebnisse weniger eindeutig. Die Gesamtheit der Heranwachsenden könnte insbesondere bei einer Steigerung des schulischen Wohlbefindens den größten Gesundheitsgewinn erzielen, da dieses am meisten Varianz des Auftretens psychischer Auffälligkeiten erklärt. Für den Bereich der Schule lässt sich jedoch keine Mediatorenwirkung aufzeigen. Das mit einem niedrigen SES assoziierte zusätzliche Risiko in Hinblick auf psychische Auffälligkeiten reduziert sich hier am deutlichsten bei Kontrolle für die Bullying-Problematik, und erreicht bei Berücksichtigung dieses Faktors keine statistische Signifikanz mehr. Auch das familiäre Wohlbefinden vermittelt in Polen die Beziehung zwischen niedrigem SES und psychischen Auffälligkeiten, jedoch in geringfügig weniger starkem Ausmaß als das Erleiden von Schikanen. Insofern weisen die polnischen Daten insgesamt darauf hin, dass im Sinne einer „*reducing health gradients*“-Strategie schulische Präventionsprogramme mit dem Ziel einer allgemeinen Prävalenzsenkung sinnvoll sein könnten, die jedoch durch gesonderte Komponenten zur Reduktion von Bullying auch gesundheitliche Ungleichheiten bekämpfen.¹³⁸

In Spanien geben die Daten ebenfalls keinen eindeutigen Hinweis auf geeignete Strategien. Hier zeigt das familiäre Wohlbefinden die stärkste Assoziation mit psychischen Auffälligkeiten, so dass auf die Familien gerichtete Maßnahmen für die Gesamtheit der Jugendlichen am sinnvollsten erscheinen. Für die Lebenswelt Familie kann jedoch (knapp) keine signifikante Mediatorenwirkung gezeigt werden. Im Sinne einer Reduktion sozialer Ungleichheiten wären statt dessen eher schulbezogene Maßnahmen geboten, da das schulische Wohlbefinden einen Mediator des SES darstellt. Letzteres erscheint im Sinne einer „*reducing health gradients*“-Strategie sinnvoll, da auf diese Weise alle Jugendlichen einen Gesundheitsgewinn erzielen könnten, dieser – bei entsprechendem Fokus der Maßnahmen – bei den sozial Benachteiligten aber größer sein könnte. In einer solchen Situation, in der die Daten nicht eindeutig für familien- bzw. schulbasierte Maßnahmen sprechen, kann das oben bereits angesprochene Kriterium der praktischen Umsetzbarkeit von Präventionsprogrammen in verschiedenen Settings eine Entscheidungshilfe bieten. Hier wäre demnach das Setting Schule wegen seiner leichteren Zugänglichkeit der Familie gegenüber zu bevorzugen, zumal meist insbesondere problembelastete Familien für präventive Maßnahmen weniger ansprechbar sind (siehe 2.4 und 6.4).

Für Frankreich lassen sich auf Grundlage der ermittelten Ergebnisse kaum Empfehlungen für die Ausrichtung von Präventionsmaßnahmen abgeben. Auch wenn psychische Auffälligkeiten

¹³⁸ Da das Auftreten von Bullying zwischen einzelnen Schulen stark variiert, muss diesbezüglich darauf hingewiesen werden, dass eine Anpassung der durch Präventionsmaßnahmen verfolgten Strategien an die jeweils lokalen Verhältnisse erforderlich ist (241). Dies gilt selbstverständlich nicht nur in Hinblick auf Bullying, sondern grundsätzlich für alle Interventionsplanungen, wird hier jedoch besonders deutlich.

unter Jugendlichen dort einen signifikanten sozialen Gradienten aufweisen, konnte unter den untersuchten Lebenswelten keine identifiziert werden, die den Effekt des SES vermittelt und somit einen guten Ansatzpunkt präventiver Maßnahmen mit Sozillagenbezug bilden könnte. Auch die Ergebnisse hinsichtlich der verschiedenen Lebenswelten als Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten für die Gesamtheit der Jugendlichen erschweren Schlußfolgerungen bzgl. geeigneter Präventionsstrategien. Der deutlich stärkste Effekt wird für den Bereich der Schule festgestellt – jedoch ausschließlich für die Mädchen, während das schulische Wohlbefinden für die französischen Jungen keinen signifikanten Prädiktor psychischer Auffälligkeiten darstellt. Da in Frankreich keinerlei Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Auftretenshäufigkeit globaler psychischer Auffälligkeiten vorliegen, ließe sich aber eine besonders auf Mädchen ausgerichtete Förderung des schulischen Wohlbefindens kaum rechtfertigen. Das familiäre Wohlbefinden stellt in Frankreich jedoch einen für beide Geschlechter gleichermaßen relevanten Prädiktor psychischer Auffälligkeiten dar und ist zudem im europäischen Vergleich recht gering ausgeprägt, so dass Maßnahmen in diesem Bereich angemessener sein könnten.

Die hier für die einzelnen Länder diskutierten Möglichkeiten von Schwerpunktsetzungen hinsichtlich der Entwicklung und des Einsatzes von präventiven Maßnahmen weisen insgesamt darauf hin, dass sowohl für die gezielte Unterstützung sozial schwacher Jugendlicher zur Milderung gesundheitlicher Ungleichheiten als auch für die allgemeine Reduktion psychischer Auffälligkeiten in den einzelnen europäischen Ländern verschiedene Strategien sinnvoll sein können. Insgesamt muss bei der Diskussion dieser Ergebnisse jedoch bedacht werden, dass die Effektstärken eher klein sind und die hier näher beleuchteten Differenzen zwischen der Bedeutung einzelner Lebensbereiche nicht sehr groß sind.

Die Ausführungen unter 6.2.3 wiesen bereits darauf hin, dass nur für zwei Länder - Tschechien und Polen – bezogen auf sozial benachteiligte Jugendliche ein nennenswertes Präventionspotential besteht. Nur dort ließe demnach ein gezielt auf Jugendliche mit niedrigen SES abgestimmtes – und zudem effektives – Vorgehen auf Populationsebene messbare Effekte erwarten. Die Größenordnung der allgemeinen Effekte der Lebenswelten als Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten wurde unter 6.3 bereits angesprochen und sollte nicht überschätzt werden. Nichtsdestotrotz können die Chancenreduktionen zwischen 5% und 8% mit jedem zunehmendem Punkt auf den Wohlbefindens-Skalen auf Bevölkerungsebene wertvoll sein. Auch wenn sie sich letztlich in geringen Prozentzahlen auswirken, können sie

in der zugrundeliegenden großen Population von Jugendlichen doch eine große Anzahl von Fällen vermeiden.¹³⁹

Wie bereits erwähnt und unten noch einmal gesondert diskutiert, beruhen die hier dargestellten Überlegungen auf der sehr vereinfachenden Annahme einer einseitigen Wirkrichtung der Wohlbefindensmaße auf psychische Auffälligkeiten. Auch wenn die umgekehrte Wirkung (also eine Beeinträchtigung des Wohlbefindens *durch* psychische Auffälligkeiten) zweifelsohne gleichfalls besteht, erscheint die hier fokussierte Richtung relevanter zu sein (siehe 6.5). Dennoch muss die wechselseitige Beziehung bei der Erörterung möglicher Präventionsmaßnahmen in Rechnung gestellt werden und eingeräumt werden, dass aufgrund dieser bidirektionalen Beziehung die dargestellten Effekte grundsätzlich Überschätzungen darstellen müssen. Eine weitere Limitation der präsentierten Überlegungen bildet die Auswahl der als Mediatoren des SES untersuchten Variablen. So sind sicher über diese Variablen hinaus vielfältige Lebensaspekte denkbar, die die Beziehung zwischen SES und psychischer Gesundheit beeinflussen und auch die Erfassung des *Wohlbefindens* in den jeweiligen Lebenswelten könnte die Rolle dieser Bereiche unangemessen auf einen bestimmten Aspekt eingrenzen (siehe 6.5).

Von Präventionsmaßnahmen, die an Mediatoren des SES ansetzen, kann nach den hier dargestellten Analysen und darauf aufbauenden Überlegungen, kein besonders starker, aber doch für eine große Anzahl von Jugendlichen (und ihr Umfeld) merkbarer Effekt erwartet werden. Inwiefern auf dieser Grundlage derlei gezielte Präventionsmaßnahmen förderungswürdig erscheinen, ist letztlich auch eine Frage politisch motivierter Prioritätensetzung.

Ein Ansetzen von Maßnahmen an den hier als Mediatoren identifizierten Lebenswelten im Rahmen einer „*reducing health gradients*“-Strategie kann jedoch auch in Hinblick auf andere Zielsetzungen als die Reduktion psychischer Auffälligkeiten empfohlen werden. So stehen diese Bereiche darüber hinaus in Zusammenhang mit anderen möglichen Entwicklungen Jugendlicher (bspw. gesundheitliches Risikoverhalten, Delinquenz etc.), deren Prävention wünschenswert erscheint. Zudem ist auch unabhängig von einem einhergehenden Präventionseffekt eine allgemeine Verbesserung des Befindens wünschenswert.

Der letztgenannte allgemeine psychosoziale Gesundheitsgewinn ist nach den unter 2.4 eingeführten Unterscheidungen mehr Gegenstand gesundheitsförderlicher denn präventiver Maßnahmen. Entsprechend werden die aus den Analysen ableitbaren Hinweise für mögliche Schwerpunktsetzungen der Gesundheitsförderung in der Folge gesondert unter 6.3.1.2 und 6.3.2 erörtert.

¹³⁹ So sänke eine Prävalenz von bspw. 21.3% bei Reduktionen der Chance (0.213/0.787) um 5% bzw. 8% um 0.9% bzw. 1.4%. Bei Zunahmen von zwei Punkten auf der jeweiligen Wohlbefindensskala könnten Reduktionen der Prävalenz um 1.7% bzw. 2.7%, bei Zunahmen um drei Punkte sogar um 2.5% bzw. 3.9% erreicht werden.

6.3.1.2 Sozillagenspezifische Ressourcenförderung in den Lebenswelten

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen nicht nur für die oben bereits besprochenen Mediatoren des SES Unterschiede in Abhängigkeit von der sozialen Lage. Auch in den Ländern, in denen keine Assoziation zwischen SES und psychischen Auffälligkeiten vorliegt, berichten Jugendliche mit niedrigem familiärem Wohlstand häufig ein geringeres Wohlbefinden in den verschiedenen Lebenswelten. *Gesundheitsförderliche Maßnahmen* zur Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens sollten demnach derlei Unterschiede durch einen entsprechenden Sozillagenbezug berücksichtigen. Auch wenn die hier präsentierten Daten keine mit einer sozillagenspezifischen Förderung dieser lebensweltlich verankerten Prädiktoren einhergehenden deutlichen Auswirkungen auf die Raten psychischer Auffälligkeiten erwarten lassen, würde auf diese Weise die psychosoziale Gesundheit im Sinne einer „*reducing health gradients*“-Strategie angegangen, da benachteiligte Jugendliche von einer Verbesserung besonders profitieren würden.

Die Daten zeigen, dass sich in allen Ländern – mit Ausnahme Österreichs – ein niedriger familiärer Wohlstand nachteilig hinsichtlich des Wohlbefindens in mindestens einem der vier untersuchten Bereiche auswirkt. Es erweist sich jedoch keiner der **Bereiche Schule, Familie, Freundschaften oder Bullying** als besonders anfällig für sozioökonomische Unterschiede. Zwar zeigen sich in der Schule am häufigsten – nämlich in sieben Ländern – signifikante Einbußen von sozial benachteiligten Jugendlichen, aber auch in den Bereichen Freundschaften und Bullying sind in sechs von 13 Ländern Heranwachsende mit niedrigem SES benachteiligt und für den Bereich der Familie zeigt sich ein solcher Zusammenhang in fünf Ländern.¹⁴⁰ Für das Wohlbefinden in der Familie, in Freundschaften und bzgl. Bullying lässt sich sogar in jeweils zwei oder drei Ländern (CH, CZ, FR, HU, UK) eine Benachteiligung der Jugendlichen mit mittlerem familiärem Wohlstand gegenüber den sozial sehr gut gestellten Heranwachsenden beobachten. Auch bei Betrachtung des Ausmaßes der mit einem niedrigen SES einhergehenden Reduktion der Wohlbefindenswerte lässt eine Zusammenschau der in dieser Arbeit präsentierten Ergebnisse keine deutlichen Unterschiede zwischen den Bereichen erkennen. Das Wohlbefinden in der Schule, in Freundschaften und bzgl. Bullying ist für die sozial benachteiligten Jugendlichen im Mittel um 2.5 reduziert (Median der Länderwerte), für das Wohlbefinden in der Familie ist dieser Wert mit 3.3 etwas höher, obwohl die Reduktion in den Ländern weniger konsistent beobachtbar ist.

¹⁴⁰ Bezieht man zusätzlich die Länder in die Betrachtung ein, in denen statistische Trends ($p < 0.10$) hinsichtlich einer Benachteiligung der sozial schlechter gestellten Jugendlichen beobachtet wurden, nivellieren sich die Unterschiede zwischen den einzelnen Bereichen noch mehr.

Für die soziallagenspezifische Ressourcenförderung lässt sich demnach keine besondere Lebenswelt identifizieren, die in gesundheitsförderlichen Maßnahmen aller hier untersuchten europäischen Ländern gleichermaßen Priorität genießen sollte. Hinsichtlich der *Dringlichkeit* soziallagenspezifischer Ressourcenförderung ergeben sich aus den Daten hingegen eindeutige Hinweise auf die Notwendigkeit, sozial benachteiligte Jugendliche in manchen **europäischen Ländern** besonders in den Blick zu nehmen. Der familiäre Wohlstand ist für das Wohlbefinden in den jugendlichen Lebenswelten Schule, Familie und Gleichaltrigengruppe in den hier untersuchten Ländern nämlich von sehr unterschiedlicher Bedeutung. Während in Österreich und Schweden weder in der Schule noch in der Familie, in Freundschaften oder bzgl. Bullying eine Beziehung zwischen niedrigem familiären Wohlstand und reduziertem Wohlbefinden feststellbar ist, zeigt sich eine solche Beziehung in anderen Ländern für ein (DE, ES, FR, IE, NL), zwei (CH) oder drei (CZ, EL, UK) Wohlbefindensmaße. In Polen und Ungarn ist für die Jugendlichen mit niedrigem SES sogar das Wohlbefinden aller vier untersuchten Bereiche signifikant reduziert.

Eine verstärkte Berücksichtigung sozialer Unterschiede durch gesundheitsförderliche Maßnahmen ist demnach vor allem – wenn auch nicht ausschließlich – in ärmeren Ländern geboten. In Ungarn scheint es – trotz der Einbußen sozial Benachteiligter in allen Bereichen – insbesondere angebracht, durch familienklimaförderliche Maßnahmen bzw. Maßnahmen zur Förderung der Eltern-Kind-Bindung die größeren Defizite im familiären Wohlbefinden anzugehen, während der eher kleineren Benachteiligung im schulischen Bereich zunächst eine geringere Priorität zugeordnet werden könnte. Derlei Maßnahmen müssten hier auch zusätzlich Jugendliche mit mittlerem SES berücksichtigen.

In Polen lassen sich aus den Daten grundsätzlich die gleichen Schlussfolgerungen ableiten wie für Ungarn, auch wenn dieses Vorgehen im Widerspruch zu der für die Prävention psychischer Auffälligkeiten vorgeschlagenen Strategie steht. Dies verdeutlicht, dass die Ziele von soziallagenbezogener Prävention und Gesundheitsförderung durchaus in Konflikt geraten können: Die bei einer Prioritätensetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen ausschlaggebende größte soziale Ungleichheit im familiären Wohlbefinden ist für die Prävention psychischer Auffälligkeiten nur von nachgeordnetem Interesse, da die Lebenswelt Familie in Polen kein besonders starker Prädiktor psychischer Auffälligkeiten ist. Somit ist ein Ansetzen *präventiver* Maßnahmen im schulischen Bereich am vielversprechendsten.

Auch in den ebenfalls eher armen Ländern Tschechien und Griechenland legen die präsentierten Daten den Schluss nahe, dass gesundheitsförderliche Maßnahmen soziale

Unterschiede im Bereich der Familie prioritär angehen sollten. Vor allem in Tschechien sind die mit einem niedrigen SES assoziierten Wohlbefindenseinbußen in diesem Bereich besonders groß, so dass dort Maßnahmen der Gesundheitsförderung mit den oben beschriebenen Strategien zur Prävention psychischer Auffälligkeiten deckungsgleich wären. In beiden Ländern sind weiterhin soziale Unterschiede in den Bereichen Schule und Freundschaften zu berücksichtigen – Maßnahmen gegen Bullying können in Tschechien und Griechenland auf eine gesonderte Beachtung der sozialen Lage ihrer Zielgruppe jedoch verzichten, da hier kein Zusammenhang vorzuliegen scheint.

Aber auch in Großbritannien – also einem Land mit höherem familiären Wohlstand – berichten sozial benachteiligte Jugendliche in drei der vier Lebensbereiche teilweise sogar sehr starke Beeinträchtigungen. Die größte Einbuße liegt auch hier wieder im Bereich des familiären Wohlbefindens, das demnach im Rahmen gesundheitsförderlicher Aktivitäten besondere Berücksichtigung verdient – und vor den ebenfalls bei niedrigem SES reduzierten Werten bzgl. der Schule und Bullying Priorität genießen sollte. Ähnlich wie oben bereits für Polen beschrieben, verweisen hier sozillagenbezogene Ansätze von Gesundheitsförderung und Prävention auf verschiedene Strategien, da der wichtigste Prädiktor psychischer Auffälligkeiten nicht der Lebenswelt mit dem stärksten sozialen Gradienten entspricht.

Zudem sind in der recht wohlhabenden Schweiz für immerhin zwei Lebensbereiche soziale Gradienten feststellbar. Die negativen Auswirkungen eines mittleren und eines niedrigen SES sind hier jedoch allein auf den Bereich der Gleichaltrigengruppe (also auf Freundschaften und Bullying) beschränkt, während für die Bereiche Familie und Schule diesbezüglich lediglich statistische Trends gefunden wurden.

Die Tatsache, dass in den anderen Ländern nur vereinzelt Assoziationen zwischen einem niedrigen SES und reduziertem Wohlbefinden in einem Lebensbereich beobachtet werden, sollte dazu anregen, evtl. soziale Ungleichheiten ganz gezielt in den jeweiligen Bereichen anzugehen. Dies würde also bedeuten, für sozillagenbezogene Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Spanien und Irland vor allem den Lebensbereich Schule zu fokussieren, während in Deutschland und den Niederlanden die Bullying-Problematik besondere Aufmerksamkeit verdient. In Frankreich sollten die bei Jugendlichen mit geringerem familiären Wohlstand stark reduzierten sozialen Ressourcen im Bereich von Freundschaften besonders berücksichtigt werden. Die dort beobachtete durchschnittliche Reduktion der Peer-Wohlbefindensskala um 5.1 Punkte stellt eine beträchtliche Einbuße dar und ist der höchste in diesen Analysen ermittelte B-Koeffizient.

6.3.2 Weitere Zielgruppen gesundheitsförderlicher Maßnahmen

Neben der sozialen Lage zeigten die vorgenommenen Auswertungen zur Verteilung der lebensweltlichen Wohlbefindensmaße weitere Faktoren auf, die eine Identifikation von Zielgruppen mit besonders niedrigem Wohlbefinden ermöglichen, die entsprechend von gesundheitsbezogenen Interventionsmaßnahmen besonders profitieren könnten. Im Sinne einer zukünftig möglichst zielgerichteten Ressourcenförderung in Schule, Familie und Gleichaltrigengruppe werden darum in der Folge die Ergebnisse in Hinblick auf mögliche Schwerpunktsetzungen in einzelnen Ländern sowie nach Geschlecht und Alter betrachtet.

Auch wenn die diskutierten Wohlbefindensmaße Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten darstellen, werden Verbesserungen der in der Folge thematisierten Defizite in spezifischen Zielgruppen weiterhin primär als Maßnahme der Gesundheitsförderung diskutiert, die eine Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens zum Ziel haben – obwohl sie durchaus auch präventive Wirkung entfalten können (siehe 6.3.1.1).

6.3.2.1 Länderspezifische Schwerpunkte gesundheitsförderlicher Maßnahmen

Das Wohlbefinden in den Lebenswelten Schule, Familie und Gleichaltrigengruppe weist deutliche Länderunterschiede auf, die – bezogen auf das europäische Mittel – bis zu knapp einer Standardabweichung betragen.¹⁴¹ Diese große Schwankungsbreite der Wohlbefindenswerte innerhalb Europas ist einerseits in Hinblick auf im Rahmen gesundheitsförderlicher Maßnahmen zu berücksichtigender länderspezifischer Defizite und Stärken von Interesse. Andererseits soll sie in der Folge auch vor dem Hintergrund zuvor publizierter Ergebnisse und hier insbesondere der WHO-Jugendgesundheitsstudie (244) betrachtet werden, um festzustellen, inwiefern sich die Resultate in die Literatur einfügen.

Im Lebensbereich **Schule** wurden erwartungsgemäß (244) niedrigere Wohlbefindenswerte in den osteuropäischen Ländern Tschechien, Ungarn und Polen beobachtet. Die Verteilung zeigt insbesondere in Polen und Ungarn Handlungsbedarf, während die im Vergleich mit dem Gesamtmittelwert ebenfalls unterdurchschnittlichen Werte in Frankreich, Irland und Großbritannien weniger ausgeprägte Defizite anzeigen. Die höchsten Werte für das schulische Wohlbefinden werden hingegen in west- und nordeuropäischen Ländern erreicht (AT, DE, CH, NL, SE).

Für die Lebenswelt **Familie** konnte die aus den Ergebnissen der Jugendgesundheitsstudie abgeleitete Hypothese höherer Wohlbefindenswerte in den osteuropäischen Ländern nicht

¹⁴¹ Schule: d=0.86; Familie: d=0.81; Freundschaften: d=0.95; Bullying: d=0.70

bestätigt werden. Im Gegenteil indizieren auch hier die Daten eine Schwerpunktsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen in Tschechien, Ungarn und Polen, sowie in Frankreich und Griechenland. Auf der anderen Seite weisen die west- und nordeuropäischen Länder (CH, NL, SE) auch in diesem Bereich die höchsten familiären Wohlbefindenswerte auf, Deutschland, Spanien und Österreich erreichen ebenfalls leicht überdurchschnittliche Scores.

Auch das Wohlbefinden mit **Gleichaltrigen** wies – hier jedoch hypothesengemäß – in den west- und nordeuropäischen Ländern (AT, CH, NL, SE) die höchsten Werte auf, während Frankreich und Polen sehr niedrige und Tschechien, Griechenland und Ungarn Werte unterhalb des Durchschnitts erzielten. Bemerkenswert ist hier ein besonders hoher Wert in Spanien, der andeutet, dass die Gleichaltrigengruppe dort eine besonders wichtige soziale Ressource von Jugendlichen bildet. Diese besondere Stärke könnte bei der Planung von Maßnahmen genutzt werden: so scheinen Strategien von Peer-Education oder ähnlichem unter solchen Voraussetzungen eher erfolversprechend als in Ländern wie Polen und Frankreich, wo die Jugendlichen ihre Freundschaften als deutlich weniger vertrauensvoll bewerten.

Interessanterweise zeigt sich für die **Bullying**-Dimension eine deutlich abweichende Verteilung der Länderwerte. Hier weisen vor allem Großbritannien und Irland schlechte Werte auf, die sich entsprechend als Schwerpunkt-Länder Bullying-bezogener Maßnahmen anbieten. Schweden weist auch in diesem Bereich – im Gegensatz zu anderen Ländern mit sonst hohen Wohlbefindenswerten (AT, NL) – wieder einen sehr hohen Wert auf, wird jedoch von Ungarn – einem Land mit sonst eher niedrigen Wohlbefindenswerten – übertroffen. Die anderen Länder mit sonst zumeist niedrigen Wohlbefindenswerten finden sich bei dieser Verteilung teilweise im Bereich nur leicht unterdurchschnittlicher (CZ, PL) oder auch leicht überdurchschnittlicher Werte (EL). Hier erscheint die Problematik von Bullying demnach eher vernachlässigbar und erlaubt einen stärkeren Fokus auf andere Bereiche. Die Ergebnisse verdeutlichen zudem, dass Informationen zur Bullying-Problematik – trotz ihrer Überlappung mit dem Bereich freundschaftlicher Einbindung in die Gleichaltrigengruppe sowie dem Bereich der Schule – nicht redundant sind, sondern auch Erkenntnisse über spezielle kulturspezifische Probleme und Ressourcen ermöglichen.

Die an dieser Stelle mit einem Fokus auf die Länderunterschiede zusammenfassend beschriebene Verteilung der Wohlbefindenswerte weist demnach darauf hin, dass in Hinblick auf Interventionen zur Verbesserung des allgemeinen Befindens Heranwachsender Schwerpunktsetzungen nach Ländern und Lebensbereichen sinnvoll sind. Die aus der detaillierteren Betrachtung der Ergebnisse ableitbaren Hinweise auf potentielle länderspezifische Ansatz-

punkte gesundheitsförderlicher Maßnahmen gehen dabei deutlich über eine allgemeine Feststellung schlechterer Werte in Osteuropa und besserer Werte in Nord- und Westeuropa hinaus. So weisen bspw. nicht nur Tschechien, Ungarn und Polen konsistent niedrige Wohlbefindenswerte in allen Lebensbereichen auf, sondern auch das von französischen Jugendlichen berichtete sehr geringe Wohlbefinden verdeutlicht einen vergleichbar großen Interventionsbedarf in allen drei Bereichen.

6.3.2.2 Geschlechtsspezifische Ausrichtung gesundheitsförderlicher Maßnahmen

Hinsichtlich der Bedeutung des Geschlechts für das Wohlbefinden in den einzelnen Lebensbereichen konnten die zuvor formulierten Hypothesen zwar nicht konsistent in allen Ländern bestätigt werden – dort, wo Geschlechtsunterschiede beobachtbar waren, unterstützten sie jedoch die zuvor hypostasierten Annahmen und deuten darauf hin, dass in den meisten Lebensbereichen gesundheitsförderliche Maßnahmen insbesondere die Jungen berücksichtigen sollten. So fallen die Geschlechtsunterschiede in den Lebensbereichen **Schule**, **Freundschaften** und **Bullying** konsistent – wenn auch mit kleinen Effekten – zu Gunsten der Mädchen aus, die ein höheres Wohlbefinden berichten als die Jungen. Am deutlichsten und konsistentesten zeigen sich ausgeprägtere soziale Ressourcen der Mädchen in den **Peer-Beziehungen**, wo in acht der 13 Länder zwar teilweise sehr kleine Effekte (~ 0.1 SD; NL, SE), aber auch solche im Bereich von 0.2 SD (CH, DE, FR, PL) oder 0.3 SD (IE, UK) vorliegen. In diesem Bereich erscheint geschlechtsspezifisch ausgerichtete Gesundheitsförderung demnach eher sinnvoll als bspw. hinsichtlich **Bullying**, wo derlei Unterschiede nur in vier Ländern (CH, EL, HU, SE) und mit eher kleineren Effekten auftreten. Dass die Geschlechtsunterschiede gerade in Bezug auf Bullying hier geringer ausfallen als es die verfügbare Literatur annehmen ließ (142,246,267), ist vermutlich durch das Altersspektrum dieser Untersuchung bedingt, in dem die Bullying-Problematik bereits nachlässt. Auch im Bereich **Schule** weisen Jungen ein geringeres Wohlbefinden auf, auch wenn die Unterschiede von maximal einer viertel Standardabweichung nur in fünf Ländern (CZ, ES, HU, IE, PL) beobachtbar sind. Für die **Familie** zeigt sich bei den Mädchen jedoch eher Interventionsbedarf als bei den Jungen – da letztere zumindest in fünf Ländern (CZ, EL, HU, IE, SE) ein höheres Wohlbefinden berichten.

Trotz der allgemein eher kleinen Effekte deuten die Daten doch auf geschlechtsspezifische Defizite bzw. Stärken hin und verweisen darauf, dass Maßnahmen zur Steigerung des Wohlbefindens in den Bereichen Freundschaften, Bullying und Schule eher die Jungen im

Auge haben sollten, während sich familienbezogene Maßnahmen eher an einem Erfolg bei den Mädchen messen lassen müssten. Es sei aber erneut angemerkt, dass dieser Hinweis lediglich für gesundheitsförderliche Maßnahmen mit dem Ziel einer allgemeinen Wohlbefindenssteigerung gilt. In Hinblick auf die Prävention psychischer Auffälligkeiten sind von derlei Maßnahmen nicht notwendigerweise Effekte zu erwarten, da bspw. positive Peer-Beziehungen – wenn auch allgemein förderungswürdig – keinen Prädiktor psychischer Auffälligkeiten darstellen (siehe 5.8). Des Weiteren dürfte sich das eher schlechtere Wohlbefinden der Jungen in der Schule in Anbetracht der oben dargestellten Analysen kaum in den Raten psychischer Auffälligkeiten niederschlagen, da gerade bei Jungen das schulische Wohlbefinden kein signifikanter bzw. ein nur schwach ausgeprägter Prädiktor psychischer Auffälligkeiten ist. Die hier diskutierten Daten sind aber für die Prävention psychischer Auffälligkeiten auch nicht ganz irrelevant: So lassen sie bspw. darauf schließen, dass Peer-Education oder ähnliche Interventionen stärkere Effekte bei Mädchen erzielen könnten.

Abschließend sei noch angemerkt, dass die Daten zudem zeigen, dass Geschlechtsunterschiede in den verschiedenen europäischen Ländern unterschiedlich starke Aufmerksamkeit verdienen. So sind sie in Österreich für keinen der hier untersuchten Lebensbereiche von feststellbarer Relevanz, während sich in Ungarn und Irland Mädchen und Jungen in allen drei Bereichen signifikant unterscheiden.

6.3.2.3 Altersspezifische Ausrichtung gesundheitsförderlicher Maßnahmen

Die Wohlbefindensmaße der hier untersuchten Lebensbereiche wiesen nur in wenigen Ländern eine systematische Veränderung in Abhängigkeit vom **Alter** auf und zeigten dann auch meist nur bei den Jungen oder nur bei den Mädchen eine bedeutsame Assoziation. Am ehesten deuten sich lineare Trends im Bereich der Schule an, wo sich in zwölf der 26 gebildeten Subgruppen (zwei Geschlechter in 13 Ländern) eine Reduktion des Wohlbefindens mit zunehmendem Alter nachvollziehen lässt, während sich in sieben dieser Subgruppen erneute Verbesserungen der Werte bei höherem Alter andeuten. Letzteres ist dann vorwiegend bei Jungen der Fall. Im familiären Umfeld deutet sich ein geringeres Wohlbefinden mit zunehmendem Alter vor allem (aber nicht nur) bei den Mädchen an (in sieben Ländern) und hinsichtlich des Befindens mit Gleichaltrigen – also bezogen auf Freundschaften und Bullying – finden sich nur noch vereinzelte Trends.

Angesichts der bislang vorliegenden Erkenntnisse über eine kontinuierliche Abnahme dieser Wohlbefindenswerte mit dem Alter (323) irritieren die Ergebnisse zunächst. Berücksichtigt

man jedoch die relativ kleine Altersspanne, die hier betrachtet wurde, erklärt sich das Fehlen solcher Assoziationen. Die Tatsache, dass das Wohlbefinden in den einzelnen Lebensbereichen im Alter zwischen 12 und 18 Jahren nicht deutlich abnimmt, bzw. am Ende dieses Zeitraums teilweise auch wieder zunimmt, sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Werte im Jugendalter insgesamt bereits schlechter sind als während der Kindheit. Dies lässt sich auch an den berichteten Werten ablesen, die als T-Werte auf einen Mittelwert von 50 für das gesamte Altersspektrum (und den gesamteuropäischen Datensatz) des Surveys normiert wurden und somit 8- bis 18-jährige Heranwachsende berücksichtigen. Die europäischen Mittelwerte für das schulische ($m=47.99$; $SD=9.18$) und familiäre ($m=48.72$; $SD=10.13$) Wohlbefinden weisen also bereits auf eine Reduktion hin. Im Bereich Peers ($m=49.81$; $SD=9.95$) sind allerdings kaum Einbußen feststellbar und für das Bullying zeigen sich erwartungsgemäß sogar bessere Werte der Jugendlichen ($m=50.84$; $SD=9.66$).

Die hier für das Jugendalter festgestellten Reduktionen sind zwar nicht besonders groß, berücksichtigt man jedoch die Tatsache, dass die Werte in einigen Ländern bereits bei den Kindern sehr schlecht ausfallen, scheint das Verhindern einer weiteren Verschlechterung im Jugendalter geboten. Insgesamt verdeutlichen die Daten demnach die Notwendigkeit die bei Jugendlichen geringer ausgeprägten Ressourcen zu stärken und entsprechende gesundheitsförderliche Maßnahmen bereits frühzeitig anzusetzen. Hierfür bietet sich insbesondere die Schule nicht nur als Bereich mit den stärksten altersspezifischen Wohlbefindenseinbußen, sondern auch aufgrund ihrer guten Zugänglichkeit an, um Maßnahmen zu treffen. In den meisten Ländern (CH, DE, EL, ES, HU, IE, NL, PL, SE) wäre hierbei die Reduktion des schulischen Wohlbefindens der Mädchen zu verhindern, während für die Jungen teilweise auch eine Verbesserung des generell eher schlechten schulischen Wohlbefindens angestrebt werden sollte. Auch der Bereich Bullying könnte durch Interventionen im Setting Schule gut angesprochen werden, wobei diese insbesondere die jüngeren SchülerInnen im Auge haben sollten.

Wenn die Daten auch darauf hinweisen, dass eine kulturspezifisch altersadäquate Anpassung von Maßnahmen an die Situation der Jugendlichen sinnvoll erscheint, sollte insgesamt die Rolle des Alters doch nicht überbewertet werden. Die Daten zeigen – neben dem Umstand, dass Jugendliche im Allgemeinen leicht reduzierte Ressourcen aufweisen – keine starken Alterseffekte. Von den Ländern, in denen das Alter am konsistentesten mit einer Reduktion des Wohlbefindens assoziiert ist (d.h. bzgl. Schule, Familie und Freundschaften: EL, NL, PL, SE), weisen zudem zwei (NL, SE) ein so hohes Wohlbefindensniveau auf, dass der Sinn gesundheitsförderlicher Maßnahmen diesbezüglich ohnehin diskussionswürdig erscheint.

6.3 Jugendliche Lebenswelten als Ansatzpunkte für Public Health-Strategien: Übersicht der Implikationen für Prävention und Gesundheitsförderung

Tabelle 32. Übersicht der Implikationen für Prävention und Gesundheitsförderung

| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE ^a | NL | PL | SE ^b | UK |
|---|------------|--------------|------------------|------------------|--------------|--------------|---------------|------------------|------------------|--------------|--------------|-----------------|------------------|
| Prävalenz (%) als Indikator der Dringlichkeit präventiver Maßnahmen | | | | | | | | | | | | | |
| | 22.3 | 14.4 | 33.5 | 20.9 | 32.5 | 23.6 | 23.5 | 23.2 | - | 17.2 | 26.6 | 13.0 | 22.7 |
| Sinnvolle Ansatzpunkte von Präventionsmaßnahmen (Prozentuale Reduktion der Chance psychischer Auffälligkeiten bei Erhöhung des Skalenwerts um einen Punkt) | | | | | | | | | | | | | |
| Schule | 3% | ns | 4% | M: 9%, J: ns | 4% | 3% | M: 10%, J: ns | M: 8%, J: 3% | - | 5% | 8% | M: 13%, J: 6% | 7% |
| Familie | 8% | 5% | 6% | 5% | 5% | 5% | 5% | 3% | - | 6% | 4% | 5% | 2% |
| Peers | ns | ns | ns | ns | ns | ns | ns | ns | - | ns | ns | M: 4%, J: ns | ns |
| Bullying | ns | 3% | 3% | 4% | 2% | 3% | 4% | 3% | - | ns | 3% | 3% | 3% |
| Soziale Ungleichheit hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten | | | | | | | | | | | | | |
| OR _{niedr. FAS} | | | 2.11 | | | 1.91 | 1.97 | | - | | 1.81 | - | 2.83 |
| Mediatoren | | | | | | | | | | | | | |
| Schule | | | 1.74 | | | 1.75 | | | - | | | - | 2.37 |
| Familie | | | 1.63 | | | | | | - | | 1.68 | - | 2.40 |
| Peers | | | 1.97 | | | | (1.85) | | - | | 1.78 | - | |
| Bullying | | | | | | | | | - | | 1.61 | - | 2.66 |
| Zielgruppen gezielter Ressourcenförderung | | | | | | | | | | | | | |
| Schule | Land | | | -2.7 | | | | -1.9 | -3.7 | -1.5 | | -4.2 | -1.1 |
| | Geschlecht | | | Jungen | | | Jungen | Jungen | Jungen | Jungen | | Jungen | |
| | Alter | | ält. Mädchen | ält. Jungen | ält. Mädchen | ält. Mädchen | ält. Mädchen | ält. Mädchen | ält. Mädchen | ält. Mädchen | ält. Mädchen | Ältere | Ältere |
| | SES | | | niedr. SES | | niedr. SES | niedr. SES | | niedr. SES | niedr. SES | | niedr. SES | niedr. SES |
| Familie | Land | | | -2.8 | | -2.5 | | -3.7 | -1.4 | -0.5 | | -3.9 | -0.4 |
| | Geschlecht | | | Mädchen | | Mädchen | | Mädchen | Mädchen | Mädchen | | Mädchen | |
| | Alter | ält. Mädchen | | ält. Jungen | | ält. Mädchen | | Ältere | ält. Mädchen | ält. Mädchen | Ältere | Ältere | |
| | SES | | | niedrig & mittel | | niedr. SES | | niedrig & mittel | | | niedr. SES | | niedr. SES |
| Freunde | Land | | | -2.4 | | -1.0 | | -4.2 | -1.2 | | | -5.4 | |
| | Geschlecht | | | Jungen | | Jungen | | Jungen | | Jungen | Jungen | Jungen | Jungen |
| | Alter | | | | | ält. Mädchen | ält. Mädchen | | | ält. Mädchen | ält. Mädchen | ält. Mädchen | |
| | SES | | niedrig & mittel | niedr. SES | | niedr. SES | | niedrig & mittel | niedrig & mittel | | niedr. SES | | |
| Bullying | Land | -0.5 | | -1.2 | | | | | | -2.3 | -1.6 | -0.1 | -3.5 |
| | Geschlecht | | | Jungen | | Jungen | | Jungen | | | | Jungen | |
| | Alter | | | Jüngere | | | | jü. Mädchen | | jü. Mädchen | | | |
| | SES | | niedrig & mittel | | niedr. SES | | | niedr. SES | | niedr. SES | niedr. SES | | niedrig & mittel |

^a IE: keine Erfassung psychischer Auffälligkeiten, darum nur Zielgruppen gezielter Ressourcenförderung dargestellt, ^b SE: keine Erfassung des SES, insofern keine SES-bezogenen Angaben

Zusammenfassung – Jugendliche Lebenswelten als Ansatzpunkte für Public Health-Strategien

Da die Lebenswelten Familie, Schule und Peer-Gruppe signifikante Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten bilden, stellen sie mögliche **Ansatzpunkte von Präventionsmaßnahmen** dar. Die Ergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass das Beachten kulturell abweichender Bedeutungen der einzelnen Lebenswelten in verschiedenen Ländern nützlich sein könnte. In den meisten Ländern erweist sich besonders die Familie als wichtiger Lebensbereich, in einigen Ländern wird sie jedoch von der Lebenswelt Schule in ihrer Bedeutung übertroffen (PL, SE, UK). Derlei Unterschiede könnten bspw. variierenden kulturellen Bedeutungen von Familie und Schule bzw. länderspezifisch unterschiedlichen Schulsystemen (mit unterschiedlichem Druck, variierenden Zeitumfängen etc.) geschuldet sein. Neben der Berücksichtigung kultureller Unterschiede müssen allerdings auch praktische Erwägungen eine Rolle spielen. So bestehen für das familiäre Setting, insbesondere bei besonderer Berücksichtigung sozial benachteiligter Bevölkerungsteile, größere Zugangsprobleme, die ggf. konzeptuelle Weiterentwicklungen erfordern, während das schulische Setting ein einfacheres Interventionsfeld darstellt.

Für einige der Länder, in denen ein sozialer Gradient psychischer Auffälligkeiten vorliegt (CZ, ES, PL, UK), böte das **Ansetzen an Mediatoren** des SES die Möglichkeit, insbesondere aber nicht nur sozial benachteiligte Jugendliche zu erreichen. In Tschechien böte sich hierfür am ehesten der Bereich der Familie an, in Großbritannien eher der schulische Bereich. In Spanien und Polen können weniger eindeutige Empfehlungen ausgesprochen werden, in beiden Ländern lässt sich jedoch begründet für schulische Präventionsprogramme ggf. mit einer besonderen Anti-Bullying-Komponente argumentieren. Grundsätzlich sollten die mit dem Ansetzen in verschiedenen Bereichen einhergehenden Unterschiede jedoch aufgrund der eher in kleinerem Ausmaß voneinander abweichenden Effektgrößen nicht überbewertet werden und auch wenn zumindest in Tschechien und Polen ein größeres Präventionspotential angenommen werden kann, müssen bei Wirksamkeitserwartungen an derlei Maßnahmen auch einige methodische Limitationen (bspw. die durch die gegenläufige Wirkrichtung bedingte Überschätzung der Assoziation SES-psychische Auffälligkeiten) berücksichtigt werden.

Die Analysen zeigen zudem **soziallagenspezifische Ressourcendefizite** in verschiedenen Lebenswelten, die zwar in Hinblick auf eine potentielle Reduktion des sozialen Gradienten psychischer Auffälligkeiten irrelevant sind, für die Ausrichtung allgemein **gesundheitsförderlicher Maßnahmen** jedoch von Interesse sein könnten. Hierbei erweist sich keine Lebenswelt als besonders „anfällig“ für soziale Ungleichheiten, es sind jedoch deutliche Länderunterschiede erkennbar, die zeigen, dass in einigen Ländern kaum (AT, SE), in anderen Ländern (CZ, EL, HU, PL, UK) jedoch deutliche soziale Einbußen hinsichtlich des Wohlbefindens in den Lebenswelten bestehen. Aufgrund der Größe der Reduktionen sollte in diesen Ländern prioritär im familiären Bereich zugunsten sozial Benachteiligter interveniert werden, was zeigt, dass Strategien präventiv bzw. gesundheitsförderlich ausgerichteter Interventionen durchaus konfliktieren können.

Weitere Ansatzpunkte gesundheitsförderlicher Maßnahmen können die identifizierten **länderspezifischen Ressourcendefizite** sein, die bspw. in Osteuropa und in Frankreich für viele Bereiche, hinsichtlich Bullying aber auch in Großbritannien und Irland vorliegen. **Geschlechtsspezifische Ressourcenförderung** sollte für die Bereiche Schule und Gleichaltrigengruppe eher Jungen, im Bereich Familie eher Mädchen im Auge haben. Trotz der kleinen Effekte und der teilweisen Irrelevanz bzgl. der Prävention psychischer Auffälligkeiten geben diese Unterschiede Hinweise, wer von Interventionen am stärksten profitieren sollte. Ähnlich wie beim **Alter** müssen hier jedoch auch länderspezifische Anpassungen bedacht werden.

6.4 Die Praxisimplikationen und ihre Herausforderungen im Überblick

Die hier vorgenommene Untersuchung mit dem Ziel, die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei europäischen Jugendlichen sowie die Bedeutsamkeit ausgewählter Einflussfaktoren in Hinblick auf präventionsrelevante Erkenntnisse zu quantifizieren, verdeutlicht diverse Möglichkeiten einer zielgruppenspezifischen Ausrichtung gesundheitsbezogener Interventionen. Die durch die vorgenommene Datenanalyse unterstützten Handlungsoptionen wurden in **Tabelle 32** zusammengestellt und oben detailliert erläutert, so dass sie nicht erneut aufgeführt werden sollen. Grundsätzlich lässt sich jedoch festhalten, dass die ermittelten Ergebnisse bzgl. der Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten – neben dem Bedarf an ausreichenden Behandlungsangeboten – die **Wichtigkeit des Ergreifens präventiver Maßnahmen** unterstreichen und zudem zeigen, dass sich diese Notwendigkeit in verschiedenen europäischen Ländern mit unterschiedlicher Dringlichkeit stellt. Während also **länderspezifische Schwerpunktsetzungen** präventiver Maßnahmen sinnvoll scheinen, zeigen die Auswertungen hinsichtlich Alter und Geschlecht, dass bei **beiden Geschlechtern und im gesamten Jugendalter gleichermaßen Handlungsbedarf** besteht, auch wenn ein frühes Ansetzen von Maßnahmen sicherlich hilfreich ist. Weiterhin verdeutlichen die Ergebnisse, dass alle hier untersuchten **jugendlichen Lebenswelten** – mit Ausnahme der Freundschaftsbeziehungen – sinnvoll als Gegenstand gesundheitsbezogener Maßnahmen gewählt werden können, wobei zumeist die Familie, aber auch die Schule die geeignetsten Ansatzpunkte von Präventionsprogrammen bilden.

Weiterhin weisen die hier präsentierten Ergebnisse darauf hin, dass ein **Soziallagenbezug** bei der Durchführung von Präventionsmaßnahmen psychischer Auffälligkeiten länderspezifisch verschieden ausgestaltet werden sollte. So gilt es in einigen Ländern, Mediatoren des SES zu berücksichtigen, während dies in den meisten Ländern für das Jugendalter jedoch nicht der Fall ist. Aber auch in den letzteren könnten die dargestellten Möglichkeiten soziallagenorientierter Gesundheitsförderung eventuell Chancen eröffnen, die Fortsetzung der sozialen Gleichheit im Jugendalter bis in das (junge) Erwachsenenalter zu befördern.

Die Notwendigkeit, dass insbesondere sozial benachteiligte Jugendliche von gesundheitsbezogenen Interventionen profitieren sollten, geht mit diversen praktischen Problemen bei der Umsetzung gesundheitsbezogener Maßnahmen einher, die oben bereits angedeutet wurden. Diese sind zwar nicht Gegenstand dieser Arbeit, verdienen aber dennoch Erwähnung, da Praxiserfahrungen zeigen, dass leider zumeist ein umgekehrter Effekt auftritt und besonders diejenigen von Präventionsmaßnahmen profitieren, die sie nicht so dringend benötigen (214,225,226, siehe auch 2.4 bzw. 6.3.1.1). Zwar sind auch Maßnahmen zur Prävention

psychischer Auffälligkeiten, die diesen Anspruch nicht einlösen können, aufgrund des ebenfalls hohen Handlungsbedarfs bei sozial bessergestellten Jugendlichen letztlich nicht überflüssig, doch nichtsdestotrotz ist im Sinne einer Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten die Entwicklung von Praxisstrategien geboten, die diese Zielgruppe effektiv ansprechen und dies anhand von Evaluationsergebnissen auch belegen können.

Insbesondere aufgrund des einfacher umsetzbaren Sozialogenbezugs stellt die **Schule** im Vergleich zur Familie als Setting für Präventionsmaßnahmen sicher das dankbarere **Interventionsfeld** dar. So kann im Rahmen schulbasierter Maßnahmen den speziellen Problemlagen sozial benachteiligter SchülerInnen bereits durch die Auswahl der Schulen – bspw. mit Schwerpunkten in „Brennpunkt-Bezirken“ – zumindest teilweise Rechnung getragen werden. Ein weiterer Vorteil dieses Settings besteht darin, dass aufgrund der allgemeinen Schulpflicht sozial benachteiligte Jugendliche hier genauso ansprechbar sind wie ihre sozial bessergestellten AltersgenossInnen.¹⁴² Neben den besseren Möglichkeiten zur Umsetzung eines Sozialogenbezugs ist die Schule als weitgehend öffentlicher Raum auch gut durch (gesundheits-)politische Vorgaben gestaltbar. Die für eine positive Beeinflussung der psychischen Gesundheit Jugendlicher notwendige Schaffung einer Umgebung, in der sie sich verstanden und unterstützt fühlen (229), lässt sich in Schulen somit einfacher umsetzen und erreicht dabei viele Jugendliche.

In Hinblick auf das **Interventionssetting Familie** ist der Zugang hingegen sehr viel schwieriger und insbesondere der gezielte Einbezug sozial benachteiligter Familien gestaltet sich deutlich problematischer. Da das Familienleben und Eltern-Kind-Beziehungen ausschließlich durch die Familienmitglieder im privaten Raum gestaltet werden, sind familienbasierte Präventionsmaßnahmen auf eine große Akzeptanz und Kooperation der Beteiligten angewiesen, die aber gerade in problembeladenen Familien geringer ausgeprägt ist. Ein Verzicht auf sozial eher selektive „Komm-Strukturen“ und eine Bevorzugung von Familien-aufsuchenden Maßnahmen sind zudem mit höherem Aufwand und somit Kosten verbunden. Darüber hinaus sind auch bei kooperativen Familien die Möglichkeiten der Einflussnahme in diesem Setting eher begrenzt. Nichtsdestotrotz gibt es für diesen Bereich Beispiele kleinerer Interventionen mit großer Wirkung, die zukünftigen Maßnahmen evtl. als Vorbild dienen könnten. So zeigte bspw. eine kontrollierte Interventionsstudie, dass wöchentliche einstündige Besuche, in denen die Mütter zum Spielen mit ihrem halb- bis zweijährigen Kind angeleitet wurden, deutliche Effekte auf die Rate psychischer Auffälligkeiten 16 Jahre später haben (324). Zudem bestehen auch breitere, die lokale Versorgungslandschaft für Familien einbeziehende Konzepte (225).

¹⁴² Dieser Umstand sollte jedoch soziale Wirksamkeitsunterschiede von Maßnahmen nicht vergessen lassen (226).

Folgt man der Argumentation, dass der (evtl. vermeintliche) Anstieg von emotionalen und Verhaltensproblemen auf eine Veränderung der sozialen Rahmenbedingungen zurückzuführen ist, innerhalb derer sich die kindliche und jugendliche Entwicklung vollzieht (43,209), bieten Interventionsmaßnahmen in den hier angesprochenen jugendlichen Lebenswelten die Möglichkeit, derartige gesellschaftliche Entwicklungen im Sinne einer besseren psychischen Gesundheit (zumindest teilweise) zu kompensieren. So wird bspw. die häufig postulierte zunehmende Bedeutung psychischer Auffälligkeiten im Morbiditätsgeschehen bei Jugendlichen (siehe 2.3.6) teilweise als Konsequenz reduzierter familiärer Ressourcen betrachtet, da verstärkt beide Eltern außerhalb des Haushalts und der Nachbarschaft berufstätig sind (222).¹⁴³ Inwiefern die Entwicklung der Raten psychischer Auffälligkeiten von allgemeinen gesellschaftlichen Veränderungen abhängen, die sich in jugendlichen Lebenswelten niederschlagen, kann und soll auf Grundlage der hier ausgewerteten Daten nicht beurteilt werden. Anzumerken bleibt jedoch, dass die in dieser Arbeit abgebildeten länderspezifischen Eigenheiten in Hinblick auf ressourcenbezogene Stärken und Defizite, sowie die Bedeutung der Lebenswelten als Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten die Auffassung unterstützen, dass sich Raten psychischer Auffälligkeiten in Abhängigkeit von länderspezifischen sozialen Entwicklungen – eingeschlossen der Kinderarmut – verschieden entwickeln können (43,209).

Die **Effizienz** der hier erörterten möglichen länderspezifischen Strategien kann im Rahmen dieser Arbeit nicht bewertet werden. Eine solche Bewertung müsste nicht zuletzt vor dem Hintergrund einer detaillierten Kosten-Nutzen-Analyse vorgenommen werden, die sowohl die mit den hier angeregten Maßnahmen einhergehenden Unkosten als auch die durch die präventierten Auffälligkeiten ermöglichten Ersparnisse einbezieht. Eine solche Analyse wäre somit aufgrund der notwendigen komplexen Berechnungen dieser Maße, aber auch wegen der zu treffenden Annahmen über die Effektivität von eingesetzten Maßnahmen, sowie über mögliche (in erster Linie wohl positive) Nebeneffekte (siehe oben) ein sehr umfangreiches Unterfangen. Unabhängig von den Ergebnissen solcher möglicherweise zukünftig verfügbaren Analysen kann jedoch angenommen werden, dass die Etablierung zielgerichteter Public Health-Strategien und die hierfür notwendigen Ressourcen-Allokationen zusätzlich von wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen abhängen werden, wobei die mit letzteren implizierte Prioritätensetzung auch mögliche konkurrierende gesundheitliche Problemstellungen einschließt, die ggf. dringender Maßnahmen erfordern oder besser prävenierbar sind.

¹⁴³ Dies setzt die in dieser Untersuchung beobachteten konsistenten Assoziationen zwischen familiärem Wohlbefinden und psychischen Auffälligkeiten voraus, auch wenn die hier aufgezeigte Bedeutsamkeit familiärer Ressourcen eine solche Auffassung nicht notwendigerweise untermauert.

Zusammenfassung – Die Praxisimplikationen und ihre Herausforderungen im Überblick

Die zuvor detailliert ausgeführten und in **Tabelle 32** überblicksartig dargestellten Möglichkeiten zielgruppenspezifischer Ausrichtungen gesundheitsbezogener Interventionen unterstreichen die Bedeutung länderspezifischer Schwerpunktsetzungen und Modifikationen präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen, während Alter und Geschlecht als Orientierungspunkte für Public Health-Interventionen innerhalb dieser Altersspanne eher zweitrangig sind. Die Umsetzung des ebenfalls länderspezifisch auszugestaltenden Soziallagenbezugs solcher Maßnahmen in den Lebenswelten Schule und Familie birgt insbesondere im letztgenannten Setting einige praktische Probleme, auch hier gibt es aber Beispiele erfolgreicher Projekte.

Obwohl nicht beurteilt werden kann, inwiefern Mutmaßungen über einen vermeintlichen Anstieg psychischer Auffälligkeiten aufgrund allgemeiner gesellschaftlicher (und sich in jugendlichen Lebenswelten niederschlagenden) Veränderungen zutreffen, scheint umgekehrt eine Einflussnahme auf diese Lebenswelten mit länderspezifischen Schwerpunktsetzungen doch eine geeignete Maßnahme, Raten psychischer Auffälligkeiten positiv zu beeinflussen. Die Effizienz solcher Interventionen kann an dieser Stelle aufgrund der vielfältigen unbekannt Parameter nicht eingeschätzt werden, zukünftig wäre die Verfügbarkeit von Kosten-Nutzen-Analysen als Entscheidungsgrundlage neben den jeweils bestehenden wirtschaftlichen und politischen Interessen jedoch wünschenswert.

6.5 Stärken und Limitationen der präsentierten Analysen

„Use of the same standardized assessment procedures in different countries make it possible to identify cross-cultural variations in behavioral and emotional problems that may point to etiologic factors.“
(Verhulst & Achenbach 1995, 43, S.73)

Eine wesentliche Stärke der hier präsentierten Untersuchung bildet die im Rahmen des KIDSCREEN-Surveys erfolgte Anwendung weitgehend gleicher Methoden auf mehrere große und repräsentative Ländersamples, die ein bestehendes Defizit im derzeitigen Forschungsstand auszugleichen vermag und somit einen bedeutsamen Beitrag zur psychiatrisch epidemiologischen Forschung leisten kann.

In Hinblick auf die Erfassung psychischer Auffälligkeiten erhöht die Verwendung ausschließlich einstufiger Studiendesigns, des gleichen Instruments zu Symptomen *und* einhergehender Beeinträchtigung, die Befragung der gleichen BeurteilerInnen, die identische Integration der Informationen, der identische Befragungsmodus sowie die einheitlichen Altersspektren der Ländersamples die Vergleichbarkeit der erhobenen Prävalenzen deutlich.¹⁴⁴ Somit lassen sich auch belastbarere Vergleiche länderspezifischer Prävalenzen miteinander vornehmen. Zudem gewährleistet in Hinblick auf zukünftige Forschungsbemühungen die Verwendung des SDQs als dem international verbreitetstem Instrument, sowie die Verwendung des Algorithmus eine gute Vergleichbarkeit.

Wie oben bereits diskutiert, müssen dennoch aufgrund einiger psychometrischer Mängel des SDQs methodische Beschränkungen berücksichtigt werden. Über mögliche Limitationen seiner interkulturellen skalaren Äquivalenz durch geringfügige übersetzungsbedingte Unterschiede oder Variationen in der Schwelle, ab der Probleme berichtet werden (ohne dass sich die Ausprägung der zugrunde liegenden Probleme unterscheidet) im Sinne eines „*reporting bias*“ (S.684, 59), wurde bereits häufiger spekuliert (89,91,105,139), derlei mögliche Fehlerquellen können hier jedoch nicht quantifiziert werden.¹⁴⁵ Die vorgenommenen Analysen weisen eher darauf hin, dass sich die durch die SDQ-Subskalen zu erfassenden Konstrukte bereits in der sprachlichen Quellenversion des SDQs als problematisch erweisen und sich diese Probleme – interkulturell vergleichbar – auch in den verschiedenen Über-

¹⁴⁴ Einschränkung muss noch einmal auf die unter 6.2.1 bereits diskutierten Konsequenzen der teilweise unvollständigen Daten hingewiesen werden, da in großer Zahl nicht vorliegende Selbst- bzw. Elternurteile spezifische Verzerrungen der Gesamtraten bedeuten können. Außerdem weicht das Altersspektrum in Schweden als einziges ab, da es nur 12- bis 15-Jährige anstelle von 12- bis 18-Jährigen einbezieht.

¹⁴⁵ Die einzige hierzu vorliegende empirische Untersuchung stellte für Norwegen im Vergleich mit Großbritannien ein „*underreporting*“ (S.679,59) emotionaler Störungen fest, während sich die niedrigeren Raten externalisierender Auffälligkeiten nicht auf einen solchen Unterschied im Berichten von Symptomen zurückführen ließen (59).

setzungen niederschlagen. Inwiefern dadurch die Aussagekraft des hier verwendeten SDQ-Algorithmus beeinträchtigt ist, werden zukünftige interkulturelle und die diagnostischen Gütekriterien untersuchende Studien zeigen müssen (siehe auch 6.2.1). Die anzunehmenden Einschränkungen der allgemeinen Aussagekraft des Instruments dürften jedoch hinsichtlich der präsentierten Analysen nicht sehr groß sein, da sie ausschließlich auf das Globaloutcome – und nicht auf spezifische Symptomkomplexe – Bezug nehmen, zumal keine Hinweise auf interkulturelle Einschränkungen der Konstruktvalidität vorliegen. Nichtsdestotrotz sollte die wahrscheinlich kulturspezifisch variierende Reliabilität des Outcomes bei der Interpretation der Ergebnisse in Rechnung gestellt werden, da sich die einhergehende nicht-differentielle Missklassifikation allgemein in einem größeren β -Fehler, also dem Unterschätzen oder Verkennen bestehender Assoziationen, niederschlägt.

Die Ländervergleiche für die Wohlbefindensmaße unterliegen in methodischer Hinsicht geringeren Einschränkungen als die Vergleiche der Raten psychischer Auffälligkeiten. Da ausschließlich das selbstberichtete Wohlbefinden in verschiedenen Lebensbereichen für die Auswertungen herangezogen wurde, ist die Datenbasis dieser Parameter vollständiger und vergleichbarer. Auch die Eigenschaften des verwendeten Fragebogeninstruments bedingen eine größere Belastbarkeit der Ergebnisse. Im Gegensatz zum SDQ handelt es sich bei den KIDSCREEN-Fragebögen um ein nach den Leitlinien für interkulturelle Fragebogenentwicklung erstelltes Instrument, dessen Items in einem kulturübergreifenden Ansatz ausgewählt und nicht lediglich aus einem Land für alle anderen übertragen wurden. Auch wenn genau genommen eine tatsächliche interkulturelle Vergleichbarkeit nur für die sieben von Beginn an in das Projekt involvierten Länder (AT, CH, DE, ES, FR, NL, UK) besteht, zeigten umfangreiche Prüfungen, dass bspw. kein „differential item functioning“ vorliegt (278,295). Vergleichbare Publikationen zum SDQ sind jedoch nicht verfügbar. Auch die für diese Arbeit durchgeführten Überprüfungen der internen Konsistenz und Raten fehlender Werte zeigten bessere Werte für das KIDSCREEN-Instrument, die im Ländervergleich zudem eine deutlich geringere Schwankungsbreite aufwiesen.

Eine weitere bereits angesprochene aber an dieser Stelle dennoch zu wiederholende Limitation betrifft die mangelnde Aussagekraft der durchgeführten Analysen in Bezug auf das Abgrenzen von Effekten der Individualebene und Effekten der Makroebene. Die hier ermittelten Zusammenhänge berücksichtigen im Gegensatz zu Mehrebenenanalysen nur unzureichend, dass die spezifischen Länderschätzungen mit statistischen Unsicherheiten verbunden sind. Aufgrund der begrenzten Anzahl an Länderstichproben ($n=12$) und damit zu wenigen Aggregationseinheiten

war dieses Vorgehen jedoch alternativlos (298,299). Bei der Interpretation der berechneten Korrelationskoeffizienten auf Makroebene ist zudem der mit der geringen Anzahl an Aggregations-einheiten einhergehende Nachteil einer geringen statistischen Power zu berücksichtigen.

Auf ein weiteres zu diskutierendes methodisches Problem weisen die bereits unter 6.2.1 diskutierten variierenden Datengrundlagen zur psychischen Gesundheit hin. Die dargestellten Anteile vollständig nicht ausgefüllter SDQ-Fragebögen lassen annehmen, dass der Fragebogen den ProbandInnen gar nicht vorlag bzw. nicht an das jeweilige Studienzentrum zurück-gesendet wurde. Hier schlagen sich somit auch die verschiedenen Samplingstrategien in den einzelnen Ländern nieder und gebieten eine kritische Diskussion der Repräsentativität des Samplings, da der Survey durchaus Möglichkeiten zu systematischen Verzerrungen bot, wenn bspw. der Fragebogenrücklauf in besonders problembelasteten Familien geringer ausfällt. Zudem wurden nicht in allen Ländern strikte Zufallsauswahlen vorgenommen, sondern in Schweden ein Gelegenheits-sample befragt. Die Analysen der Studiengruppe weisen zwar für alle Länder auf eine zufriedenstellende Übereinstimmung der jeweiligen Ländersamples und der Landesbevölkerung hin (278,279), diese Schlussfolgerungen beruhen jedoch auf einer begrenzten Anzahl an Indikatoren. Hinsichtlich der psychischen Gesundheit der ProbandInnen erscheint demnach eine Positiv-Selektion – wenn auch in sehr begrenztem Ausmaß – nicht ausgeschlossen, zumal die oben erwähnte Publikation durchaus einige Unterschiede andeutet (278,279, siehe auch 4.1). Die möglichen Einschränkungen der Repräsentativität mahnen zudem eine eher vorsichtige Interpretation der durchweg äußerst positiven Verhältnisse in Schweden an, wo nicht nur der Altersrange eingeschränkt ist, sondern auch eine Positiv-Selektion am wahrscheinlichsten aufgetreten sein könnte. Die durch die Verwendung schul-basierter Cluster-Samplings mögliche Unterschätzung der Varianz erweist sich angesichts der Ergebnisse in den betroffenen Ländern (EL, HU, IE, PL, SE) jedoch kaum als relevant.

Die hier aufgeführten design- und durchführungsbedingten Unzulänglichkeiten hinsichtlich der Datengrundlage in einzelnen Ländern sollten jedoch nicht überbewertet werden, da sie von eher geringem Ausmaß und letztlich in keiner bevölkerungsbasierten Studie vermeidbar sind. Grundsätzlich ist die den Analysen zugrundeliegende Stichprobe zur Untersuchung der formulierten Fragestellungen gut geeignet. Die Jugendlichen, die fälschlicherweise einen Kinder-Fragebogen ohne den SDQ erhalten und ausgefüllt hatten, stellen eine unsystematische Auswahl innerhalb der Gesamtstichprobe dar, so dass hier keine Fehlerquelle zu vermuten ist. Der leicht höhere Anteil von Mädchen in der Stichprobe ist in Hinblick auf die vorgenommenen Stratifizierungen bzw. die Kontrolle für das Geschlecht in den Analysen

unproblematisch. Auch die in zwei Ländern beobachteten Altersunterschiede zwischen Mädchen und Jungen können hinsichtlich der hier diskutierten Ergebnisse als unbedeutend betrachtet werden, da sie weniger als ein halbes Jahr betragen.

Die stärkste Limitation der in Hinblick auf den Zusammenhang der Lebenswelten mit dem Auftreten psychischer Auffälligkeiten durchgeführten Analysen ist zweifelsohne durch die querschnittliche Natur der zugrundeliegenden Daten bedingt. Grundsätzlich können die in dieser Arbeit präsentierten Assoziationen auf verschiedenartige zugrundeliegende Zusammenhänge zurückgeführt werden. Eine davon ist die hier verfolgte Annahme, dass sich die beobachteten psychischen Auffälligkeiten als Reaktionen Heranwachsender – zumindest in Teilen – auf ungünstige Umgebungsbedingungen erklären lassen, womit letztere Ansatzpunkte für primärpräventive Maßnahmen bilden würden. Aber auch die umgekehrte Wirkrichtung kann eine Rolle spielen, nämlich dass geringe Wohlbefindenswerte in einzelnen Lebensbereichen aus vorliegenden psychischen Auffälligkeiten resultierende Probleme reflektieren. In diesem Fall müsste eine positive Beeinflussung der Lebensbereiche im Rahmen primärpräventiver Maßnahmen wirkungslos bleiben, die Settings wären jedoch hinsichtlich sekundärpräventiver Interventionen bedeutsam. Eine dritte Erklärungsmöglichkeit bestünde darin, dass die Wohlbefindensmaße und psychische Auffälligkeiten keinen Zusammenhang aufweisen, sondern beide mit einer Drittvariable assoziiert sind, die einen scheinbaren Zusammenhang bedingt. Dies erscheint aufgrund der theoretischen Plausibilität der ersten beiden Zusammenhangsannahmen jedoch nicht besonders naheliegend, auch wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass Assoziationen teilweise durch eine solche Drittvariable verstärkt werden.

Die hier getroffene Annahme, dass die untersuchten Faktoren den psychischen Auffälligkeiten vorangehen, kann auf verfügbare wissenschaftliche Evidenz verweisen, da diese Wirkrichtung für die einzelnen Faktoren bereits in longitudinalen Studien belegt werden konnte (z.B. für die Schule: 249,250,251, die Familie: 256,325 und Peers: 186,262). Die Verwendung des analysierten Datensatzes erscheint zudem trotz seiner querschnittlichen Natur sinnvoll, da die enthaltenen Informationen die – vermutlich bislang einmalige – Möglichkeit bieten, die lebensweltlichen Einflüsse (a) in ihrer relativen Bedeutung und (b) in ihren kulturspezifischen Besonderheiten zu beschreiben. Angesichts des mit einer solchen Analyse zwangsläufig verbundenen großen methodischen Aufwands (wie bspw. eines internationalen Samplings), erscheint es zudem sinnvoll, die formulierten Hypothesen zunächst querschnittlich zu testen, bevor zusätzliche Ressourcen in – grundsätzlich wünschenswerte – längsschnittliche Studien investiert werden. So wird auch im Rahmen einer – allerdings ausschließlich für England durchgeführten –

ähnlichen Untersuchung argumentiert, dass querschnittliche Studien zwar keine Kausalität belegen, aber dennoch deutlich zeigen können, welche Faktoren *keine* unabhängige Assoziation mit dem interessierenden Outcome aufweisen (275).

Die oben genannten Hauptgründe dafür, trotz der querschnittlich erhobenen Daten die Wirkrichtung *von* den Lebenswelten (Prädiktoren) *auf* die psychische Gesundheit (Outcome) als primär relevant anzunehmen, können durch die Interpretation einiger Ergebnisse zusätzlich unterstützt werden.

So zeigten bspw. die Ergebnisse zum schulischen Wohlbefinden, dass dieses in mehreren Ländern insbesondere bei den Mädchen einen Prädiktor psychischer Auffälligkeiten darstellt. Würde man – entgegen der hier vertretenen Auffassung – die umgekehrte Wirkrichtung unterstellen, nach der die Wohlbefindensmaße vor allem Konsequenzen des psychischen Gesundheitszustandes sind, wäre dieses Ergebnis angesichts der bei Jungen häufiger auftretenden externalisierenden Störungen und deren besonderen Störungswert in der Schule nicht plausibel. Vielmehr müsste dann angenommen werden, dass sich psychische Auffälligkeiten bei den Jungen stärker im schulischen Wohlbefinden niederschlagen als bei Mädchen.

Ein weiterer empirischer Zusammenhang, der eine argumentative Unterstützung der hier angenommenen Direktionalität der Beziehung ermöglicht, ist die Wirkung der Lebensbereiche als Mediatoren des SES. Bei sozial benachteiligten Jugendlichen muss davon ausgegangen werden, dass bestehende Einbußen in den Wohlbefindensmaßen und der psychischen Gesundheit Konsequenzen ihrer sozialen Lage darstellen und ihr nicht vorangehen, da ihr SES durch die Eltern definiert und aufgrund des Lebensalters ein sozialer Selektionseffekt kaum wahrscheinlich ist (siehe auch 4.3). Wenn sich nun der SES-Effekt auf die psychische Gesundheit bei Kontrolle für einen Lebensbereich reduziert, zeigt dies an, dass sich eben die SES-bedingte Varianz des Wohlbefindensmaßes auch im psychischen Gesundheitsoutcome niederschlägt. Ginge man umgekehrt davon aus, dass die (zwar eventuell auch mit der sozialen Lage kovariierenden) Einbußen in den Lebenswelten primär Konsequenzen psychischer Auffälligkeiten darstellen, müsste eine SES-bedingte Varianz der Wohlbefindensmaße ausschließlich oder deutlicher in den Ländern auftreten, in denen eine soziale Ungleichheit hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten vorliegt. Die Daten zeigen jedoch, dass in den Ländern, in denen sozial benachteiligte Jugendliche keine höheren Raten psychischer Auffälligkeiten aufweisen, diese Gruppe ebenfalls geringere Wohlbefindenswerte in ein (DE, NL), zwei (CH), drei (EL) oder sogar allen vier (HU) Lebensbereichen aufweist. Verstünde man nun das reduzierte Wohlbefinden primär als Konsequenz psychischer Auffälligkeiten,

könnte diese soziale Bezogenheit der Wohlbefindenswerte nur daraus resultieren, dass sich psychische Auffälligkeiten bei Jugendlichen mit niedrigem SES stärker auf das Wohlbefinden auswirken, was – nach Auffassung der Autorin – keine plausible Erklärung darstellt. Wahrscheinlicher erscheint es, dass sich die soziale Lage kulturspezifisch verschieden in den Wohlbefindensmaßen niederschlägt und sich die sozial bedingten Wohlbefindens-Einbußen wiederum kulturspezifisch unterschiedlich auf die Wahrscheinlichkeit, psychische Auffälligkeiten zu entwickeln, auswirken.

Daran schließt sich zudem die Überlegung an, dass Länderunterschiede bzgl. des Einflusses einer Lebenswelt auf die psychische Gesundheit nach Auffassung der Autorin theoretisch plausibler erscheinen als Länderunterschiede bzgl. der Auswirkungen psychischer Auffälligkeiten auf die Lebenswelten. So werden die psychischen Probleme eines Jugendlichen in verschiedenen europäischen Ländern die Atmosphäre daheim vermutlich in ähnlichem Ausmaß belasten. Wie stark sich jedoch familiäre Belastungen in der psychischen Gesundheit niederschlagen, ist wahrscheinlich stärker durch kulturspezifische Faktoren bedingt, wie die kulturelle Bedeutung der Familie oder das kulturspezifisch unterschiedliche Ausmaß der gemeinsam verbrachten Zeit etc. Folgt man dieser Argumentation, müsste sich die Annahme, dass Wohlbefindenseinbußen primär Konsequenzen psychischer Auffälligkeiten sind, in länderspezifisch sehr ähnlichen Effektmaßen ausdrücken. Die beobachteten Variationen wären hingegen ein Indikator für die größere Bedeutsamkeit der Lebenswelten als Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten.

Trotz der dargestellten Argumente muss bei der Interpretation der Ergebnisse in Rechnung gestellt werden, dass die hier beobachteten Assoziationen sicherlich zumindest anteilig auch die umgekehrte Wirkrichtung widerspiegeln, also den Umstand, dass psychisch auffällige Jugendliche aufgrund ihrer Auffälligkeit Probleme in Schule, Familie und mit Gleichaltrigen haben (17,18). Dies ist schon alleine deswegen nicht vermeidbar, da nachteilige Auswirkungen auf das Befinden, das soziale Leben oder die Entwicklung eine definitorische Voraussetzung psychischer Auffälligkeiten bilden (siehe 2.1). Auch wenn es sich bei diesem gegenläufigen Zusammenhang nicht um die für die beobachteten Assoziationen ausschlaggebende Korrelation handeln dürfte, muss in Hinblick auf die Analyse entsprechend eine leichte Überschätzung der Effektmaße angenommen werden. Hinsichtlich der Praxisimplikationen sind die mit der Existenz beider, schlecht voneinander abgrenzbarer Wirkrichtungen einhergehenden Einschränkungen weniger scharf umreißbar. Wie oben bereits angedeutet, müsste die positive Einflussnahme auf die relevanten Lebenswelten – je nach

Ausmaß der umgekehrten Wirkrichtung – eine mehr oder weniger starke sekundärpräventive Komponente aufweisen. Eine solche ist nicht nur aus ethischen Gründen ¹⁴⁶ sondern auch zur Reduktion der mit psychischen Auffälligkeiten einhergehenden gesellschaftlich zu tragenden Kosten (19) grundsätzlich wünschenswert, kann an dieser Stelle in ihrer Bedeutsamkeit jedoch nicht quantifiziert werden.

Eine weitere Limitation der Aussagekraft der präsentierten Analyseergebnisse betrifft die Beschränkung auf psychische Auffälligkeiten im Allgemeinen – ohne Berücksichtigung spezifischer Störungsformen. Diese Einschränkung erscheint besonders deshalb relevant, da für verschiedene Störungsformen bereits eine unterschiedliche Relevanz einzelner Lebenswelten festgestellt wurde (275). Diese ist jedoch durch das hier verwendete Globaloutcome nicht erkennbar. Neben der Tatsache, dass reliable spezifische Störungsauscomes nicht verfügbar waren, lässt sich die Verwendung des Globaloutcomes jedoch auch inhaltlich rechtfertigen. Zum einen wurde in dieser Arbeit kein ätiologischer, sondern ein eher übergreifender Public Health-Ansatz verfolgt, der primär Maße der Gesamtbelastung sowie Ansatzpunkte zu deren Reduktion im Blick hat. Obwohl Informationen zur Ätiopathogenese spezifischer Störungen wichtig und wünschenswert sind, erscheint eine bevorzugte Ausrichtung primärpräventiver Maßnahmen auf die Gesamtheit der in dieser Altersgruppe auftretenden Störungen sinnvoll, zumal keine spezifische Störung aufgrund einer deutlich höheren Prävalenz besondere Aufmerksamkeit verdient hätte. Ein solches Vorgehen gewinnt vor dem Hintergrund der hohen Komorbidität der spezifischen psychischen Störungen zusätzlich an Bedeutung, auf die alle verfügbaren Reviews und unzählige weitere Untersuchungen hinweisen (10,40,138). Das in dieser Arbeit angewendete, eher übergreifend orientierte Analyseraster folgt entsprechend der Tradition des Risikofaktorenansatzes und kann nicht die Ansprüche der neueren sogenannten “Entwicklungspsychopathologie” erfüllen, die durch eine Integration von Entwicklungspsychopathologie und Epidemiologie die Mechanismen zu verstehen sucht, wie Entwicklungsprozesse mit dem Risiko spezifischer psychischer Störungen zusammenhängen (14).

Auch hinsichtlich der Prädiktorvariablen sozioökonomischer Status und dem Wohlbefinden in den Lebenswelten sind Limitationen in Hinblick auf ihre Operationalisierung zu ergänzen. Da die mit der Messung des SES verbundene Problematik bereits ausgeführt (siehe 2.3.3) und in Hinblick auf die beobachteten Ergebnisse diskutiert wurde (siehe 6.2.3), soll diesbezüglich

¹⁴⁶ (zur Vermeidung des Teufelskreises von schlechten Umgebungsbedingungen, resultierenden Auffälligkeiten, sich weiter verschlechternden Bedingungen und sich chronifizierenden oder verschlechternden Auffälligkeiten)

hier nur noch einmal die Vielschichtigkeit der in diesem Begriff implizierten Lebensumstände angesprochen werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass der SES nicht als solcher Einfluss auf die psychische Gesundheit nimmt, sondern ein vielschichtiges Konglomerat an Lebensbedingungen beschreibt (siehe 2.3.3). Die Bedeutung einzelner, in der Gruppe der sozial Benachteiligten gehäuft auftretender Rahmenbedingungen (wie bspw. eigene oder elterliche Migrationserfahrungen, das Erleben einer elterlichen Trennung, das Aufwachsen in einem Ein-Eltern-Haushalt oder ähnliches, 144) bleibt hier ausgeklammert und kann nicht näher spezifiziert werden. Somit bleibt darauf hinzuweisen, dass die hier angesprochenen Jugendlichen mit niedrigem SES letztlich eine sehr heterogene Gruppe darstellen, die sich als spezifische Risikogruppe jedoch über dieses gemeinsame Merkmal sinnvoll identifizieren lassen.

Auch die Operationalisierung des Einflusses der Lebenswelten über das Wohlbefinden in diesen Bereichen birgt kleinere Probleme. In Hinblick auf das selbstberichtete Wohlbefinden muss man davon ausgehen, dass eine Adaption der Jugendlichen an ihre Lebensumstände erfolgt, so dass die Jugendlichen mit ungünstigeren Lebensbedingungen in den fraglichen Bereichen tendenziell bessere Werte aufweisen als ihre Situation annehmen ließe (326,327,328). Eine solche Wohlbefindens-Adaption könnte dazu führen, dass die beobachteten Assoziationen zwischen dem Befinden in den Lebenswelten und psychischen Auffälligkeiten weniger stark ausfallen als es bspw. beim Heranziehen konkreterer (verhaltensbezogener) Angaben der Fall wäre. Eine Alternative stellt bspw. die Verwendung von Items dar, die erfragen, ob Eltern zu Schulveranstaltungen kommen oder bei Schulproblemen helfen (siehe z.B. 241).

Es ließen sich selbstverständlich noch viele weitere Limitationen der präsentierten Analyse diskutieren, die auf verschiedene hier nicht berücksichtigte Aspekte der Thematik Bezug nehmen. So bleiben im Rahmen der vorgenommenen Auswertungen unter anderem vermittelnde Persönlichkeitsvariablen ausgeklammert, auch wenn Eigenschaften wie bspw. eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung die aktive Auseinandersetzung von Jugendlichen mit ihrer Umgebung stark beeinflussen (144,233). Präventive Bemühungen, die eine Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung bewirken, stellen also – unabhängig von der Bedeutung verschiedener Lebenswelten – wichtige Maßnahmen dar. Da letztlich eine thematische Begrenzung wissenschaftlicher Arbeiten jedoch unverzichtbar ist, wird in der Folge auf eine Diskussion derartiger inhaltlicher Limitationen verzichtet und für einige weiterführende Überlegungen auf den Ausblick (siehe 7) verwiesen.

Zusammenfassung – Stärken und Limitationen der präsentierten Analysen

Die Stärken dieser Analysen beruhen auf den **großen, repräsentativen und gut vergleichbaren Länderstichproben**, die unter Anwendung **gleicher Methoden** mit Hilfe eines international bewährten Instruments zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten untersucht wurden. Die Erfassung der Wohlbefindensmaße (als Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten) erfolgte durch die Verwendung eines interkulturell entwickelten und psychometrisch bewährten Instruments mit hoher Verlässlichkeit.

Hinsichtlich der Erfassung psychischer Auffälligkeiten sind jedoch einschränkend Variationen in der Datengrundlage zu erwähnen sowie die beobachteten **psychometrischen Mängel des Messinstruments**. Bzgl. letzterer erweist sich aber bereits die englische Quellenversion als problematisch, so dass sie weniger die interkulturelle Vergleichbarkeit der Ergebnisse berühren. Auch aufgrund der Verwendung eines Globaloutcomes sind keine deutlichen Einschränkungen der Aussagekraft des SDQ-Algorithmus anzunehmen, dennoch erscheint eine zukünftige interkulturelle Überprüfung der diagnostischen Güte seiner Resultate geboten. Zudem sollte bedacht werden, dass **nicht-differentielle Missklassifikation** durch mangelnde Reliabilität eine Unterschätzung bestehender Assoziationen zur Folge haben kann.

Auch zur **Repräsentativität** der Stichproben bleibt anzumerken, dass eine geringfügige Positiv-Selektion hinsichtlich der psychischen Gesundheit nicht ganz ausgeschlossen werden kann.

Einen wichtigen möglichen Kritikpunkt dieser Arbeit bildet die **querschnittliche Natur der zugrundeliegenden Daten**. Durch diese ist hier ein empirischer Nachweis des Befindens in den Lebenswelten als *Prädiktor* psychischer Auffälligkeiten nicht möglich, da ersteres umgekehrt auch eine *Konsequenz* des letzteren darstellen könnte. Der Datensatz erschien dennoch für die durchgeführten Analysen geeignet, da zum einen die hier postulierte Wirkrichtung bereits in longitudinalen Studien belegt wurde und zum anderen die Daten die einmalige Gelegenheit bieten, relative Bedeutsamkeiten von Lebenswelten in ihren kulturspezifischen Besonderheiten zu untersuchen. Ergebnisse solcher querschnittlichen Studien können in der Folge Anlass zu longitudinalen Untersuchungen geben, aber auch dazu führen, dass sich derartig ressourcenintensive Vorhaben als überflüssig erweisen, wenn bspw. keine Assoziationen beobachtet werden können. Zudem ermöglichen einige Ergebnisse dieser Arbeit, die hier angenommene Wirkrichtung argumentativ zu stützen; hierzu gehören bspw. die eher für Mädchen relevante Beziehung zwischen schulischem Wohlbefinden und psychischen Auffälligkeiten, die Funktion der Lebenswelten als Mediator des SES sowie die ermittelten Länderunterschiede bzgl. des Einflusses einer Lebenswelt auf die psychische Gesundheit. Obwohl hier angenommen wird, dass die Lebenswelten primär als Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten wirken, muss in Rechnung gestellt werden, dass es sich um eine bidirektionale Beziehung handelt und das Befinden in den Lebenswelten in zweiter Linie auch als Konsequenz psychischer Auffälligkeiten reduziert wird. Somit ist von einer – allerdings eher leichten – Überschätzung der hier berichteten Assoziationen auszugehen, die jedoch auch auf die Lebenswelten als Ansatzpunkte sekundärpräventiver Maßnahmen verweist.

Der in dieser Arbeit verfolgte **Risikofaktorenansatz** beschränkt sich auf die Analyse eines Globaloutcomes und kann somit entwicklungspsychopathologischen Ansprüchen einer genaueren Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Entwicklungsprozessen und spezifischen Störungen nicht gerecht werden. Nicht zuletzt aufgrund der hohen Komorbiditäten erscheint dieses Vorgehen jedoch gerechtfertigt, zumal andernfalls ausgesprochen differenziertes und real nicht verfügbares Datenmaterial erforderlich gewesen wäre. Weitere Limitationen liegen in der **Operationalisierung der Prädiktoren**.

7 Fazit und Ausblick

Die in dieser Arbeit berichteten Raten zur Größe der präventionsrelevanten Risikogruppe sowie auch die Häufigkeitsschätzung klinisch relevanter Störungen unterstreichen die über einzelne Ländergrenzen hinaus bestehende Notwendigkeit, die psychische Gesundheit – insbesondere in dieser weichenstellenden Lebensphase – verstärkt in den Blick zu nehmen und durch Public Health-Maßnahmen zu fördern und zu stützen. Angesichts des in diesem Bereich außerdem bestehenden Forschungsbedarfs leistet diese Arbeit somit einen wichtigen Beitrag zur Bearbeitung der klassisch epidemiologischen Aufgabe des Schätzens der „Krankheitslast“ – auch wenn der Begriff der „Krankheit“ hier mit Vorsicht zu verwenden ist.

Die ausgewerteten Daten bilden aufgrund ihrer Qualität und internationalen Vergleichbarkeit eine bislang in Europa vermutlich einzigartige Grundlage zur Behandlung der benannten Fragestellungen. Umso mehr gibt es zu denken, dass diese Daten eigentlich einen „Glücksfall“ für die psychiatrische bzw. Sozialepidemiologie darstellen, da sie in einem Survey erhoben wurden, der sich gar nicht gezielt auf das Quantifizieren psychischer Auffälligkeiten bei jungen Menschen in Europa richtete, sondern diese Daten vielmehr als „Nebenprodukt“ zur Validierung eines neuen Lebensqualitätsfragebogens erhob. Der sich hierin offenbarende Mangel an Daten aus spezifisch zuständigen nationalen bzw. internationalen Stellen - bspw. der EU oder der WHO – verdeutlicht den bislang eher stiefmütterlichen Umgang mit der Thematik. Die in diesem Feld festzustellende unglückliche Kombination aus einem weitgehenden Fehlen umfassenden Datenmaterials, einer hohen Public Health-Relevanz der Problematik sowie großen Wissenslücken verweist auf die in Europa und den USA gleichermaßen bestehende Notwendigkeit einer Mental Health Surveillance mit umfassenden und bestenfalls auch international vergleichbaren Daten.^{147, 148} In den USA wurden bereits erste Schritte in diese Richtung unternommen (30) und auch für Europa können einige Aktivitäten festgestellt werden, die bezüglich des Bedarfs an länderspezifischen Prävalenzraten (315) Potential für die Zukunft aufweisen. So untersucht bspw. die – unter anderem aus Mitteln der Europäischen Kommission finanzierte – „*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*“ (ESEMeD) mittels standardisierter Methoden die Prävalenz psychischer Störungen und

¹⁴⁷ Costello und Angold (30) beschreiben das hier angesprochene Problem sehr plastisch: Während eine Anfrage beim amerikanischen Center for Disease Control and Prevention hinsichtlich Prävalenzen und Inzidenzen von SARS oder AIDS erfolgreich sein dürfte, wird man dort keinen Zuständigen für Depressionen oder Schizophrenien im Jugendalter finden, auch wenn sich die sozialen Kosten in vergleichbarer Höhe bewegen.

¹⁴⁸ Diese Notwendigkeit besteht nach Mutmaßung der Autorin sicher auch in sämtlichen anderen geographischen Regionen der Erde. Da Europa jedoch den Gegenstand dieser Arbeit darstellt und die USA als Quellenland der meisten verfügbaren Daten Erwähnung verdient, soll und kann über diese beiden Regionen hinaus hier keine fundierte Aussage getroffen werden.

assoziierte Faktoren sowie die Versorgungssituation in verschiedenen europäischen Ländern (329). Da die Studie jedoch auf nur sechs Länder sowie die Altersgruppe der ab 18-Jährigen beschränkt ist und auch keine regelmäßigen Erhebungen vorsieht, werden – sofern keine Erweiterungen erfolgen – wesentliche Wissenslücken hierdurch nicht geschlossen werden können. Eine andere wichtige Entwicklung vollzieht sich derzeit im Rahmen der *Eurobarometer-Surveys*, die seit 1973 in der wachsenden Zahl der Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaft bzw. Union regelmäßig und sich differenzierend in der ab 15-jährigen Bevölkerung durchgeführt werden (330). Die Publikationen der letzten Jahre lassen hier ein steigendes Interesse an der psychischen Gesundheit der Bevölkerung erkennen (bspw. 331,332,333). Im September 2008 wurde auch erstmals für jüngere, 6- bis 17-jährige EuropäerInnen aller 27 Mitgliedsländer der psychische Gesundheitszustand mit Hilfe von Elternangaben ermittelt (334). Insgesamt basieren diese Untersuchungen der EU jedoch überwiegend auf einem positiven Verständnis psychischer Gesundheit im Sinne eines mentalen Wohlbefindens, und insbesondere in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen wurden bislang keine psychischen Auffälligkeiten erfasst, die einen direkten Rückschluss auf Prävalenzen und potentiellen Behandlungsbedarf zulassen würden.¹⁴⁹

Die Forderung nach einer Mental Health Surveillance kann also trotz dieser neueren Bemühungen weiterhin Aktualität behaupten, zumal auch im Rahmen der EU eine Verstetigung der Datenerhebung zumindest bislang nicht erfolgt ist. Hierbei muss jedoch beachtet werden, dass das Fehlen interkulturell vergleichbarer Daten zu psychischen Auffälligkeiten nicht nur mangelndem Interesse oder Ressourcen zugeschrieben werden kann, sondern wahrscheinlich auch maßgeblich dem Umstand geschuldet ist, dass bislang kein wirklich überzeugendes Instrumentarium zu ihrer Erfassung vorliegt. Die qualitativ hochwertigen standardisierten klinischen Interviews sind im Rahmen großer epidemiologischer Studien kaum einsetzbar und für die existierenden dimensional Instrumente ist die interkulturelle Verwendbarkeit bislang nicht hinreichend belegt. Die Ergebnisse der hier präsentierten Analysen weisen ebenfalls darauf hin, dass in diesem Bereich der Instrumentenentwicklung zweifelsohne Forschungsbedarf besteht.¹⁵⁰

¹⁴⁹ Auch unter den 88 Indikatoren des „*European Community Health Indicators Monitoring*“ (ECHIM)-Projektes befinden sich – sofern man die suchtbetragenden Indikatoren, Suizidversuche und Demenzerkrankungen ausklammert – lediglich drei, die sich auf den psychischen Gesundheitszustand beziehen. Zwei davon („psychological distress“ und „psychological well-being“) befinden sich noch in der Entwicklung, so dass nur ärztlich bestätigte Depressionen bei den ab 15-Jährigen alle fünf Jahre erfragt werden. (Stand 13.5.2011: <http://www.healthindicators.eu>)

¹⁵⁰ Auch ein neuerer Ansatz – das Schätzen von Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten aus dem Gesamtwert des SDQs – wurde bislang ausschließlich für Großbritannien validiert, so dass die interkulturelle Anwendbarkeit fragwürdig bleibt (335).

In Hinblick auf mögliche Zielgruppen und Ansatzpunkte präventiver Maßnahmen konnte allgemein die Eignung der Settings Familie und Schule für Interventionen bestätigt werden, während sich die Gleichaltrigengruppe nicht als relevant erwies. Die Ergebnisse der Arbeit weisen zudem darauf hin, dass zukünftig bei der Planung von Maßnahmen in – bzw. auch bei der Interpretation von Forschungsergebnissen aus – verschiedenen Ländern berücksichtigt werden sollte, dass sich nicht nur die Krankheitslast der Länder unterschiedlich darstellt sondern auch die Bedeutung von Prädiktoren psychischer Auffälligkeiten in den einzelnen Ländern variieren kann. Dabei bilden die hier ausgeführten Hinweise auf kulturspezifische Anpassungen von Präventionsstrategien jedoch sicher lediglich erste Bausteine beim Gewinnen wissenschaftlicher Evidenz in diesem Bereich.

Eine besondere Problematik, die weitere Forschung notwendig erscheinen lässt, ist der mit Hilfe querschnittlicher Daten nicht belegbare kausale Charakter eines reduzierten Wohlbefindens in den Lebenswelten hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten, da erstgenannte auch umgekehrt durch letztgenannte beeinträchtigt werden. Wünschenswert wären demnach Bemühungen, die beiden Wirkrichtungen voneinander abzugrenzen und somit die Bedeutung primär- und sekundärpräventiver Komponenten von Maßnahmen in den benannten Settings herauszuarbeiten.¹⁵¹ Aufschlussreich könnten hier bspw. Evaluationen praktischer Umsetzungen sein. So wird in der Literatur darauf verwiesen, dass präventive Interventionen grundsätzlich auch als wissenschaftliche Experimente zum Testen einer Theorie betrachtet werden sollten (30). Die Bezugnahme auf das historische Beispiel der durch John Snow abmontierten Handpumpe zur Bekämpfung der Cholera krankt zwar an den hiermit implizierten und durch Legendenbildung überzogenen Wirksamkeitserwartungen (336), verdeutlicht aber gut die Möglichkeiten eines solchen Vorgehens: Die Beobachtung der Effekte von am Wohlbefinden ansetzenden Präventionsmaßnahmen auf die Inzidenz (Primärprävention) aber auch auf den Verlauf bestehender Auffälligkeiten und assoziierte Folgeschäden wie Lebensqualitätseinbußen (Sekundärprävention) könnte Erkenntnisse über die Relevanz primär- und sekundärpräventiver Komponenten geben. Ein solches Vorgehen würde zudem das bestehende Public Health Problem unmittelbar angehen, ohne auf das Abwarten longitudinaler Beobachtungsstudien angewiesen zu sein.

¹⁵¹ Da als Hauptziel epidemiologischer Untersuchungen das Identifizieren von Schlüsselfaktoren gilt, deren Modifikation die Prävalenz einer Erkrankung senken *oder* den mit der Störung einhergehenden Schaden reduzieren kann (30), verweist die präsentierte Untersuchung jedoch in jedem Fall auf sinnvolle Ansatzpunkte von Präventionsmaßnahmen.

Ein weiterer Grund, warum die berichteten Erkenntnisse letztlich mit systematisiertem Erfahrungswissen aus der Präventionspraxis gefüllt werden müssen, ist die mit der Operationalisierung der Lebenswelt-Einflüsse über das Wohlbefinden einhergehende mangelnde Konkretheit der relevanten Einflussfaktoren. So kann hier zwar festgehalten werden, dass ein reduziertes Wohlbefinden im Bereich der Familie bzw. der Schule die Chance psychischer Auffälligkeiten erhöht und in einigen Ländern auch die höheren Raten solcher Auffälligkeiten bei sozial benachteiligten Jugendlichen vermittelt, es bleibt aber offen, welches die konkreten Lebensumstände sind, die sich in der Reduktion des Wohlbefindens ausdrücken. Um das Wohlbefinden in den angesprochenen relevanten Settings tatsächlich verbessern zu können, gilt es demnach, die Prädiktoren der Prädiktoren – also die für die Ausprägung des Wohlbefindensmaßes relevanten Faktoren – zu identifizieren und diejenigen herauszufiltern, die sowohl entscheidenden Einfluss nehmen als auch praktisch beeinflussbar sind. Diese Faktoren können wiederum kulturspezifisch unterschiedlich sein. Es ist anzunehmen, dass vielfältige durchgeführte Programme auf einem solchen Wissen um die im jeweiligen Bereich bedeutsamsten Faktoren basieren. Die präsentierte Untersuchung kann für die einzelnen Länder lediglich darauf hinweisen, in welchem Lebensbereich das Einwirken auf konkrete Lebensumstände mit dem größten Präventionseffekt einhergehen könnte.

Angesichts der vielen noch offenen Fragen, erscheint es eventuell voreilig, an dieser Stelle bereits auf die Notwendigkeit von Kosten-Nutzen-Analysen durchgeführter Interventionen zu verweisen. Derlei Bemühungen werden jedoch auch bei noch unvollständigem Kenntnisstand notwendig sein, um die weithin gestellte Forderung nach gezielter Prävention politisch durchsetzbar zu machen. Da auch in diesem Bereich die meisten verfügbaren Studien aus den USA und Großbritannien stammen und in Europa insgesamt, insbesondere jedoch in den osteuropäischen Ländern, ein großer Mangel besteht, gilt es zukünftig – insbesondere angesichts der hohen Prävalenzraten in Tschechien oder Griechenland – die hier bestehenden Wissenslücken zu schließen.

Neben dem oben diskutierten Forschungs- bzw. Handlungsbedarf hinsichtlich Datenerhebung und Präventionspraxis gibt diese Untersuchung auch in Hinblick auf die Bedeutung des sozialen Status für die psychische Gesundheit im Jugendalter weitere Fragen auf. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass sich die Beziehung zwischen sozialem Status und psychischer Gesundheit komplexer gestaltet als vermutet wurde. Die hier beobachteten Unterschiede der länderspezifischen Assoziationen können nicht mit abweichenden Methoden oder Operationalisierungen erklärt werden, so dass sie die Frage aufwerfen, warum in einigen Ländern klar

eine soziale Ungleichheit der Auftretenshäufigkeit psychischer Auffälligkeiten im Jugendalter besteht und in anderen nicht (so deutlich). Da auch die betrachteten ökonomischen Makroindikatoren zur Klärung dieser Frage nichts beitragen konnten, könnte hier zukünftig ein Fokus auf kulturelle bzw. gesellschaftliche Aspekte der untersuchten Länder lohnenswert sein. Die Identifizierung länderspezifischer Eigenheiten, die mit der Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit in Beziehung stehen, könnten dabei eventuell Faktoren aufzeigen, die es in anderen Ländern zu bestärken gilt.

Ähnliche weiterführende Fragen wirft der Umstand auf, dass die in fünf Ländern feststellbaren sozialen Ungleichheiten auch bei Kontrolle für das Wohlbefinden in den zentralen Sozialisationsinstanzen nur teilweise ausgeglichen werden können.¹⁵² Geht man nun davon aus, dass ein geringer SES nicht an sich risikoerhöhend wirkt, sondern vielmehr als Proxy für vielfältige Mechanismen – die mit dem SES assoziiert sind und die psychische Gesundheit beeinflussen können – steht, weist dies darauf hin, dass es weitere Mediatoren zu identifizieren gilt, die möglicherweise ebenfalls Ansatzpunkte präventiver Maßnahmen darstellen können. Derlei hier nicht berücksichtigte Mediatoren könnten auch angesichts der Länderunterschiede bezüglich der Bedeutung sozialer Benachteiligung eine Rolle spielen.

Abschließend lässt sich somit feststellen, dass zwar ausreichend Hinweise auf die hohe Relevanz psychischer Auffälligkeiten bei Jugendlichen als Public Health-Problem sowie auf geeignete Ansatzpunkte präventiver Maßnahmen vorliegen, letztlich jedoch auf dem Weg zu einem diesbezüglich befriedigendem Forschungsstand noch viel Arbeit zu leisten sein wird. Die in dieser Untersuchung mit Hilfe gut vergleichbaren Datenmaterials quantifizierten Unterschiede in der Krankheitslast sowie in der Bedeutung von Prädiktoren weisen darauf hin, dass es hierbei kulturspezifische Eigenheiten verstärkt zu berücksichtigen gilt und kontextunabhängige allgemeingültige Aussagen nur sehr eingeschränkt möglich sein werden.

¹⁵² Hierbei muss selbstverständlich berücksichtigt werden, dass dies auch darin begründet liegen kann, dass die Operationalisierungen der lebensweltlichen Einflussfaktoren evtl. die sozialen Unterschiede in diesen Lebenswelten lediglich unzureichend erfassen (siehe 6.5). Da dies aber in den untersuchten Ländern in unterschiedlichem Ausmaß der Fall gewesen sein müsste, erscheint es zudem plausibel, dass die vermittelnden Mechanismen nicht erschöpfend durch die hier einbezogenen Lebenswelten Schule, Familie und Gleichaltrigen-gruppe abgebildet werden können.

Zusammenfassung – Fazit und Ausblick

In Anbetracht der durch die hier präsentierten Ergebnisse unterstrichenen hohen **Public Health-Relevanz** der Thematik und der Dringlichkeit, die psychische Gesundheit – insbesondere in dieser weichenstellenden Lebensphase – durch entsprechende Interventionen in den Blick zu nehmen, lässt der **Mangel an verfügbaren Daten** in diesem Feld aufmerken. In Ermangelung einer institutionalisierten und verstetigten europäischen Mental Health Surveillance stellt die hier analysierte Datenbasis einen zufälligen Glücksfall dar, auf den man angesichts der großen Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten nicht angewiesen sein sollte. Zwar gibt es einige aktuelle Entwicklungen innerhalb Europas in Richtung einer vergleichbaren Erfassung der psychischen Gesundheit, diese lassen aber entweder die Altersgruppe der Heranwachsenden völlig außer Acht oder erlauben keine Rückschlüsse auf die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten und möglichen Behandlungsbedarf. Dies mag zum Teil an den nicht ganz befriedigenden verfügbaren **Erhebungsinstrumenten** liegen, die es zukünftig zu verbessern gilt.

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen die Notwendigkeit auf, innerhalb Europas **Präventionsstrategien** nicht nur an die jeweils unterschiedliche Krankheitslast sondern auch an eine kulturspezifisch variierende Ressourcenausstattung und Bedeutung von Prädiktoren **in den einzelnen Ländern anzupassen**. Unter diesem Blickwinkel sollten auch scheinbar widersprüchliche Forschungsergebnisse aus verschiedenen Ländern betrachtet werden, die schlichtweg real verschieden starke Zusammenhänge reflektieren können. Grundsätzlich sind in diesem Bereich jedoch weitere Belege aus ländervergleichender Forschung vonnöten.

Zudem gilt es zukünftig, die hier berichteten **Erkenntnisse mit systematisiertem Erfahrungswissen aus der Präventionspraxis zu füllen**. Dies gilt bspw. in Hinblick auf ihre querschnittlichen Limitationen, die gerade bei Schlussfolgerungen hinsichtlich präventiver Maßnahmen auf die Möglichkeit verweisen, präventive Interventionen im Sinne eines Experiments wissenschaftlich zu begleiten. In einem solchen Kontext ließen sich auch die konkreten Lebensumstände identifizieren, deren Veränderung ein erhöhtes Wohlbefinden in den hier thematisierten Lebenswelten ermöglicht. Zudem böte derlei Forschung eine wichtige Basis für die zukünftig sicher an Bedeutung gewinnenden Kosten-Nutzen-Analysen.

Abseits von diesen Fragestellungen mit deutlichem Praxisbezug verweisen die Ergebnisse außerdem auf einige weiterführende Fragen bei der Untersuchung der **Beziehung zwischen SES und psychischer Gesundheit**. So zeigen die diesbezüglich trotz vergleichbarer Methoden aufgezeigten Länderunterschiede, dass zukünftig die Bedeutung länderspezifischer, kultureller oder gesellschaftlicher Aspekte als Moderatoren dieser Beziehung betrachtet werden sollten und stehen im Einklang mit der allgemeinen Erkenntnis, dass kontext- und kulturunabhängige Aussagen in diesem Bereich nur sehr eingeschränkt möglich sind.

8 Zusammenfassung / Summary

8.1 Zusammenfassung

Trotz vieler Hinweise auf die große Public Health-Relevanz psychischer Auffälligkeiten bei Jugendlichen und die somit gebotene Dringlichkeit effektiver Präventionsmaßnahmen, besteht insbesondere innerhalb Europas ein Mangel an international vergleichbaren Studien, die Auskunft über Prävalenzraten geben können oder die Bedeutsamkeit von Einflussfaktoren wie der sozialen Lage und dem Befinden in den wichtigsten jugendlichen Lebenswelten (Schule, Familie, Gleichaltrige) quantifizieren können. Dieser Lücke widmet sich diese Arbeit mit dem Ziel, präventionsrelevante Erkenntnisse über dieses Morbiditätsgeschehen zu erlangen.

Nach einem Review des verfügbaren Forschungsstandes werden anhand des 13 europäische Länder (AT, CH, CZ, DE, EL, FR, HU, IE, NL, PL, SE, UK) umfassenden Datensatzes des KIDSCREEN-Projektes zunächst die methodischen Voraussetzungen einer interkulturellen Vergleichbarkeit anhand einer psychometrischen Testung des verwendeten Screening-Instruments untersucht. Im Anschluss werden länderspezifische Raten psychischer Auffälligkeiten von 12- bis 18-Jährigen ermittelt, wobei sowohl verschieden definierte Risikogruppen als auch klinisch relevante Störungen berücksichtigt werden. Nach einer Betrachtung der Relevanz von Prädiktoren wie Alter, Geschlecht und sozioökonomischer Status (SES) werden zusätzlich die Zusammenhänge zwischen dem – grundsätzlich durch Präventionsmaßnahmen modifizierbaren – Befinden Jugendlicher in zentralen Lebensbereichen und dem Vorliegen psychischer Auffälligkeiten näher untersucht. Dabei zielt insbesondere die Prüfung, inwiefern einzelne Lebensbereiche Mediatoren des SES darstellen – sich also höhere Raten psychischer Auffälligkeiten bei niedrigem SES zumindest anteilig durch ein geringeres Wohlbefinden in Schule, Familie und Gleichaltrigengruppe erklären lassen – auf die Erzeugung handlungsrelevanten Wissens zur Reduktion sozialer Ungleichheit.

Die **psychometrische Prüfung** zeigte für den Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) zwar einige Stärken (wie die länderübergreifend geringen Raten fehlender Werte sowie die interkulturelle Bedeutsamkeit der abgefragten Symptomkomplexe), aber auch deutliche Schwächen hinsichtlich seiner Reliabilität und faktoriellen Validität, die – korrespondierend mit dem Forschungsstand – auf Mängel einiger Subskalen sowie eine eingeschränkte Gültigkeit des zugrundegelegten Messmodells verweisen. Die Bedeutung dieser Probleme bzgl. der Aussagekraft und interkulturellen Vergleichbarkeit der hier durchgeführten Analysen ist jedoch eher gering, da die Probleme in den einbezogenen Ländern in vergleichbarer Weise auftreten und

zudem keine Aussagen über spezifische Störungsformen getroffen werden. Die Ergebnisse weisen auf die Notwendigkeit hin, die diagnostischen Gütekriterien für den SDQ-Algorithmus in weiteren Ländern zu überprüfen.

Die **6-Monats-Prävalenzraten psychischer Auffälligkeiten** bewegten sich für eine weit definierte Risikogruppe zwischen 13% bzw. 14% in Schweden und der Schweiz und 33% bzw. 34% in Griechenland und Tschechien. Die Häufigkeit klinisch relevanter Störungen liegt für alle eingeschlossenen europäischen Länder bei 7.4% und schwankt zwischen 5.9% in der Schweiz und 9% in Frankreich und Griechenland. Für das betrachtete, externalisierende wie internalisierende Störungen umfassende und auf Selbst- wie Elternbericht basierende Globaloutcome konnten keine bedeutsamen Geschlechtsunterschiede sowie kein eindeutiger Alterseffekt gezeigt werden. Auf Länderebene zeigen sich hier – korrespondierend mit der Literatur – uneinheitliche Ergebnisse, die auf keine systematische Änderung der Raten mit dem Alter hinweisen.

Ein – teilweise beträchtlich – erhöhtes Risiko psychischer Auffälligkeiten unter **sozial benachteiligten Jugendlichen** konnte ausschließlich in Tschechien, Spanien, Frankreich, Polen und Großbritannien beobachtet werden. Die berechneten populationsattributablen Risiken zeigen, dass vor allem in Tschechien und Polen die Möglichkeit, diesen Risikofaktor bzw. seine abträglichen Auswirkungen zu reduzieren, ein großes Präventionspotential von bis zu 25% birgt. Makroökonomische Indikatoren des gesamtgesellschaftlichen Wohlstands und seiner Verteilung standen nicht in Zusammenhang mit dem Bestehen eines sozialen Gradienten innerhalb der einzelnen Länder und waren auch nicht mit den länderspezifischen Raten psychischer Auffälligkeiten assoziiert.

Das Wohlbefinden in den **Lebensbereichen Schule, Familie und Gleichaltrigengruppe** ist in den Ländern sehr unterschiedlich ausgeprägt und auch Assoziationen mit Alter, Geschlecht und sozialer Lage weisen auf spezifische Ressourcendefizite in potentiellen Zielgruppen von **Gesundheitsförderung** hin. In Hinblick auf sinnvolle **Ansatzpunkte von Präventionsmaßnahmen** erweisen sich nach Kontrolle für die jeweils anderen Lebenswelten ausschließlich die Familie und die Schule als konsistent und bedeutsam mit dem Auftreten psychischer Auffälligkeiten assoziiert, wobei unterschiedliche Effektmaße auf innereuropäisch möglicherweise variierende kulturelle Bedeutungen der Lebenswelten verweisen: Unabhängig von der sozialen Lage reduziert sich mit jedem zusätzlichen Punkt auf der Wohlbefindensskala die Chance, psychisch auffällig zu sein, um 4% bis 10% bzw. 5% bis 8%. In vier Ländern wirken diese Lebenswelten zudem als **Mediatoren** des SES.

Die Ergebnisse zeigen die **Notwendigkeit länderspezifischer Schwerpunktsetzungen bei der Planung von Präventionsmaßnahmen** auf, relativieren jedoch die Bedeutung alters- und geschlechtsspezifischer Ausrichtungen. Je nach länderspezifischen Rahmenbedingungen können an größere Gruppen gerichtete primär- wie sekundärpräventive Maßnahmen (CZ oder EL) im **familiären oder schulischen Setting** oder auch **Screenings zur Früherkennung** (CH, SE) sinnvoll sein. Ein **Soziallagenbezug** präventiver Maßnahmen lässt mit wenigen Ausnahmen (CZ, PL) kaum Effekte auf die psychische Gesundheit der Gesamtpopulation dieser Altersgruppe erwarten. Grundsätzlich sollten jedoch bei der Interpretation der Ergebnisse die sich aus methodischen Problemen (Messqualität, Angemessenheit der Operationalisierungen, querschnittliche Daten etc.) ergebenden Limitationen bedacht werden.

Die in der vorliegenden Arbeit anhand eher zufällig für diesen Zweck verfügbarer Daten geschätzten Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten unterstreichen die Forderung nach einer **Mental Health Surveillance**, die der Public Health-Relevanz dieses Gesundheitsproblems ausreichend Rechnung trägt. Die Ergebnisse zum verwendeten Messinstrument weisen jedoch auch darauf hin, dass eine solche verstetigte und bestenfalls international vergleichbare Datenerhebung durch zuständige Institutionen wie die EU oder die WHO von weiteren Fortschritten auf dem Gebiet der **Instrumentenentwicklung** abhängen dürfte. Zudem unterstreicht der Umstand, dass die Wirkrichtung der beobachteten Zusammenhänge in der hier vorgenommenen querschnittlichen Untersuchung letztlich nicht eindeutig bestimmt werden kann, auch die Forderung nach einer **wissenschaftlichen Aufarbeitung von Erfahrungen aus der Präventionspraxis**. Dies könnte nicht nur dabei helfen, primär- und sekundärpräventive Effekte zu quantifizieren, sondern auch eine Identifizierung der konkreten Lebensumstände ermöglichen, die sich in den hier erfassten Wohlbefindensmaßen niederschlagen. „Last but not least“ deuten die Analysen dieser Arbeit auf **weiteren Forschungsbedarf hinsichtlich des Einflusses der sozialen Lage auf die psychische Gesundheit** hin: hier muss leider offen bleiben, warum ein niedriger familiärer Wohlstand in einigen Ländern einen (deutlichen) Risikofaktor psychischer Auffälligkeiten darstellt und in anderen nicht, so dass es zukünftig diesbezüglich möglicherweise relevante kulturspezifische Eigenheiten der einzelnen Länder als Moderatoren dieser Beziehung zu untersuchen gilt.

8.2 Summary

Despite the high public health relevance of mental health problems in adolescents and the resulting urgency of effective prevention, particularly within Europe, there is a lack of internationally comparable studies that could inform on prevalence rates or that could quantify the meaningfulness of influencing factors such as the socioeconomic status (SES) or the well-being in adolescents' most important areas of life (school, family, peer group). This thesis aims to fill this gap with the intention of providing useful knowledge for the planning of prevention programs.

After a review of the available research the methodological preconditions of international comparability within the 13-country KIDSCREEN data set (AT, CH, CZ, DE, EL, FR, HU, IE, NL, PL, SE, UK) will be examined by means of a psychometric analysis of the applied screening instrument. Then country-specific prevalence rates of mental health problems in 12- to 18-years-olds are calculated under consideration of different risk groups as well as clinically relevant mental disorders. Additionally, after an analysis of predictors such as age, gender and SES, the associations between adolescents' well-being in crucial areas of life and the presence of mental health problems are examined. Particularly the analysis of how far single areas of life are mediators of the SES (i.e. higher rates of mental health problems in low-SES adolescents might be explained at least partially by a lower well-being in school, family in peer group) is aimed at providing knowledge which is relevant for the reduction of social inequality.

The **psychometric analyses** regarding the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) show some strengths (such as the overall low rates of missing values and the intercultural meaningfulness of the symptoms), but also remarkable weaknesses regarding its reliability and factorial validity. In line with previous research, they point out the limitations of some subscales as well as a limited validity of the underlying measurement model. These problems, however, are only of limited relevance regarding the explanatory power and international comparability of the conducted analyses, particularly since the problems appear in a comparable manner across all countries and since no conclusions are drawn with respect to specific mental disorders. Nevertheless, the results point towards the necessity of testing the diagnostic quality criteria of the SDQ-algorithm in more countries.

The **6-months-prevalence rates** of a more broadly defined risk group range between 13% and 14% in Sweden and Switzerland and 33% and 34% in Greece and the Czech Republic. The percentage of clinically relevant mental disorders across all European countries under

study is 7.4% and ranges between 5.9% in Switzerland and 9% in France and Greece. No meaningful gender differences or age effects were observed for the global mental health outcome examined which includes externalizing as well as internalizing disorders and is based on self- as well as parent-reports. In line with previous research, inconsistent results were found on the level of single countries that did not indicate systematic variations of the rates with age.

Only in the Czech Republic, Spain, France, Poland and the United Kingdom a – partially remarkable – **increased risk of mental health problems among low-SES adolescents** was observed. The calculated population-attributable risks show that the possibility of reducing this risk factor or its detrimental effects is associated with a large preventive potential of 25%, particularly in the Czech Republic and Poland. Macroeconomic indicators of average economic wealth and its distribution were not connected with the country-specific rates of mental health problems.

The **well-being in the areas school, family and peer group** varies strongly in the countries under study. Furthermore, the associations with age, gender and SES indicate specific deficits of resources in potential target groups of **health promotion**. With respect to reasonable **starting points of prevention**, after adjusting for all other areas of life, only the school and the family are consistently and meaningfully associated with the presence of mental health problems. However, different effect sizes hint towards intercultural variations in the meaningfulness of the areas of life: Independent of the social situation, with every point on the well-being scale the chance to have mental health problems is reduced by 4% to 10% and 5% to 8%, respectively. In four countries these areas of life act additionally as mediators of the SES.

The results show the **necessity of country-related emphasizes** when planning measures of prevention. However, they put into perspective the meaning of age- and gender-specific programs. Depending on country-specific circumstances primary or secondary prevention measures in **the family or school setting** applied to larger groups (CZ or EL) or **screenings to enable early detection** (CH, SE) might be useful. In all countries but the Czech Republic and Poland, a **focus on adolescents' social situations** will not achieve significant changes for the better of the mental health on a population-basis. However, with respect to all interpretations of the results the limitations due to some methodological weaknesses (quality of measurement and operationalizations, cross-sectional data etc.) should be taken into consideration.

The fact that the data basis of this thesis was only accidentally available for the purpose of this analysis underlines the requirement of a **mental health surveillance** that does justice to the public health relevance of this health problem. However, the results regarding the applied screening measure indicate that establishing such a continuous and internationally comparable surveillance by institutions such as the EU or the WHO will probably also be dependent on the **progress in the area of instrument development**. Furthermore, the fact that the direction of the observed relationships cannot be clearly determined in this cross-sectional study, emphasizes the requirement of **systematic scientific reflections on practical experiences in prevention programs**. This might not only help in quantifying primary- and secondary-preventive effects. Beyond, this might facilitate an identification of the specific life circumstances, which are mirrored by the measures of well-being under study. Last but not least, the analyses of this thesis indicate the **necessity of further research regarding the impact of the social situation on mental health**: unfortunately, this thesis cannot answer the question, why low family affluence is a (remarkable) risk factor of mental disorders in some countries but not in others. Consequently, in the future the examination of potentially culture-specific characteristics that might act as moderators of this relationship in single countries is desirable.

9 Literatur

1. Murray, C.J.L. & Lopez, A.D. (1996). Evidence- based health policy-lessons from the global burden of disease study. *Science*, 274, 740-743.
2. Murray, C.J.L. & Lopez, A.D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: global burden of disease study. *Lancet*, 349, 1498-1504.
3. Weltgesundheitsorganisation (2001). *The world health report. Mental health: new understanding, new hope*. Genf: Weltgesundheitsorganisation. Zugriff am 4.07.2011 http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf
4. Patel, V., Flisher, A.J., Hetrick, S. & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*, 369,1302-1313.
5. Lehtinen, V. (2004). *Action for mental health. Activities co-funded from European Community public health programmes 1997-2004*. Luxemburg: Europäische Kommission. Zugriff am 6.7.2011 http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/action_1997_2004_en.pdf
6. Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (2005). *Mental health: Facing the challenges, building solutions: Report from the WHO European Ministerial Conference*. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa. Zugriff am 6.7.2011 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf
7. Weltgesundheitsorganisation (2003). *Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions*. Genf: Weltgesundheitsorganisation. Zugriff am 6.7.2011 http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf
8. Palfrey, J.S., Tonniges, T.F., Green, M. & Richmond, J. (2005). Introduction: addressing the millennial morbidity – the context of community. *Pediatrics*, 115, 1121-1123.
9. Goodman, R., Ford, T. & Meltzer, H (2002). Mental health problems of children in the community: 18 month follow up. *BMJ*, 324(7352), 1496-1497.
10. Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53(4), 159-169.
11. Esser, G., Ihle, W., Schmidt, M.H. & Blanz, B. (2000). Die Kurpfalzerhebung - Ziele, Methoden und bisherige Ergebnisse. *Z Klin Psychol Psychother*, 29, 233-245.

-
12. Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. & Angold, A. (2003) Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 837-844.
 13. Costello, E.J., Egger, H. & Angold, A. (2005). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44, 972-986.
 14. Costello, E.J., Foley, D.L. & Angold, A. (2006). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45, 8-25.
 15. Newman, D.L., Moffitt, T.E., Caspi, A., Magdol, L., Silva, P.A. & Stanton, W.R. (1996). Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21. *J Consult Clin Psychol*, 64,552-562.
 16. European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General (Hrsg.) (2004). *The state of mental health in the European Union*. Luxemburg: Europäische Kommission. Zugriff am 6.7.2011 http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_06_en.pdf
 17. Ford, T., Goodman, R. & Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42(10), 1203-1211.
 18. McLeod, J.D. & Kaiser, K. (2004). Childhood emotional and behavioral problems and educational attainment. *American Sociological Review*, 69, 636-658.
 19. Belfer, M.L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry*, 49(3), 226-236.
 20. Achenbach, T.M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H.C. et al. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *J Child Psychol Psychiatry*, 49(3), 251-275.
 21. Freedman, D.X. (1984). Psychiatric Epidemiology Counts. *Arch Gen Psychiatry*, 41(10), 931-933.
 22. Last, J.M. (1988). *A Dictionary of Epidemiology* (2. Aufl.). New York: Oxford University Press.

23. Wittchen H.-U. & Hoyer, J. (2006). *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
24. Steinhausen, H.C. (2010). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie* (7. neu bearbeitete und erweiterte Aufl.). München: Urban & Fischer.
25. Rutter, M. & Graham, P. (1968). The reliability and validity of the psychiatric assessment of the child: I. Interview with the child. *Br J Psychiatry*, 114, 563-579.
26. Brandenburg, N.A., Friedman, R.M. & Silver, S.E. (1990). The epidemiology of childhood psychiatric disorders: prevalence findings from recent studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29(1), 76-83.
27. Weltgesundheitsorganisation (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Genf: Weltgesundheitsorganisation, 1992.
28. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV-TR* (4. Aufl.). Washington DC: American Psychiatric Association.
29. Canino, G. & Alegria, M. (2008). Psychiatric diagnosis – is it universal or relative to culture? *J Child Psychol Psychiatry*, 49(3), 237-250.
30. Costello, E.J. & Angold, A. (2006). Developmental Epidemiology. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Hrsg.), *Developmental Psychopathology. Volume One: Theory and method*. (S. 41-75). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
31. Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (2008). *Evaluation of the first implementation phase of the European Strategy for Child and Adolescent Health and Development. Survey 2006–2008*. Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa. Zugriff am 6.7.2011 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/53868/E92118.pdf
32. Hurrelmann, K. (2010). *Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung* (10. Aufl.). Weinheim & München: Juventa.
33. Griese, H.M. & Mansel, J. (2003). Sozialwissenschaftliche Jugendforschung, Jugend, Jugendforschung und Jugendsdiskurse: Ein Problemaufriss. In B. Orth, T. Schwietring & J. Weiß (Hrsg.), *Soziologische Forschung: Stand und Perspektiven* (S. 169-194). Opladen: Leske und Budrich.

-
34. Coleman, J.C. & Hendry, L.B. (1999). *The nature of adolescence* (3. Aufl.). London: Routledge.
35. Oerter, R. & Dreher, E. (1998). Jugendalter. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch*. (4. Aufl.) (S. 310-395). Weinheim: Psychologische Verlags Union.
36. Oerter, R. & Dreher, E. (2008). Jugendalter. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch*. (6. vollständig überarbeitete Aufl.) (S. 271-332). Weinheim: Psychologische Verlags Union.
37. Bullinger, M., Anderson, R., Cella, D., Aaronson, N. (1993). Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Qual Life Res*, 2(6), 451-459.
38. Hofstede, G. & Hofstede, G.J. (2005). *Cultures and organizations: software of the mind. Intercultural cooperation and its importance for survival* (2. überarbeitete und erweiterte Aufl.). London: McGraw-Hill.
39. Hofstede, G.H. (2007). Der kulturelle Kontext psychologischer Prozesse. In G. Trommsdorff & H.-J. Kornadt (Hrsg.), *Theorien und Methoden der kulturvergleichenden Psychologie. Kulturvergleichende Psychologie*. (Enzyklopädie der Psychologie, Serie VII, Band 1, Themenbereich C, S. 385- 405). Göttingen: Hogrefe.
40. Roberts, R.E., Attkisson, C.A. & Rosenblatt, A. (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry*, 155, 715-725.
41. Bird, H.R. (1996). Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *J Child Psychol Psychiatry*, 37(1), 35-49.
42. Costello, E.J. (1989). Developments in child psychiatric epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28, 836-841.
43. Verhulst, F.C. & Achenbach, T.M. (1995). Empirically based assessment and taxonomy of psychopathology: cross-cultural applications. A review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 4(2), 61-76.
44. Canino, G. & Bravo, M. (1999). The translation and adaptation of diagnostic instruments for cross-cultural use. In D. Shaffer, C.P. Lucas & J.E. Richters (Hrsg.), *Diagnostic Assessment in Child and Adolescent Psychopathology* (S. 285-298). New York: Guilford Press.

-
45. Canino, G., Lewis-Fernandez, R. & Bravo, M. (1997). Methodological challenges in cross-cultural mental health research. *Transcultural Psychiatry Research Review*, 34, 163-184.
46. Hartman, C.A., Hox, J., Mellenbergh, G.J., Boyle, M.H., Offord, D.R., Racine, Y. et al. (2001). DSM-IV internal construct validity: when a taxonomy meets data. *J Child Psychol Psychiatry*, 42(6), 817-836.
47. Puura, K., Almqvist, F., Tamminen, T., Piha, J., Räsänen, E., Kumpulainen, K. et al. (1998). Psychiatric disturbances among prepubertal children in Southern Finland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33(7), 310-318.
48. Angold, A. (1989). Structured assessments of psychopathology in children and adolescents. In C. Thompson (Hrsg.), *The Instruments of Psychiatric Research* (S. 271-304). London: John Wiley & Sons Ltd.
49. Verhulst, F.C., Dekker, M.C. & van der Ende, J. (1997). Parent, teacher and self-reports as predictors of signs of disturbance in adolescents: whose information carries the most weight? *Acta Psychiatr Scand*, 96(1), 75-81.
50. Hui, C.H. & Triandis, H.C. (1985). Measurement in cross-cultural psychology. A review and comparison of strategies. *J Cross Cult Psychol*, 16(2), 131-152.
51. Crockett, L.J., Randall, B.A., Shen, Y.L., Russell, S.T. & Driscoll, A.K. (2005). Measurement equivalence of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Latino and Anglo Adolescents: A National study. *J Consult Clin Psychol*, 73(1), 47-58.
52. Moosbrugger, H. & Kelava, A. (Hrsg.). (2008). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Heidelberg: Springer.
53. Matías-Carreló, L.E., Chávez, L.M., Negrón, G., Canino, G., Aguilar-Gaxiola, S. & Hoppe, S. (2003). The Spanish translation and cultural adaptation of five mental health outcome measures. *Cult Med Psychiatry*, 27, 291-313.
54. Bortz, J. & Döring, N. (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (3. überarbeitete Aufl.). Berlin: Springer.
55. Dickey, W.C. & Blumberg, S.J. (2004). Revisiting the factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire: United States, 2001. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43(9), 1159-1167.

-
56. Capron, C., Thérond, C. & Duyme, M. (2007). Psychometric properties of the French version of the self-report and teacher Strengths and Difficulties Questionnaire. *Eur J Psychol Assess*, 23(2), 79-88.
57. Rothenberger, A., Becker, A., Erhart, M., Wille, N. & Ravens-Sieberer, U, & the BELLA study group (2008). Psychometric properties of the parent strengths and difficulties questionnaire in the general population of German children and adolescents: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 17(S1), 99-105.
58. Höfler M. (2004). *Statistik in der Epidemiologie psychischer Störungen*. Berlin: Springer.
59. Heiervang, E., Goodman, A. & Goodman, R. (2008). The Nordic advantage in child mental health: separating health differences from reporting style in a cross-cultural comparison of psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*, 49, 678–685.
60. Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2007). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth, and Families.
61. Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2007). *Multicultural understanding of child and adolescent psychopathology: Implications for mental health assessment*. New York: Guilford Press.
62. Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.S. (1983). *Manual for the Child Behaviour Checklist and Revised Child Behaviour Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
63. Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
64. Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.S. (1986). *Manual for the Teacher's Report Form and Teacher Version of the Child Behaviour Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
65. Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
66. Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.S. (1987). *Manual for the Youth Self-Report and Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
67. Achenbach, T M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

-
68. Ivanova, M.Y., Achenbach, T.M., Rescorla, L.A., Dumenci, L., Almqvist, F., Bathiche, M., et al. (2007). Testing the Teacher's Report Form syndromes in 20 societies. *School Psych Review*, 36, 468-483.
69. Ivanova, M.Y., Achenbach, T.M., Rescorla, L.A., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., et al. (2007). The generalizability of the Youth Self-Report syndrome structure in 23 societies. *J Consult Clin Psychol*, 75, 729-738.
70. Ivanova, M.Y., Achenbach, T.M., Dumenci, L., Rescorla, L.A., Almqvist, F., Bilenberg, N., et al. (2007). Testing the 8-syndrome structure of the CBCL in 30 societies. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 36, 405-417.
71. Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*, 38, 581-586.
72. van Widenfelt, B.M., Goedhart A.W., Treffers, P. D. & Goodman, R. (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 12, 281-289.
73. Klasen, H., Woerner, W., Wolke, D., Meyer, R., Overmeyer, S., Kaschnitz, W. et al. (2000). Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 9, 271-276.
74. Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., Wietzker, A. & Hölling, H. (2002). Ein Methodenvergleich der Child Behavior Checklist und des Strengths and Difficulties Questionnaire. *Gesundheitswesen*, 64(Sonderheft 1), 119-124.
75. Meltzer, H. (2004). Recent research on the Strengths and Difficulties Questionnaire. In: H. Green, A. McGinnity, H. Meltzer, T. Ford & R. Goodman (Hrsg.), *Mental health of children and young people in Great Britain* (S.251-255). London: Palgrave.
76. Goodman, R. & Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: is small beautiful? *J Abnorm Child Psychol*, 27(1), 17-24.
77. Koskelainen, M., Sourander, A. & Kaljonen, A. (2000). The Strengths and Difficulties Questionnaire among Finnish school-aged children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 9, 277-284.
78. Muris, P., Meesters, C. & van den Berg, F. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 12, 1-8.

-
79. Muris, P., Meesters, C., Eijkelenboom, A. & Vincken, M. (2004). The self-report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire: its psychometric properties in 8- to 13-year-old non-clinical children. *Br J Clin Psychol*, 43, 437-448.
80. van Leeuwen, K., Meerschaert, T., Bosmans, G., de Medts, L. & Braet, C. (2006). The Strengths and Difficulties Questionnaire in a community sample of young children in Flanders. *Eur J Psychol Assess*, 22(3), 189-197.
81. Vostanis, P. (2006). Strengths and Difficulties Questionnaire: research and clinical applications. *Curr Opin Psychiatry*, 19, 367-372.
82. Rutter, M. (1967). A children's behaviour questionnaire for completion by teachers: preliminary findings. *J Child Psychol Psychiatry*, 8, 1-11.
83. Goodman, R. (1994). A modified version of the Rutter Parent Questionnaire including extra items on children's strengths: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*, 35(8), 1485-1494.
84. Smedje, H., Broman, J.E., Hetta, J. & von Knorring, A.L. (1999). Psychometric properties of a Swedish version of the "Strengths and Difficulties Questionnaire". *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 8, 63-70.
85. Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(11), 1337-1345.
86. van Roy, B., Veenstra, M. & Clench-Aas, J. (2008). Construct validity of the five-factor Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in pre-, early, and late adolescence. *J Child Psychol Psychiatry*, 49(12), 1304-1312.
87. Becker, A., Woerner, W., Hasselhorn, M., Banaschewski, T. & Rothenberger, A. (2004). Validation of the parent and teacher SDQ in a clinical sample. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13(Suppl2), II11-16.
88. Bourdon, K.H., Goodman, R., Rae, D.S., Simpson, G. & Koretz, D.S. (2005). The Strengths and Difficulties Questionnaire: U.S. normative data and psychometric properties. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44(6), 557-564.
89. Shojaei, T., Wazana, A., Pitrou, I. & Kovess, V. (2009). The strengths and difficulties questionnaire: validation study in French school-aged children and cross-cultural comparisons. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44, 740-747.
90. Goodman, R., Meltzer, H. & Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 7, 125-130.

-
91. Rothenberger, A. & Woerner, W. (2004). Editorial. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) – Evaluations and applications. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13(Suppl2), II1-2.
92. Thorndike, E. L. (1920). A constant error in psychological ratings. *J Appl Psychol*, 4, 25-29.
93. Hawes, D.J. & Dadds, M.R. (2004). Australian data and psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Aust N Z J Psychiatry*, 38, 644-651.
94. Woerner, W., Becker, A. & Rothenberger, A. (2004). Normative data and scale properties of the German parent SDQ. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13(Suppl2), II3-10.
95. Matsuishi, T., Nagano, M., Araki, Y., Tanala, Y., Iwasaki, M., Yamashita, Y. et al (2008). Scale properties of the Japanese version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): a study of infant and school children in community samples. *Brain & Development*, 30:410-415.
96. Marzocchi, G.M., Capron, C., Di Pietro, M., Tauleria, E.D., Duyme, M., Frigerio, A. et al (2004). The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Southern European countries. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13(Suppl2), II40-46.
97. Giannakopoulos, G., Tzavara1, C., Dimitrakaki, C., Kolaitis, G., Rotsika, V. & Tountas, Y. (2009). The factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek adolescents. *Ann Gen Psychiatry*, 8, 20, DOI: 10.1186/1744-859X-8-20.
98. Koskelainen, M., Sourander, A. & Vauras, M. (2001). Self-reported strengths and difficulties in a community sample of Finnish adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 10(3), 180-185.
99. Thabet, A.A., Stretch, D. & Vostanis, P. (2000). Child mental health problems in Arab children: application of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Int J Soc Psychiatry*, 46(4), 266-280.
100. Ruckin, V., Kuposov, R. & Schwab-Stone, M. (2007). The Strengths and Difficulties Questionnaire: scale validation with Russian adolescents. *J Clin Psychol*, 63(9), 861-869.
101. Percy, A., McCrystal, P. & Higgins, K. (2008). Confirmatory factor analysis of the adolescent self-report Strengths and Difficulties Questionnaire. *Eur J Psychol Assess*, 24(1), 43-48.
102. Rønning, J., Handegaard, B.H., Sourander, A. & Mørch, W.T. (2004). The Strengths and Difficulties self-report questionnaire as a screening instrument in Norwegian community samples. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13(2), 73-82.
103. Malmberg, M., Rydell, A.M. & Smedje, H. (2003). Validity of the Swedish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Swe). *Nord J Psychiatry*, 57(5), 357-363.

-
104. Nunnally, J.C. & Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric Theory* (3. Aufl.). New York: McGraw-Hill, Inc.
105. Obel, C., Heiervang, E., Rodriguez, A., Heyerdahl, S., Smedje, H., Sourander, A. et al. (2004). The Strengths and Difficulties Questionnaire in the nordic countries. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13(Suppl2), II32-39.
106. Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R. & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Br J Psychiatry*, 177, 534-539.
107. Mathai, J., Anderson, P. & Bourne, A. (2004). Comparing psychiatric diagnoses generated by the Strengths and Difficulties Questionnaire with diagnoses made by clinicians. *Aust N Z J Psychiatry*, 38, 639-643.
108. Costello, E.J., Mustillo, S., Keeler, G. & Angold, A. (2004). Prevalence of psychiatric disorders in childhood and adolescence. In B.L. Levin, J. Petrila & K.D. Hennessy (Hrsg.), *Mental health services: a public health perspective* (2. Aufl.) (S. 111-119). Oxford: Oxford University Press.
109. Esser, G., Schmidt, M.H. & Woerner W. (1990). Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children – results of a longitudinal study. *J Child Psychol Psychiatry*, 31(2), 243- 263.
110. Furniss, T., Beyer, T. & Guggenmos, J. (2006). Prevalence of behavioural and emotional problems among six-years-old preschool children: baseline results of a prospective longitudinal study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41(5), 394-399.
111. Wittchen, H.-U., Nelson, C.B. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med*, 28(1),109-126.
112. McArdle, P., Prosser, J. & Kolvin, I. (2004). Prevalence of psychiatric disorder: with and without psychosocial impairment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13(6), 347-353.
113. Skovgaard, A.M., Houmann, T., Christiansen, E., Landorph, S., Jørgensen, T. & CCC 2000 Study Team et al. (2007). The prevalence of mental health problems in children 1(1/2) years of age - the Copenhagen Child Cohort 2000. *J Child Psychol Psychiatry*, 48(1), 62-70.
114. Koot, H.M. & Verhulst, F.C. (1991). Prevalence of problem behavior in Dutch children aged 2-3. *Acta Psychiatr Scand*, 367, 1-37.

-
115. Jané, M.C., Canals, J., Ballespí, S., Viñas, F., Esparó, G. & Domènech, E. (2006). Parents and teachers reports of DSM-IV psychopathological symptoms in preschool children: differences between urban-rural Spanish areas. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41(5), 386-393.
116. Elberling, H., Linneberg, A., Olsen, E.M., Goodman, R. & Skovgaard, A.-M. (2010). The prevalence of SDQ-measured mental health problems at age 5–7 years and identification of predictors from birth to preschool age in a Danish birth cohort: The Copenhagen Child Cohort 2000. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19, 725-735.
117. Linna, S.L. & Moilanen, I. (1994). The Finnish National Epidemiological Study of Child Psychiatric Disorders. Results from prevalence screening in northern Finland. *Arctic Med Res*, 53(Suppl 1), 7-11.
118. Heiervang, E., Stormark, K.M., Lundervold, A.J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M.B. et al. (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(4), 438-447.
119. Bilenberg, N., Petersen, D.J., Hoerder, K. & Gillberg, C. (2005). The prevalence of child-psychiatric disorders among 8–9- year-old children in Danish mainstream schools. *Acta Psychiatr Scand*, 111, 59-67.
120. Petersen, D.J., Bilenberg, N., Hoerder, K. & Gillberg, C. (2006). The population prevalence of child psychiatric disorders in Danish 8- to 9-year-old children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 15(2), 71-78.
121. Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R. & Ford, T. (2000). *Mental health of children and adolescents in Great Britain. Summary report* (2. Aufl.). London: Office for National Statistics. Zugriff am 6.7.2011 http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/KidsMentalHealth.pdf
122. Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Erhart, M., Bettge, S., Wittchen, H.U., Rothenberger, A. et al. (2008). Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 17 (Suppl1), 22-33.
123. van Roy, B., Grøholt, B., Heyerdahl, S. & Clanch-Aas, J. (2006). Self-reported strengths and difficulties in a large Norwegian population 10–19 years. Age and gender specific results of the extended SDQ-questionnaire. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 15(4), 189-198.

-
124. Geckova, A., Tuinstra, J., Pudelsky, M., Kovarova, M., van Dijk, J-P., Groothoff, J-W. et al. (2001). Self-reported health problems of Sloval adolescents. *J Adolesc*, 24(5), 635-645.
125. Fombonne, E. (1994). The Chartres Study: I. Prevalence of psychiatric disorders among French school-age children. *Br J Psychiatry*, 164(1), 69-79.
126. Boys, A., Farrell, M., Taylor, C., Marsden, J., Goodman, R., Brugha, T. et al. (2003). Psychiatric morbidity and substance use in young people aged 13–15 years: results from the Child and Adolescent Survey of Mental Health. *Br J Psychiatry*, 182, 509-517.
127. Jeffers, A. & Fitzgerald, M. (1991). *Irish families under stress. Vol 2. An epidemiological study of psychosocial adjustment, reading attainment and intelligence of 2029 ten and eleven year old children in Dublin. A psychosocial study of 190 children and their mothers.* Dublin: Eastern Health Board. Zugriff am 6.7.2011 http://www.lenus.ie/hse/bitstream/10147/46545/4/Irish_Families_Under_Stress_Vol.2.pdf
128. Lynch, F., Mills, C., Daly, I. & Fitzpatrick, C. (2006). Challenging times: prevalence of psychiatric disorders and suicidal behaviours in Irish adolescents. *J Adolesc*, 29, 555-573.
129. Frigerio, A., Rucci, P., Goodman, R., Ammaniti, M., Carlet, O., Cavolina, P. et al. (2009). Prevalence and correlates of mental disorders among adolescents in Italy: the PRISMA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 18(4), 217-226.
130. Verhulst, F.C., van der Ende, J., Ferdinand, R.F. & Kasius, M.C. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, 54(4), 329-336.
131. Steinhausen, H.C., Metzke, C.W., Meier, M. & Kannenberg, R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zürich Epidemiological Study. *Acta Psychiatr Scand*, 98(4), 262-271.
132. Steinhausen, H.C. (2006). Developmental psychopathology in adolescence: findings from a Swiss study - the NAPE lecture 2005. *Acta Psychiatr Scand*, 113(1), 6-12.
133. Gómez-Beneyto, M., Bonet, A., Catalá, M.A., Puche, E., Vila, V. (1994). Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatr Scand*, 89(5), 352-357.
134. Canals, J., Domènech, E., Carbajo, G., Bladé, J. (1997). Prevalence of DSM-III-R and ICD-10 psychiatric disorders in a Spanish population of 18-year-olds. *Acta Psychiatr Scand*, 96(4), 287-294.

-
135. Frigerio, A., Cattaneo, C., Cataldo, M.G., Schiatti, A., Molteni, M. & Battaglia, M. (2004). Behavioral and emotional problems among Italian children aged 4–18 years as reported by parents and teachers. *Eur J Psychol Assess*, 20:124-133.
136. Costello, E.J., Angold, A., Burns, B.J., Stangl, D.K., Tweed, D.L., Erkanli, A. et al. (1996). The great smoky mountains study of youth. Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 53, 1129-1136.
137. Angold, A., Erkanli, A., Farmer, E.M.Z., Fairbank, J.A., Burns, B.J., Keeler, G., et al. (2002). Psychiatric disorder, impairment, and service use in rural African American and white youth. *Arch Gen Psychiatry*, 59, 893-901.
138. Merikangas, K.R., Nakamura, E.F. & Kessler, R.C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci*, 11(1), 7-20.
139. Verhulst, F.C., Achenbach, T.M., van der Ende, J., Erol, N., Lambert, M.C., Leung, P.W. et al. (2003). Comparisons of problems reported by youths from seven countries. *Am J Psychiatry*, 160, 1479-1485.
140. Crijnen, A.A.M., Achenbach, T.M. & Verhulst, F.C. (1997). Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: total problems, externalizing, and internalizing. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(9), 1269-1277.
141. Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C.N., Hartmark, C., Johnson, J. et al. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence - I. age and gender-specific prevalence. *J Child Psychol Psychiatry*, 34, 851-867.
142. Bilz, L., Hähne, C. & Melzer, W. (2003). Die Lebenswelt Schule und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen. In K. Hurrelmann K, A. Klocke, W. Melzer, U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Jugendgesundheitsurvey: Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation* (S. 243-299). Weinheim und München: Juventa.
143. Hähne, C., Bilz, L., Dümmler, K. & Melzer, W. (2008). Die Bedeutung der Schule für die Schülersgesundheit. In T. Bals, A. Hanses & W. Melzer (Hrsg.), *Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings: Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten* (S. 137-154). Weinheim und München: Juventa.
144. Bradley, R.H. & Corwyn, R.F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annu Rev Psychol*, 53, 371-399.

-
145. Dashiff, C., DiMicco, W., Myers, B. & Sheppard, K. (2009). Poverty and adolescent mental health. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 22(1), 23-32.
146. Samaan, R.A. (2000). The influences of race, ethnicity, and poverty on the mental health of children. *J Health Care Poor Underserved*, 11(1), 100-110.
147. Lipman, E.L., Offord, D.R., Boyle, M.H. (1994). Relation between economic disadvantage and psychosocial morbidity in children. *Canadian Medical Association Journal*, 151(4), 431-437.
148. van Oort F.V., van der Ende, J., Wadsworth, M.E., Verhulst, F.C. & Achenbach, T.M. (2011). Cross-national comparison of the link between socioeconomic status and emotional and behavioral problems in youths. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 46(2), 167-172.
149. Currie, C. (2003). Socioeconomic circumstances among school-aged children in Europe and North America. In K. Vleminckx & T.M. Smeeding (Hrsg.). *Child well-being, child poverty and child policy in modern nations. What do we know?* (2., überarbeitete Aufl.) (S. 347-364). Bristol: The policy press.
150. Boyce, W. & Dallago, L. (2004). Socioeconomic inequalities. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & V.B. Rasmussen (Hrsg.), *Young People's Health in Context. Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC) Study: International Report from the 2001/2002 Survey*. (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4) (S. 13-25). Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa.
151. The United Nations Children's Fund (2005). *Child Poverty in Rich Countries, 2005*. (Innocenti Report Card No. 6.). Florenz: UNICEF Innocenti Research Centre. Zugriff am 6.7.2011 http://www.unicef.de/fileadmin/content_media/presse/fotomaterial/Kinderarmut/Report_Card_Innocenti_Child_Poverty_in_Rich_Nations_2005.pdf
152. The United Nations Children's Fund (2002). *Poverty and exclusion among urban children*. (Innocenti Digest, No. 10). Florenz: UNICEF Innocenti Research Centre. Zugriff am 6.7.2011 <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/digest10e.pdf>
153. United Nations Statistics Devision (26.4.2011). Composition of macro geographical (continental) regions, geographical sub-regions, and selected economic and other groupings. Zugriff am 6.7.2011 <http://millenniumindicators.un.org/unsd/methods/m49/m49regin.htm#europe>
154. Bradbury, B. & Jantii, M. (2003). Child poverty across the industrialized world: evidence from the Luxembourg Income Study. In K. Vleminckx & T.M. Smeeding (Hrsg.). *Child well-*

being, child poverty and child policy in modern nations. What do we know? (2., überarbeitete Aufl.) (S. 11-32). Bristol: The policy press.

155. Wardle, J., Robb, K. & Johnson, F. (2002). Assessing socioeconomic status in adolescents: the validity of a home affluence scale. *J Epidemiol Community Health*, 56, 595-599.

156. Currie, C., Elton, R.A., Todd, J. & Platt, S. (1997). Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey. *Health Educ Res*, 12, 385-397.

157. Leventhal, T. & Brooks-Gunn, J. (2000). The neighborhoods they live in: the effect of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychol Bull*, 126, 309-337.

158. Call, K.T. & Nonnemaker, J. (1999). Socioeconomic disparities in adolescent health: contributing factors. *Ann N Y Acad Sci*, 896, 352-355.

159. Goodman, E. (1999). The role of socioeconomic status gradients in explaining differences in US adolescents' health. *Am J Public Health*, 10, 1522-1528.

160. Goodman, E., Huang, B., Wade, T.J., Kahn, R.S. (2003). A multilevel analysis of the relation of socioeconomic status to adolescents' depressive symptoms: does school context matter? *J Pediatr*, 143(4), 451-456.

161. Gilman, S.E., Kawachi, I., Fitzmaurice, G.M. & Buka, L. (2003). Socio-economic status, family disruption and residential stability in childhood: relation to onset, recurrence and remission of major depression. *Psychol Med*, 33, 1341-1355.

162. Prescott-Clarke, P. & Primatesta, P. (Hrsg.). (1998). *Health survey for England 1997. The health of young people 1995-97*. London: The Stationery Office.

163. McMunn, A.M., Nazroo, J.Y., Marmot, M.G., Boreham, R. & Goodman, R. (2001). Children's emotional and behavioural well-being and the family environment: findings from the Health Survey for England. *Soc Sci Med*, 53(4), 423-440.

164. Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*, 50, 871-878.

165. Fröjd, S., Marttunen, M., Pelkonen, M., von der Pahlen, B. & Kaltiala-Heino, R. (2006). Perceived financial difficulties and maladjustment outcomes in adolescence. *Eur J Public Health*, 16(5):542-548.

-
166. Schneiders, J., Drukker, M., van der Ende, J., Verhulst, F.C., van Os, J. & Nicolson, N.A. (2003). Neighbourhood socioeconomic disadvantage and behavioural problems from late childhood into early adolescence. *J Epidemiol Community Health*, 57(9), 699-703.
167. Reijneveld, S.A. & Schene, A.H. (1998). Higher prevalence of mental disorders in socio-economically deprived urban areas in The Netherlands: community or personal disadvantage? *J Epidemiol Community Health*, 52(1), 2-7.
168. Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P. & Anseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol*, 157(2), 98-112.
169. Muntaner, C., Eaton, W.W., Miech, R. & O'Campo, P. (2004). Socioeconomic position and major mental disorders. *Epidemiol Rev*, 26, 53-62.
170. Patel, V. & Kleinman, A. (2003). Poverty & common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ*, 81, 609-615.
171. Mackenbach, J.P. (2006) *Health Inequalities: Europe in Profile*. Zugriff am 6.7.2011 http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf
172. Weich, S., Lewis, G. & Jenkins, S.P. (2001). Income inequality and the prevalence of common mental disorders in Britain. *Br J Psychiatry*, 178, 222-227.
173. Weich S. & Lewis, G. (1998). Material standard of living, social class, and the prevalence of the common mental disorders in Great Britain. *J Epidemiol Community Health*, 52(1), 8-14.
174. Holstein, B., Parry-Langdon, N., Zambon, A., Currie, C., Roberts, C. (2004). Socio-economic inequalities and health. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & V.B. Rasmussen (Hrsg.), *Young People's Health in Context. Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC) Study: International Report from the 2001/2002 Survey*. (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4) (S. 165-172). Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa.
175. Halldórsson, M., Kunst, A.E., Köhler, L. & Mackenbach, J.P. (2000). Socioeconomic inequalities in the health of children and adolescents – a comparative study of the five Nordic countries. *Eur J Public Health*, 10(4), 281-288.
176. Rahkonen, O. & Lahelma, E. (1992). Gender, social class and illness among young people. *Soc Sci Med*, 34, 649-656.
177. MacIntyre, S. & West, P. (1991). Lack of class variation in health in adolescence: an artefact of an occupational measure of social class? *Soc Sci Med*, 32(4), 385-402

-
178. Torsheim, T., Currie, C., Boyce, W., Kalnins, I., Overpeck, M. & Haugland, S. (2004). Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American Countries. *Soc Sci Med*, 59(1), 1-12.
179. West, P. (1997). Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Soc Sci Med*, 44(6), 833-858.
180. Vuille, J.C. & Schenkel, M. (2001). Social equalization in the health of youth. The role of the school. *Eur J Public Health*, 11:287-293.
181. Richter, M. (2005). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
182. Marmot, M. & Bobak, M. (2000). International comparators and poverty and health in Europe. *BMJ*, 321, 1124-1128.
183. Rothman, K.J., Greenland, S. & Lash, T.L. (2008). *Modern Epidemiology* (3. Aufl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
184. Barrera, M., Prelow, H.M., Dumka, L.E., Gonzales, N.A., Knight, G.P., Michaels, M.L., et al. (2002). Pathways from family economic conditions to adolescents' distress: supportive parenting, stressors outside the family, and deviant peers. *J Community Psychology*, 30(2), 135-152.
185. Geckova, A.M., van Dijk, J.P., Stewart, R., Groothoff, J.W. & Post, D. (2004). Socio-economic differences in health among Slovak adolescents. *Soz Praeventivmed*, 49(1), 26-35.
186. Colarossi, L.G. & Eccles, J.S. (2003). Differential effects of support providers on adolescents' mental health. *Soc Work Res*, 27(1), 19-30.
187. Zambon, A., Boyce, W., Cois, E., Currie, C., Lemma, P., Dalmasso, P., et al. (2006). Do welfare regimes mediate the effect of socioeconomic position on health in adolescence? A cross-national comparison in Europe, North America, and Israel. *Int J Health Serv*, 36(2), 309-329.
188. Wilkinson, R.G. & Pickett, K.E. (2007). The problems of relative deprivation: Why some societies do better than others. *Soc Sci Med*, 65, 1965-1978.
189. Borgers, D. & Abholz, H.H. (2001). Welches Kapital ist gut für die Gesundheit? Entfremdung und materielle Ressourcen als Determinanten von Gesundheit. In A. Mielck & K. Bloomfield (Hrsg.), *Sozialepidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten* (S. 371-382). Weinheim: Juventa.

-
190. Wilkinson, R.G. & Pickett, K.E. (2006). Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Soc Sci Med*, 62, 1768-1784.
191. Schwab, W. (2010, 13. März). „Ungleichheit zersetzt die Gesellschaften“ [Interview von Waltraud Schwab mit Kate Pickett]. *Die Tageszeitung*, Zugriff am 6.7.2011 <http://www.taz.de/1/archiv/digitaz/artikel/?ressort=hi&dig=2010%2F03%2F13%2Fa0019&cHash=05b1ff9494>
192. Jungclaussen, J.F. & Tenbrock C. (2010, 25. März) “Die Mittelklasse irrt” [Interview von John F. Jungclaussen und Christian Tenbrock mit Richard Wilkinson]. *Die Zeit*, Zugriff am 6.7.2011 <http://www.zeit.de/2010/13/Wohlstand-Interview-Richard-Wilkinson>
193. Gravelle, H., Wildman, J. & Sutton, M. (2002). Income, income inequality and health: what can we learn from aggregate data? *Soc Sci Med*, 54, 577-589.
194. Ellison, G.T.H. (2002). Letting Gini out of the bottle? Challenges facing the relative income hypothesis. *Soc Sci Med*, 54, 561-576.
195. Green, H., McGinnity, A., Meltzer, H., Ford, T. & Goodman, R. (2005). *Mental health of children and young people, 2004*. London: Palgrave MacMillan. Zugriff am 6.7.2011 <http://www.data-archive.ac.uk/doc/5269%5Cmrdoc%5Cpdf%5C5269technicalreport.pdf>
196. Goodman, A., Patel, V. & Leon, D.A. (2010). Why do British Indian children have an apparent mental health advantage? *J Child Psychol Psychiatry*, 51(10), 1171-1183.
197. Goodman, A., Patel, V. & Leon, D.A. (2008). Child mental health differences amongst ethnic groups in Britain: a systematic review. *BMC Public Health*, 8, 258.
198. Stansfeld, S.A., Haines, M.M., Head, J.A., Bhui, K., Viner, R., Taylor, S.J.C. et al. (2004). Ethnicity, social deprivation and psychological distress in adolescents. School-based epidemiological study in East London. *Br J Psychiatry*, 185, 233-238.
199. Goodman, E., Slap, G.B. & Huang, B. (2003). The public health impact of socioeconomic status on adolescent depression and obesity. *Am J Public Health*, 93, 1844-1850.
200. Sleskova, M., Tuinstra, J., Madarasova Geckova, A., van Dijk, J.P., Salonna, F., Groothoff, J.W. et al. (2006). Influence of parental employment status on Dutch and Slovak adolescents' health. *BMC Public Health*, 6:250.
201. Kim, H.S., Sherman, D.K. & Taylor, S.E. (2008). Culture and social support. *Am Psychol*, 63(6), 518-526.

202. Maughan, B., Iervolino, A.C. & Collishaw, S. (2005). Time trends in child and adolescent mental disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 18, 381-385.
203. Barkmann, C. & Schulte-Markwort, M. (2010). Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*, doi:10.1136/jech.2009.102467.
204. Tick, N.T., van der Ende, J. & Verhulst, F.C. (2007). Twenty-year trends in emotional and behavioral problems in Dutch children in a changing society. *Acta Psychiatr Scand*, 116(6), 473-482.
205. Rutter, M. & Smith, D.J. (1995). *Psychosocial disorders in young people: time trends and their causes*. Chichester: Wiley.
206. Fombonne, E. (1998). Increased rates of psychosocial disorders in youth. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 248, 14-21.
207. Prosser, J. & McArdle, P. (1996). The changing mental health of children and adolescents: evidence for deterioration? *Psychol Med*, 26, 715-725.
208. Collishaw, S., Maughan, B., Goodman, R. & Pickles, A. (2004). Time trends in adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiatry*, 45(8), 1350-1362.
209. Verhulst, F.C., van der Ende, J. & Rietbergen, A. (1997). Ten-year time trends of psychopathology in Dutch children and adolescents: no evidence for strong trends. *Acta Psychiatr Scand*, 96(1), 7-13.
210. Oakes, J.M. & Kaufman, J.S. (2006). Introduction: Advancing Methods in Social Epidemiology. In J.M. Oakes & J.S. Kaufman (Hrsg.), *Methods in Social Epidemiology* (S.3-20). San Francisco: Wiley.
211. Mielck, A. & Bloomfield, K. (Hrsg.). (2001). *Sozialepidemiologie: Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. Weinheim: Juventa.
212. Berkman, L.F. & Kawachi, I. (Hrsg.). (2000). *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
213. Hurrelmann, K. (2003). *Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung* (5. Aufl.). Weinheim und München: Juventa.

214. Rosenbrock, R. & Michel, C. (2007). *Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung*. (Berliner Schriftenreihe für Gesundheitswissenschaften.) Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft OHG.
215. Walter, U., Schwartz, F.W., Robra, B.-P., Schmidt, T. & Kuhlmeier, A. (2005). Prävention. In F.W. Schwartz, B. Badura, R. Busse, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist & U. Walter (Hrsg.), *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen* (S.189-214). München: Urban & Fischer.
216. Weltgesundheitsorganisation (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. (WHO Technical Report Series 894). Genf: Weltgesundheitsorganisation.
217. Weltgesundheitsorganisation (2001). *Strengthening mental health promotion* (Fact sheet, No. 220). Genf: Weltgesundheitsorganisation. Zugriff am 6.7.2011 <https://apps.who.int/inf/fs/en/fact220.html>
218. Kickbusch, I. (2005). Gesundheitsförderung. In F.W. Schwartz, B. Badura, R. Busse, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist & U. Walter (Hrsg.), *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen* (S.181-188). München: Urban & Fischer.
219. Weltgesundheitsorganisation (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report from the World Health Organisation, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne*. Genf: Weltgesundheitsorganisation.
220. Wells, J., Barlow, J. & Stewart-Brown, S. (2003). A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. *Health Educ*, 103(4), 197-220.
221. Weltgesundheitsorganisation, Department of Mental Health and Substance Dependence (2001). *Atlas mental health resources in the world 2001*. Genf: Weltgesundheitsorganisation. Zugriff am 6.7.2011 http://www.who.int/mental_health/media/en/244.pdf
222. Klocke, A. & Becker, U. (2003). Die Lebenswelt Familie und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen. In K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Jugendgesundheitssurvey: Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation* (S. 183-241). Weinheim und München: Juventa.
223. Weltgesundheitsorganisation (1986). Ottawa Charter on Health Promotion. Zugriff am 6.7.2011 http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_HPR_HEP_95.1.pdf

224. Hanses, A. (2008). Zur Aktualität des Setting-Ansatzes in der Gesundheitsförderung: zwischen gesundheitspolitischer Notwendigkeit und theoretischer Neubestimmung. In T. Bals, A. Hanses, W. Melzer (Hrsg.), *Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings: Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten* (S. 11-25). Weinheim und München: Juventa.
225. Schnabel, P.-E. (2008). Ungleichheitsverstärkende Prävention vs. ungleichheitsverringende Gesundheitsförderung – Plädoyer für eine konzeptionelle und durchsetzungspraktische Unterscheidung. In U. Bauer, U.H. Bittlingmayer & M. Richter (Hrsg.), *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit* (S. 480-510). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
226. Bauer, U. (2004). *Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
227. Weltgesundheitsorganisation. Regionalbüro für Europa (1999). *Gesundheit21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*. (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“. Nr. 6.) Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation. Zugriff am 6.7.2011 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/109287/wa540ga199heger.pdf
228. Walper, S. (2003). Individuation im Jugendalter. In J. Mansel, H.M. Griese & A. Scherr (Hrsg.), *Theoriedefizite der Jugendforschung. Standortbestimmung und Perspektiven* (S. 119-143). Weinheim und München: Juventa.
229. Rowling, L. (2006). Adolescence and emerging adulthood (12-17 years and 18-24 years). In S. Cattan & S. Tilford (Hrsg.), *Mental Health Promotion: A Lifespan Approach* (S. 100-136). Berkshire: Open University Press.
230. Berkels, H., Henderson, J., Henke, N., Kuhn, K., Lavikainen, J., Lehtinen, V., et al. (2004). *Mental health promotion and prevention strategies for coping with anxiety, depression and stress related disorders in Europe. Final report 2001-2003*. Dortmund/ Berlin/ Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
231. Hurrelmann, K. (2002). *Einführung in die Sozialisationstheorie* (8. vollst. überarb. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz.
232. Mansel, J. & Hurrelmann, K. (2003). Jugendforschung und Sozialisationstheorie: Über Möglichkeiten und Grenzen der Lebensgestaltung im Jugendalter. In J. Mansel, H.M. Griese

& A. Scherr (Hrsg.), *Theoriedefizite in der Jugendforschung: Standortbestimmung und Perspektiven* (S. 75-90). Weinheim: Juventa.

233. Vieno, A., Santinello, M., Pastore, M. & Perkins, D.D. (2007). Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: an integrative model. *American J Community Psychology*, 39, 177-190.

234. Oppedal, B. & Røysamb, E. (2004). Mental health, life stress and social support among young Norwegian adolescents with immigrant and host national background. *Scand J Psychol*, 45(2), 131-144.

235. Gibson, J.T., Baker, C.E., Showalter, S.M., Al-Sarraf, Q., Atakan, S.A., Borgen, W.A. et al. (1992). Gender and culture: Reported problems, coping strategies and selected helpers of male and female adolescents in 17 countries. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 15, 137-149.

236. Klocke, A. & Lipsmeier, G. (2008). Soziale Determinanten der Gesundheit im Kindes- und Jugendalter: Eine Mehrebenenanalyse. In M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten: Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO* (S. 231-254). Weinheim und München: Juventa.

237. Fitzpatrick, K.M., Piko, B.F., Wright, D.R. & LaGory, M. (2005). Depressive symptomatology, exposure to violence, and the role of social capital among African American adolescents. *Am J Orthopsychiatry*, 75(2), 262-274.

238. Klocke, A. & Lampert, T. (2005). *Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit* (überarbeitete Neuauflage). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 4. Berlin: Robert Koch-Institut.

239. Mullan, E., Currie, C., Boyce, W., Moregan, A., Kalnins, I. & Holstein, B. (2001). Chapter 14. Focus area rationale: Social Inequality. In C. Currie, O. Samdal, W. Boyce & B. Smith (Hrsg.), *Health Behaviour in School-Aged Children: a World Health Organization Cross-National Study. Research Protocol for the 2001/02 Survey* (S. 175-199). Edinburgh: Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU), University of Edinburgh.

240. Pott, E. & Lehmann, F. Interventionen zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Gruppen. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internet-*

plattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 22 (S.50-64). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

241. Due, P., Lynch, J., Holstein, B. & Modvig, J. (2003). Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of different types of social relations. *J Epidemiol Community Health*, 57(9), 692-698.

242. Lampert, T. & Schenk, L. (2004). Gesundheitliche Konsequenzen des Aufwachsens in Armut und sozialer Benachteiligung. In M. Jungbauer-Gans & P. Kriwy (Hrsg.), *Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen* (S. 57-83). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

243. Bilz, L. & Melzer, W. (2008). Schule, psychische Gesundheit und soziale Ungleichheit. In M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten: Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO* (S. 160-189). Weinheim und München: Juventa.

244. Currie, C., Gabhainn, S.N., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D. et al. (Hrsg.). (2008). *Inequalities in young people's health. Health behavior in school-aged children International report from the 2005/2006 survey*. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa.

245. Winkler Metzke, C. & Steinhausen, H.C. (2001). Merkmale der Schulumwelt und psychische Befindlichkeit. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 33(1), 30-41.

246. Rigby, K. (2000). Effects of peer victimization in schools and perceived social support on adolescent well-being. *J Adolesc*, 23(1), 57-68.

247. Ystgaard, M., Tambs, K., & Dalgard, O.S. (1999). Life stress, social support and psychological distress in late adolescence: a longitudinal study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 34, 12-19.

248. Libbey, H.P. (2004). Measuring Student Relationships to School: Attachment, Bonding, Connectedness, and Engagement. *J Sch Health*, 74(7), S. 274- 283.

249. Shochet, I.M., Dadds, M.R., Ham, D. & Montague, R. (2006). School connectedness is an underemphasized parameter in adolescent mental health: results of a community prediction study. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 35(2), 170-179.

-
250. Bond, L., Butler, H., Thomas, L., Carlin, J., Glover, S., Bowes, G. et al. (2007). Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *J Adolesc Health*, 40, 357.e9–357.e18
251. Dornbusch, S.M., Erickson, K.G., Laird, J. & Wong, C.A. (2001). The Relation of Family and School Attachment to Adolescent Deviance in Diverse Groups and Communities *J Adolesc Res*, 16(4), 396-422.
252. Herlth, A. (2008). Familiäre Einflussfaktoren auf die Kinder- und Jugendgesundheit und Konsequenzen für die Prävention. In T. Bals, A. Hanses & W. Melzer (Hrsg.), *Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings: Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten* (S. 29-50). Weinheim und München: Juventa.
253. Kalmijn, M. (2007). Explaining cross-national differences in marriage, cohabitation, and divorce in Europe, 1990-2000. *Popul Stud*, 61(3), 243-263.
254. Duschek, K.-J., Weinmann, J., Böhm, K., Laue, E., Brückner, G. & Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gruppen VIII A und VIII C des Statistischen Bundesamtes (2006). *Leben in Deutschland — Haushalte, Familien und Gesundheit: Ergebnisse des Mikrozensus 2005*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Zugriff am 29.4.2011 <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2006/Mikrozensus/Pressebrochure,property=file.pdf>
255. Erhart, M. & Ravens-Sieberer, U. (2008). Die Rolle struktureller Aspekte von Familie, innerfamiliärer Kommunikation und Unterstützung für die Gesundheit im Kindes- und Jugendalter. In M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten: Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO* (S. 190-213). Weinheim und München: Juventa.
256. Stice, E., Ragan, J. & Randall, P. (2004). Prospective relations between social support and depression: differential direction of effects for parent and peer support? *J Abnorm Psychol*, 113(1), 155-159.
257. Ackard, D.M., Neumark-Sztainer, D., Story, M. & Perry, C. (2006). Parent-child connectedness and behavioural and emotional health among adolescents. *Am J Prev Med*, 30(1), 59-66.
258. Settertobulte W. (2008). Der Einfluss der Gleichaltrigen auf das Risikoverhalten im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit. In M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer

-
- & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten: Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO* (S. 214-230). Weinheim und München: Juventa.
259. Fuligni, A.J., Eccles, J.S., Barber, B.L. & Clements, P. (2001). Early adolescent peer orientation and adjustment during high school. *Dev Psychol*, 37(1), 28-36.
260. Mendes de Leon, C.F. (2005). Why do friendships matter for survival? *J Epidemiol Community Health*, 59, 538-539.
261. Colarossi, L.G. & Eccles, J.S. (2000). A prospective study of adolescents' peer support: gender differences and the influence of parental relationship. *J Youth Adolesc*, 29(6), 661-678.
262. Stice, E. & Bearman, S.K. (2001). Body-image and eating disturbances prospectively predict increases in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Dev Psychol*, 37(5), 597-607.
263. Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P. & Laippala, P. (2001). Adolescent depression: the role of discontinuities in life course and social support. *J Affect Disord*, 64, 155-166.
264. Schraedley, P.K., Gotlib, I.H. & Hayward, C. (1999). Gender differences in correlates of depressive symptoms in adolescents. *J Adolesc Health*, 25, 98-108.
265. Melzer, W., Bilz, L. & Dümmler, K. (2008). Mobbing und Gewalt in der Schule im Kontext sozialer Ungleichheit. In M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten: Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO* (S. 116-140). Weinheim und München: Juventa.
266. Baldry, A.C. & Winkel, F.W. (2004). Mental and physical health of Italian youngsters directly and indirectly victimized at school and at home. *International Journal of Forensic Mental Health*, 3(1), 77-91.
267. Seals, D. & Young, J. (2003). Bullying and victimization: prevalence and relationship to gender, grade level, ethnicity, self-esteem, and depression. *Adolescence*, 38(152), 735-747.
268. Nansel, T.R., Craig, W., Overpeck, M.D., Saluja, G., Ruan, J. & and the Health Behaviour in School-Aged Children Bullying Analyses Working Group (2004). Cross-national consistency in the relationship between bullying behaviours and psychosocial adjustment. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 158, 730-736.

-
269. Alikasifoglu, M., Erginoz, E., Ercan, O., Uysal, O. & Albayrak-Kaymak, D. (2007). Bullying behaviours and psychosocial health: results from a cross-sectional survey among high school students in Istanbul, Turkey. *Eur J Pediatr*, 166(12), 1253-1260.
270. Sansone, R.A. & Sansone, L.A. (2008). Bully victims: psychological and somatic aftermaths. *Psychiatry*, 5(6), 62-64.
271. Richter, M., Bowles, D., Melzer, W. & Hurrelmann, K. (2007). Bullying, psychosoziale Gesundheit und Risikoverhalten im Jugendalter. *Gesundheitswesen*, 69, 475-482.
272. Kim, Y.S. & Leventhal, B. (2008). Bullying and suicide. A review. *Int J Adolesc Med Health*, 20(2), 133-154.
273. Young, J.F., Berenson, K., Cohen, P. & Garcia, J. (2005). The role of parent and peer support in predicting adolescent depression: a longitudinal community study. *J Res Adolesc*, 15(4), 407-423.
274. Kuntsche, E.N. & Gmel, G. (2004). Emotional well-being and violence among social and solitary risky single occasion drinkers in adolescence. *Addiction*, 99(3), 331-339.
275. Ford, T., Goodman, R. & Meltzer, H. (2004) The relative importance of child, family, school and neighbourhood correlates of childhood psychiatric disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39, 487-496.
276. Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., Auquier, P., Bellach, B.M., Bruil, J. et al. (2001). Quality of Life in children and adolescents – a European public health perspective. *Soz Praeventivmed*, 46, 297-302.
- 277 Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W. et al. (2005). The KIDSCREEN-52 Quality of life measure for children and adolescents: development and first results from a European survey. *Expert Review in Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 5, 353-364.
278. The KIDSCREEN Group Europe (2006). *The KIDSCREEN questionnaires. Quality of life questionnaires for children and adolescents. Handbook*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
279. Berra, S., Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Tebé, C., Bisegger, C., Duer, W. et al. (2007). Methods and representativeness of a European survey in children and adolescents: the KIDSCREEN study. *BMC Public Health*, 7:182.

-
280. Goodman, R. (1999). The Extended Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a Guide to Child Psychiatric Caseness and Consequent Burden. *J Child Psychol Psychiatry*, 40, 791-799.
281. Wille, N., Bettge, S., Wittchen, H.-U., Ravens-Sieberer, U. & the BELLA study group (2008). How impaired are children and adolescents by mental health problems? Results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, (Suppl1), 42-51.
- 282 Goodman, R., Renfrew, D. & Mullick, M. (2000). Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 9, 129-134.
283. Mullick, M.S.I. & Goodman, R. (2001). Questionnaire screening for mental health problems in Bangladeshi children: a preliminary study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36, 94-99.
284. Currie, C., Samdal, O., Boyce, W. & Smith, R. (Hrsg.). (2001). *Health Behaviour in School-Aged Children: a World Health Organization Cross-National Study. Research Protocol for the 2001/02 Survey* (S. 175-199). Edinburgh: Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU), University of Edinburgh.
285. Mullan, E. & Currie, C. (2000). Socioeconomic inequalities in adolescent health. In C. Currie, K. Hurrelmann, W. Settertobulte, R. Smith & J. Todd (Hrsg.), *Health and health behaviour among young people. Health behaviour in school-aged children: a WHO cross-national study (HBSC) International report* (S. 65-72). Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa. Zugriff am 6.7.2011 http://www.hbsc.org/downloads/Int_Report_00.pdf
286. Carstairs, V. & Morris, R. (1991). *Deprivation and Health in Scotland*. Aberdeen: Aberdeen University Press.
287. Townsend, P. (1987). Deprivation. *Journal of Social Policy*, 16(2), 125-146.
288. Boyce, W., Torsheim, T., Currie, C. & Zambon, A. (2006). The FAS as a measure of national wealth: validation of an adolescent self-report measure. *Soc Indic Res*, 78, 473-487.
289. Batista-Foguet, J.M., Fortiana, J., Currie, C. & Villalbi, J.R. (2004). Socioeconomic indexes in surveys for comparisons between countries. An applied comparison using the Family Affluence Scale. *Soc Indic Res*, 67(3), 315-332.
290. United Nations Children's Fund (UNICEF) (2007). *Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries. A comprehensive assessment of the lives and*

well-being of children and adolescents in the economically advanced nations. Innocenti Research Centre Report Card 7. Florenz: United Nations Children's Fund. Zugriff am 6.7.2011 http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc7_eng.pdf

291. Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2005). *Qualitätsbericht Kaufkraftparitäten*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Zugriff am 11.2.2011 <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Qualitaetsberichte/Preise/Kaufkraftparit,property=file.pdf>

292. United Nations Development Programme (UNDP) (2005). *Human Development Report 2005. International cooperation at a crossroads. Aid, trade and security in an unequal world*. New York: UNDP. Zugriff am 6.7.2011 http://hdr.undp.org/en/media/HDR05_complete.pdf

293. United Nations Development Programme (UNDP) (2003). *Human Development Report 2003. Millenium Development Goals: A compact among nations to end human poverty*. New York: UNDP. Zugriff am 6.7.2011 http://hdr.undp.org/en/media/hdr03_complete.pdf

294. Riley, A.W. (2004). Evidence that school-age children can self-report on their health. *Ambul Pediatr*, 4, 371-376.

295. Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Power, M. et al. (2008). The KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Value Health*, 11(4), 645-658.

296. Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6. Aufl.). Heidelberg: Springer.

297. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2. Aufl.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Publishers.

298. Ditton, H. (1998) Mehrebenenanalyse. Grundlagen und Anwendungen des Hierarchisch Linearen Modells. Weinheim und München: Juventa.

299. Snijders, T.A.B. & Bosker, R.J. (1999). *Multilevel Analysis: An Introduction to Basic and Advanced Multilevel Modeling*. London: Sage Publishers.

300. Walter, S.D. (1978). Calculation of attributable risks from epidemiological data. *Int J Epidemiol*, 7(2), 175-182.

301. Hanley, J.A. (2001). A heuristic approach to the formulas for population attributable fraction. *J Epidemiol Community Health*, 55, 508-514.

302. Zhang, J. & Yu, K.F. (1998). What's the relative risk? A method of correcting the odds ratio in cohort studies of common outcomes. *JAMA*, 280(19), 1690-1691.

-
303. Höfler, M. (2004). *Statistik in der Epidemiologie psychischer Störungen*. Berlin: Springer.
304. Kim, J.-S. K., Kaye, J. & Wright, L.K. (2001). Moderating and mediating effects in causal models. *Issues Ment Health Nurs*, 22, 63-75.
305. Franz, M. (2000). Der Zusammenhang von sozialer Schicht und psychogener Erkrankung im Langzeitverlauf. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 46, 140-165.
306. Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (Hrsg.) (2007). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung* (11. Auflage). Berlin: Springer.
307. Schendera, C.F.G. (2008). *Regressionsanalyse mit SPSS*. München: Oldenbourg Verlag.
308. Palmieri, P.A. & Smith, G.C. (2007). Examining the structural validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a U.S. sample of custodial grandmothers. *Psychol Assess*, 19, 189-198.
309. Goodman, R., Ford, T., Corbin, T. & Meltzer, H. (2004). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) multi-informant algorithm to screen looked-after children for psychiatric disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13(Suppl2), II25-31.
310. Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (2006). *Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen: Bericht über die Ministerkonferenz der Europäischen Region der WHO*. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation. Zugriff am 6.7.2011 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/96453/E87301G.pdf
311. Kilian, R., Losert, C., Park, A., McDaid, D. & Knapp, M. (2010). Cost-effectiveness analysis in child and adolescent mental health problems: an updated review of literature. *The International Journal of Mental Health Promotion*, 12(4), 45-57(13).
312. Wang, P.S., Simon, G. & Kessler, R.C. (2003). The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. *Int J Methods Psychiatr Res*, 12(1), 22-33.
313. Knapp, M., Schott, S. & Davies, J. (1999). The cost of antisocial behaviour in younger children. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 4(4),1359-1045.
314. British Columbia Psychological Association (2011). Cost-effectiveness of psychological treatment. Zugriff am 6.7.2011 http://www.psychologists.bc.ca/sites/default/files/pdfs/Psych_cost_effectiveness.pdf
315. Wittchen, H.U. (2004). Continued Needs for Epidemiological Studies of Mental Disorders in the Community. *Psychother Psychosom*, 73, 197-206.

-
316. Kenworthy, L. (18. Januar 2010). Inequality as a social cancer. *Wall Street Pit. Global Market Insight*. Zugriff am 6.7.2011 <http://wallstreetpit.com/14325-inequality-as-a-social-cancer>
317. Pickett, K.E. & Wilkinson, R.G. (2007). Child wellbeing and income inequality in rich societies: ecological cross sectional study. *BMJ*, DOI: 10.1136/bmj.39377.580162.55.
318. Gadalla, T.M. & Fuller Thomson, E. (2008). Examining the lag-time between state-level income inequality and individual disabilities: a multilevel analysis. *Am J Public Health*, 98(12), 2187-2190.
319. Jacobi, F., Hoyer, J. & Wittchen, H.-U. (2004). Seelische Gesundheit in Ost und West. Analysen auf der Grundlage des Bundesgesundheitsveys. *Z Klin Psychol Psychother*, 33(4), 251-260.
320. Rose, G. (1981). Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *BMJ*, 282, 1847-1851.
321. Lange, M., Kamtsiuris, P., Lange, C., Schaffrath Rosario, A., Stolzenberg, H. & Lampert, T. (2007) Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 50, 578-589.
322. Glendinning, A., Love, J.G., Hendry, L.B. & Shucksmith, J. (1992). Adolescence and health inequalities: extensions to Macintyre and West. *Soc Sci Med*, 35(5), 679-687.
323. Ravens-Sieberer, U., Ellert, U. & Erhart, M. (2007). Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 50, 810-818.
324. Walker, S.P., Chang, S.M., Powell, C.A., Simonoff, E. & Grantham-McGregor, SM. (2006). Effects of psychosocial stimulation and dietary supplementation in early childhood on psychosocial functioning in late adolescence: follow-up of randomized controlled trial. *BMJ*, 333(7566), 472.
325. Reinherz, H.Z., Giaconia, R.M., Pakiz, B., Silverman, A.B., Frost, A.K. & Lefkowitz E. S. (1993). Psychosocial risks for major depression in late adolescence: a longitudinal community study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32(6):1155-1163.

326. Herschbach, P. (2002). Das "Zufriedenheitsparadox" in der Lebensqualitätsforschung: Wovon hängt unser Wohlbefinden ab? *Psychother Psych Med*, 52, 141-150.
327. Staudinger, U.M. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, 51(4), 185-197.
328. Sprangers M.A. & Schwartz, C.E. (1999). Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model. *Soc Sci Med*, 48(11), 1507-1515.
329. Alonso, J., Ferrer, M., Romera, B., Vilagut, G., Angermeyer, M., Bernert, S. et al. (2002). The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) Project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res*, 11(2), 55-67.
330. Schmitt, H. (2003). The Eurobarometers: Their evolution, obvious merits, and ways to add value to them. *European Union Politics*, 4(2), 243-251.
331. Lehtinen, V., Sohlman, B. & Kovess-Masfety, V. (2005). Level of positive mental health in the European Union: results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1:9.
332. The European Opinion Research Group (2003). The mental health status of the European population. Eurobarometer 58.2 Zugriff am 6.7.2011 http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental_eurobaro.pdf
333. European Commission (2010). Mental Health. Part 1: Report. Special Eurobarometer 345, Wave 73.2 Zugriff am 6.7.2011 http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/ebs_345_en.pdf
334. European Commission (2009). Parents' views on the mental health of their child. Analytical report. Flash EB Series #246 Zugriff am 6.7.2011 http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_246_en.pdf
335. Goodman, A. & Goodman, R. (2011). Population mean scores predict child mental disorder rates: validating SDQ prevalence estimators in Britain. *J Child Psychol Psychiatry*, 52(1), 100-108.
336. McLeod, K. S. (2000). Our sense of Snow: the myth of John Snow in medical geography. *Soc Sci Med*, 7-8, 923-935.

Anhang - Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Instrumente & Scoring | 1 |
| SDQ-Symptomfragebogen in Selbst- und Elternbericht: Items, Kodierung, Skalenzuordnung..... | 2 |
| SDQ-Impact-Supplement in Selbst- und Elternbericht: Items, Kodierung, Skalenzuordnung..... | 4 |
| Syntax für das Scoring des Jugendlichen-SDQ | 5 |
| Syntax für das Scoring des Eltern-SDQ..... | 7 |
| Syntax für das Scoring des SDQ-Algorithmus | 9 |
| KIDSCREEN-Skalen: Items und Antwortoptionen..... | 10 |
| Family Affluence Scale: Items und Antwortoptionen | 11 |
| Übersichtstabelle der eingesetzten Instrumente | 12 |
| Auswertungen zur Psychometrie | 13 |
| Übersichtstabelle der SDQ-Cronbach's α Werte im Selbst- und Elternbericht | 14 |
| SDQ-Elternbericht: Faktorenanalysen (fünf Faktoren)..... | 15 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Österreich (AT), beide Geschlechter..... | 15 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Österreich (AT), Mädchen | 16 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Österreich (AT), Jungen..... | 17 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in der Schweiz (CH), beide Geschlechter | 18 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in der Schweiz (CH), Mädchen | 19 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in der Schweiz (CH), Jungen | 20 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Tschechien (CZ), beide Geschlechter | 21 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Tschechien (CZ), Mädchen..... | 22 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Tschechien (CZ), Jungen | 23 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Deutschland (DE), beide Geschlechter | 24 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Deutschland (DE), Mädchen..... | 25 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Deutschland (DE), Jungen | 26 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Griechenland (EL), beide Geschlechter | 27 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Griechenland (EL), Mädchen..... | 28 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Griechenland (EL), Jungen | 29 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Spanien (ES), beide Geschlechter | 30 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Spanien (ES), Mädchen..... | 31 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Spanien (ES), Jungen | 32 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Frankreich (FR), beide Geschlechter | 33 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Frankreich (FR), Mädchen..... | 34 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Frankreich (FR), Jungen | 35 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Ungarn (HU), beide Geschlechter..... | 36 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Ungarn (HU), Mädchen | 37 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Ungarn (HU), Jungen..... | 38 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in den Niederlanden (NL), beide Geschlechter | 39 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in den Niederlanden (NL), Mädchen..... | 40 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in den Niederlanden (NL), Jungen | 41 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Polen (PL), beide Geschlechter..... | 42 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Polen (PL), Mädchen | 43 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Polen (PL), Jungen..... | 44 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Großbritannien (UK), beide Geschlechter | 45 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Großbritannien (UK), Mädchen..... | 46 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Großbritannien (UK), Jungen | 47 |

| | |
|--|-----------|
| SDQ-Selbstbericht: Faktorenanalysen (fünf Faktoren)..... | 48 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Österreich (AT), beide Geschlechter..... | 48 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Österreich (AT), Mädchen..... | 49 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Österreich (AT), Jungen..... | 50 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in der Schweiz (CH), beide Geschlechter..... | 51 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in der Schweiz (CH), Mädchen..... | 52 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in der Schweiz (CH), Jungen..... | 53 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Tschechien (CZ), beide Geschlechter..... | 54 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Tschechien (CZ), Mädchen..... | 55 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Tschechien (CZ), Jungen..... | 56 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Deutschland (DE), beide Geschlechter..... | 57 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Deutschland (DE), Mädchen..... | 58 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Deutschland (DE), Jungen..... | 59 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Griechenland (EL), beide Geschlechter..... | 60 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Griechenland (EL), Mädchen..... | 61 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Griechenland (EL), Jungen..... | 62 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Spanien (ES), beide Geschlechter..... | 63 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Spanien (ES), Mädchen..... | 64 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Spanien (ES), Jungen..... | 65 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Frankreich (FR), beide Geschlechter..... | 66 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Frankreich (FR), Mädchen..... | 67 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Frankreich (FR), Jungen..... | 68 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Ungarn (HU), beide Geschlechter..... | 69 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Ungarn (HU), Mädchen..... | 70 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Ungarn (HU), Jungen..... | 71 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in den Niederlanden (NL), beide Geschlechter..... | 72 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in den Niederlanden (NL), Mädchen..... | 73 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in den Niederlanden (NL), Jungen..... | 74 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Polen (PL), beide Geschlechter..... | 75 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Polen (PL), Mädchen..... | 76 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Polen (PL), Jungen..... | 77 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Schweden (SE), beide Geschlechter..... | 78 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Schweden (SE), Mädchen..... | 79 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Schweden (SE), Jungen..... | 80 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Großbritannien (UK), beide Geschlechter..... | 81 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Großbritannien (UK), Mädchen..... | 82 |
| Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Großbritannien (UK), Jungen..... | 83 |
| Auswertungen bzgl. fehlender Werte..... | 84 |
| Itemspezifische Häufigkeiten fehlender Werte (%) im selbst- und elternberichteten SDQ..... | 85 |
| Itemspezifische Häufigkeiten fehlender Werte (%) in den KIDSCREEN-Skalen..... | 86 |
| Häufigkeiten in SDQ bzw. Family Affluence Scale..... | 87 |
| Antworthäufigkeiten (%) im selbstberichteten SDQ-Symptomfragebogen..... | 88 |
| Antworthäufigkeiten (%) im elternberichteten SDQ-Symptomfragebogen..... | 89 |
| Häufigkeit verschiedener Symptombelastungen (mit Algorithmus-Relevanz)..... | 90 |
| Häufigkeiten der FAS-Scores (0-7) in verschiedenen Ländern..... | 91 |
| Zusammenhang zwischen Alter (in Jahren) und der Chance psychischer Auffälligkeiten..... | 92 |
| Nach Land und Geschlecht stratifizierte altersspezifische Odds Ratios für die Chance des Vorliegens psychischer Auffälligkeiten gemäß konservativer und liberaler Dichotomisierung | 93 |

| | |
|--|------------|
| Länderunterschiede der KIDSCREEN-Skalenwerte (Post-hoc) | 94 |
| Länderunterschiede KIDSCREEN-Parents: Bonferroni Post-hoc | 95 |
| Länderunterschiede KIDSCREEN-Peers: Bonferroni Post-hoc | 95 |
| Länderunterschiede KIDSCREEN-Bullying: Bonferroni Post-hoc | 95 |
| Länderunterschiede KIDSCREEN-Schule: Bonferroni Post-hoc | 95 |
| Graphische Darstellungen der Raten psychischer Auffälligkeiten nach Alter, Geschlecht & SES | 96 |
| Raten psychischer Auffälligkeiten in Österreich (AT)..... | 97 |
| Raten psychischer Auffälligkeiten in der Schweiz (CH): | 98 |
| Raten psychischer Auffälligkeiten in Tschechien (CZ) | 99 |
| Raten psychischer Auffälligkeiten in Deutschland (DE) | 100 |
| Raten psychischer Auffälligkeiten in Griechenland (EL) | 101 |
| Raten psychischer Auffälligkeiten in Spanien (ES) | 102 |
| Raten psychischer Auffälligkeiten in Frankreich (FR) | 103 |
| Raten psychischer Auffälligkeiten in Ungarn (HU)..... | 104 |
| Raten psychischer Auffälligkeiten in den Niederlanden (NL) | 105 |
| Raten psychischer Auffälligkeiten in Polen (PL)..... | 106 |
| Raten psychischer Auffälligkeiten in Schweden (SE)..... | 107 |
| Raten psychischer Auffälligkeiten in Großbritannien (UK)..... | 108 |
| Graphische Darstellungen der Assoziationen auf Makroebene..... | 109 |
| Assoziationen der Raten psychischer Auffälligkeiten mit ökonomischen Makroindikatoren | 110 |
| (1) Psychische Auffälligkeiten & Pro-Kopf-Bruttoinlandsprodukt..... | 110 |
| (2) Psychische Auffälligkeiten & elterliche Arbeitslosigkeit..... | 110 |
| (3) Psychische Auffälligkeiten & Arbeitslosigkeit 15- bis 24-Jähriger..... | 111 |
| (4) Psychische Auffälligkeiten & Arbeitslosigkeit 15- bis 19-Jähriger..... | 111 |
| (5) Psychische Auffälligkeiten & FAS (nach eigenen Daten)..... | 112 |
| (6) Psychische Auffälligkeiten & FAS (nach UNICEF Daten)..... | 112 |
| (7) Psychische Auffälligkeiten & Einkommen < 50% des Medians | 113 |
| (8) Psychische Auffälligkeiten & Gini-Index | 113 |
| (9) Psychische Auffälligkeiten & 10/10-Verteilungsverhältnis | 114 |
| (10) Psychische Auffälligkeiten & 20/20-Verteilungsverhältnis | 114 |
| Abhängigkeit der Assoziationen zwischen Raten psychischer Auffälligkeiten und niedrigem SES von ökonomischen Makroindikatoren | 115 |
| (1) Sozialer Gradient & BIP (Kaufkraftparität) | 115 |
| (2) Sozialer Gradient & elterliche Arbeitslosigkeit..... | 115 |
| (3) Sozialer Gradient & Arbeitslosigkeit 15-24-Jähriger | 115 |
| (4) Sozialer Gradient & Arbeitslosigkeit 15-19-Jähriger | 115 |
| (5) Sozialer Gradient & FAS (eigene Daten) | 116 |
| (6) Sozialer Gradient & FAS (UNICEF-Daten)..... | 116 |
| (7) Sozialer Gradient & Einkommen <50% Medians | 116 |
| (8) Sozialer Gradient & Gini-Index | 116 |
| (9) Sozialer Gradient & 10 / 10 Wohlstandsverteilung | 117 |
| (10) Sozialer Gradient & 20 / 20 Wohlstandsverteilung | 117 |

Instrumente & Scoring

SDQ-Symptomfragebogen in Selbst- und Elternbericht: Items, Kodierung, Skalenzuordnung ^a

| Item in Selbstberichtsversion | Variable | Variable rekodiert | Item in Elternversion | Variable | Variable rekodiert | Emotionale Probleme | Verhaltens-Probleme | Hyperaktivität | Peer-Probleme | Prosoziales Verhalten |
|--|----------|--------------------|---|----------|--------------------|---------------------|---------------------|----------------|----------------|-----------------------|
| Ich versuche, nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig | sd_y0a | xsdq51_k | Rücksichtsvoll | sd_p0a | xsdq51_e | | | | | x |
| Ich bin oft unruhig; ich kann nicht lange stillsitzen | sd_y0b | xsdq31_k | Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen | sd_p0b | xsdq31_e | | | x | | |
| Ich habe häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen; mir wird oft schlecht | sd_y0c | xsdq11_k | Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit | sd_p0c | xsdq11_e | x | | | | |
| Ich teile normalerweise mit Anderen (z. B. Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte) | sd_y0d | xsdq52_k | Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.) | sd_p0d | xsdq52_e | | | | | x |
| Ich werde leicht wütend; ich verliere oft meine Beherrschung | sd_y0e | xsdq21_k | Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend | sd_p0e | xsdq21_e | | x | | | |
| Ich bin meistens für mich alleine; ich beschäftige mich lieber mit mir selbst | sd_y0f | xsdq41_k | Einzelgänger; spielt meist alleine | sd_p0f | xsdq41_e | | | | x | |
| Normalerweise tue ich, was man mir sagt | sd_y0g | xsdq22_k | Im allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen | sd_p0g | xsdq22_e | | x ^R | | | |
| Ich mache mir häufig Sorgen | sd_y0h | xsdq12_k | Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt | sd_p0h | xsdq12_e | x | | | | |
| Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder traurig sind | sd_y0i | xsdq53_k | Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind | sd_p0i | xsdq53_e | | | | | x |
| Ich bin dauernd in Bewegung und zappelig | sd_y0j | xsdq32_k | Ständig zappelig | sd_p0j | xsdq32_e | | | x | | |
| Ich habe einen oder mehrere gute Freunde oder Freundinnen | sd_y0k | xsdq42_k | Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin | sd_p0k | xsdq42_e | | | | x ^R | |
| Ich schlage mich häufig; ich kann Andere zwingen zu tun, was ich will | sd_y0l | xsdq23_k | Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie | sd_p0l | xsdq23_e | | x | | | |
| Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen; ich muss häufig weinen | sd_y0m | xsdq13_k | Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig | sd_p0m | xsdq13_e | x | | | | |

^a Antwortoptionen „nicht zutreffend“, „teilweise zutreffend“, „eindeutig zutreffend“; ^R Item geht rekodiert in den Problemskalenscore ein

SDQ-Symptomfragebogen in Selbst- und Elternbericht: Items, Kodierung, Skalenzuordnung ^a (Fortsetzung)

| Item in Selbstberichtsversion | Variable | Variable rekodiert | Item in Elternversion | Variable | Variable rekodiert | Emotionale Probleme | Verhaltens-Probleme | Hyperaktivität | Peer-Probleme | Prosoziales Verhalten |
|---|----------|--------------------|---|----------|--------------------|---------------------|---------------------|----------------|---------------|-----------------------|
| Im allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt | sd_y0n | xsdq43_k | Im allgemeinen bei anderen Kindern beliebt | sd_y0n | xsdq43_k | | | | | x ^R |
| Ich lasse mich leicht ablenken; ich finde es schwer, mich zu konzentrieren | sd_y0o | xsdq33_k | Leicht ablenkbar, unkonzentriert | sd_p0o | xsdq33_e | | | x | | |
| Neue Situationen machen mich nervös; ich verliere leicht das Selbstvertrauen | sd_y0p | xsdq14_k | Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen | sd_p0p | xsdq14_e | x | | | | |
| Ich bin nett zu jüngeren Kindern | sd_y0q | xsdq54_k | Lieb zu jüngeren Kindern | sd_p0q | xsdq54_e | | | | | x |
| Andere behaupten oft, dass ich lüge oder moegele | sd_y0r | xsdq24_k | Lügt oder mogelt häufig | sd_p0r | xsdq24_e | | x | | | |
| Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert | sd_y0s | xsdq44_k | Wird von anderen gehänselt oder schikaniert | sd_p0s | xsdq44_e | | | | | x |
| Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder Gleichaltrigen) | sd_y0t | xsdq55_k | Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern) | sd_p0t | xsdq55_e | | | | | x |
| Ich denke nach, bevor ich handele | sd_y0u | xsdq34_k | Denkt nach, bevor er/sie handelt | sd_p0u | xsdq34_e | | | | | x ^R |
| Ich nehme Dinge, die mir nicht gehören (von zu Hause, in der Schule oder anderswo) | sd_y0v | xsdq25_k | Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo | sd_p0v | xsdq25_e | | x | | | |
| Ich komme besser mit Erwachsenen aus als mit Gleichaltrigen | sd_y0w | xsdq45_k | Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern | sd_p0w | xsdq45_e | | | | | x |
| Ich habe viele Ängste; ich fürchte mich leicht | sd_y0x | xsdq15_k | Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht | sd_p0x | xsdq15_e | x | | | | |
| Was ich angefangen habe, mache ich zu Ende; ich kann mich lange genug konzentrieren | sd_y0y | xsdq35_k | Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne | sd_p0y | xsdq35_e | | | | | x ^R |

^a Antwortoptionen „nicht zutreffend“, „teilweise zutreffend“, „eindeutig zutreffend“; ^R Item geht rekodiert in den Problemskalenscore ein

SDQ-Impact-Supplement in Selbst- und Elternbericht: Items, Kodierung, Skalenzuordnung

| Item in Selbstberichtsversion | Variable | Variable rekodiert | Antwortoptionen | Item in Elternversion | Variable | Variable rekodiert | Antwortoptionen |
|--|----------|--------------------|--|--|----------|--------------------|--|
| Würden Du sagen, dass Du insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hast: Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit Anderen? | sd_y01 | | “nein” bzw. “ja, leichte.”, “ja, deutliche” oder “ja, massive Schwierigkeiten“ | Würden Sie sagen, dass ihr Kind insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hat: Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit Anderen? | sd_p01 | | “nein” bzw. “ja, leichte.”, “ja, deutliche” oder “ja, massive Schwierigkeiten“ |
| Seit wann gibt es diese Schwierigkeiten? | sd_y02 | | “weniger als einen Monat”, “1-5 Monate”, “6-12 Monate”, “über ein Jahr” | Seit wann gibt es diese Schwierigkeiten? | sd_p02 | | “weniger als einen Monat”, “1-5 Monate”, “6-12 Monate”, “über ein Jahr” |
| Leidest Du unter diesen Schwierigkeiten? | sd_y03 | rdistres | “gar nicht”, “kaum”, “deutlich”, “massiv” | Leidet Ihr Kind unter diesen Schwierigkeiten? | sd_p03 | qdistres | “gar nicht”, “kaum”, “deutlich”, “massiv” |
| Wirst Du durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche des Alltagslebens beeinträchtigt? | | | | Wird Ihr Kind durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche des Alltagslebens beeinträchtigt? | | | |
| Zu Hause | sd_y04a | rimphome | | Zu Hause | sd_p04a | qimphome | |
| Mit Freunden | sd_y04b | rimpfrie | “gar nicht”, “kaum”, | Mit Freunden | sd_p04b | qimpfrie | “gar nicht”, “kaum”, |
| Im Unterricht | sd_y04c | rimpclas | “deutlich”, “schwer” | Im Unterricht | sd_p04c | qimpclas | “deutlich”, “schwer” |
| In der Freizeit | sd_y04d | rimpleis | | In der Freizeit | sd_p04d | qimpleis | |
| Findest Du, dass diese Schwierigkeiten Anderen (Familie, Freunden, Lehrern usw.) das Leben schwerer machen? | sd_y05 | | “gar nicht” bzw. “kaum”, “deutlich”, oder “sehr viel schwerer” | Stellen die Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die gesamte Familie dar? | sd_p05 | | “keine” bzw. “leichte”, “deutliche”, oder “schwere Belastung” |

Syntax für das Scoring des Jugendlichen-SDQ

Zunächst werden die rohen Variablen in Werte von 0 bis 2 rekodiert, dabei werden die positiv formulierten Items umgepolt. Anschließend werden die Subskalensummenwerte berechnet, dabei werden die Fälle ausgeschlossen, die mehr als einen fehlenden Wert aufweisen. Für das Berechnen des Gesamtproblemwerts werden die Subskalenwerte addiert. Der Gesamtproblemwert, der Gesamtbeeinträchtigungswert sowie die Subskalenwerte werden in die Kategorien „normal“, „grenzwertig“ oder „auffällig“ eingeteilt und gelabelt.

```
COMPUTE xsdq11_k = (sd_y0c - 1) * 1.
COMPUTE xsdq12_k = (sd_y0h - 1) * 1.
COMPUTE xsdq13_k = (sd_y0m - 1) * 1.
COMPUTE xsdq14_k = (sd_y0p - 1) * 1.
COMPUTE xsdq15_k = (sd_y0x - 1) * 1.
COMPUTE xsdq21_k = (sd_y0e - 1) * 1.
COMPUTE xsdq22_k = (sd_y0g - 3) * -1.
COMPUTE xsdq23_k = (sd_y0l - 1) * 1.
COMPUTE xsdq24_k = (sd_y0r - 1) * 1.
COMPUTE xsdq25_k = (sd_y0v - 1) * 1.
COMPUTE xsdq31_k = (sd_y0b - 1) * 1.
COMPUTE xsdq32_k = (sd_y0j - 1) * 1.
COMPUTE xsdq33_k = (sd_y0o - 1) * 1.
COMPUTE xsdq34_k = (sd_y0u - 3) * -1.
COMPUTE xsdq35_k = (sd_y0y - 3) * -1.
COMPUTE xsdq41_k = (sd_y0f - 1) * 1.
COMPUTE xsdq42_k = (sd_y0k - 3) * -1.
COMPUTE xsdq43_k = (sd_y0n - 3) * -1.
COMPUTE xsdq44_k = (sd_y0s - 1) * 1.
COMPUTE xsdq45_k = (sd_y0w - 1) * 1.
COMPUTE xsdq51_k = (sd_y0a - 1) * 1.
COMPUTE xsdq52_k = (sd_y0d - 1) * 1.
COMPUTE xsdq53_k = (sd_y0i - 1) * 1.
COMPUTE xsdq54_k = (sd_y0q - 1) * 1.
COMPUTE xsdq55_k = (sd_y0t - 1) * 1.
```

```
RECODE sd_y03 (1=0) (2=0) (3=1) (4=2) (ELSE=SYSMIS) INTO rdistres .
RECODE sd_y04a (1=0) (2=0) (3=1) (4=2) (ELSE=SYSMIS) INTO rimphome .
RECODE sd_y04b (1=0) (2=0) (3=1) (4=2) (ELSE=SYSMIS) INTO rimpfrie .
RECODE sd_y04c (1=0) (2=0) (3=1) (4=2) (ELSE=SYSMIS) INTO rimpclas .
RECODE sd_y04d (1=0) (2=0) (3=1) (4=2) (ELSE=SYSMIS) INTO rimpleis .
EXECUTE .
```

```
COUNT emokmis = xsdq11_k xsdq12_k xsdq13_k xsdq14_k xsdq15_k (MISSING) .
COUNT verhkmis = xsdq21_k xsdq22_k xsdq23_k xsdq24_k xsdq25_k (MISSING) .
COUNT hypkmis = xsdq31_k xsdq32_k xsdq33_k xsdq34_k xsdq35_k (MISSING) .
COUNT peerkmis = xsdq41_k xsdq42_k xsdq43_k xsdq44_k xsdq45_k (MISSING) .
COUNT proskmis = xsdq51_k xsdq52_k xsdq53_k xsdq54_k xsdq55_k (MISSING) .
VARIABLE LABELS emokmis 'Missings SDQ Kinder emo' verhkmis 'Missings SDQ Kinder verh' hypkmis
'Missings SDQ Kinder hyp' peerkmis 'Missings SDQ Kinder peer' proskmis 'Missings SDQ Kinder proso'.
EXECUTE .
```

```
DO IF (emokmis < 2) .
RECODE xsdq11_k xsdq12_k xsdq13_k xsdq14_k xsdq15_k (sysmiss=0) .
END IF .
EXECUTE .
```

```
DO IF (verhkmis < 2) .
RECODE xsdq21_k xsdq22_k xsdq23_k xsdq24_k xsdq25_k (sysmiss=0) .
END IF .
EXECUTE .
```

```
DO IF (hypkmis < 2) .
RECODE xsdq31_k xsdq32_k xsdq33_k xsdq34_k xsdq35_k (sysmiss=0) .
END IF .
EXECUTE .
```

```
DO IF (peerkmis < 2) .
RECODE xsdq41_k xsdq42_k xsdq43_k xsdq44_k xsdq45_k (sysmiss=0) .
END IF .
EXECUTE .
```

```
DO IF (proskmis < 2) .
RECODE xsdq51_k xsdq52_k xsdq53_k xsdq54_k xsdq55_k (sysmiss=0) .
END IF .
EXECUTE .
```

```
COMPUTE emo_k = xsdq11_k + xsdq12_k + xsdq13_k + xsdq14_k + xsdq15_k.
COMPUTE verh_k = xsdq21_k + xsdq22_k + xsdq23_k + xsdq24_k + xsdq25_k.
COMPUTE hyp_k = xsdq31_k + xsdq32_k + xsdq33_k + xsdq34_k + xsdq35_k.
COMPUTE peer_k = xsdq41_k + xsdq42_k + xsdq43_k + xsdq44_k + xsdq45_k.
COMPUTE proso_k = xsdq51_k + xsdq52_k + xsdq53_k + xsdq54_k + xsdq55_k.
EXECUTE .
```

```
COMPUTE totsdq_k = emo_k + verh_k + hyp_k + peer_k.
EXECUTE .
```

```
RECODE totsdq_k (0 thru 15.99=0) (16 thru 19.99=1) (20 thru 40=2) INTO sdqauf_k .
VARIABLE LABELS sdqauf_k 'abnormal SDQ total difficulties (child)'.
EXECUTE .
```

```
RECODE emo_k (0 thru 5.99=0) (6 thru 6.99=1) (7 thru 10=2) INTO emoauf_k .
RECODE verh_k (0 thru 3.99=0) (4 thru 4.99=1) (5 thru 10=2) INTO verauf_k .
RECODE hyp_k (0 thru 5.99=0) (6 thru 6.99=1) (7 thru 10=2) INTO hypauf_k .
RECODE peer_k (0 thru 3.99=0) (4 thru 5.99=1) (6 thru 10=2) INTO peeauf_k .
RECODE proso_k (6 thru 10=0) (5 thru 5.99=1) (0 thru 4.99=2) INTO proauf_k .
VARIABLE LABELS emoauf_k 'abnormal SDQ emotional symptoms (child)'.
VARIABLE LABELS verauf_k 'abnormal SDQ conduct-problems (child)'.
VARIABLE LABELS hypauf_k 'abnormal SDQ hyperactivity (child)'.
VARIABLE LABELS peeauf_k 'abnormal SDQ peer-problems (child)'.
VARIABLE LABELS proauf_k 'abnormal SDQ prosocial behaviour (child)'.
EXECUTE .
```

```
VAL LABELS sdqauf_k emoauf_k verauf_k hypauf_k peeauf_k proauf_k
0 'normal' 1 'borderline' 2 'abnormal'.
EXECUTE .
```

```
COMPUTE simpact = SUM.1(rdistres,rimphome,rimpfrie,rimpclas,rimpleis) .
EXECUTE .
IF (sd_y01=1) simpact=0 .
EXECUTE .
```

```
VARIABLE LABELS simpact 'SDQ impact (child)'.
EXECUTE .
```

```
VAL LABELS simpact 0 'normal' 1 'borderline' 2 'abnormal'.
EXECUTE .
```

Syntax für das Scoring des Eltern-SDQ

Zunächst werden die rohen Variablen in Werte von 0 bis 2 rekodiert, dabei werden die positiv formulierten Items umgepolt. Anschließend werden die Subskalensummenwerte berechnet, dabei werden die Fälle ausgeschlossen, die mehr als einen fehlenden Wert aufweisen. Für das Berechnen des Gesamtproblemwerts werden die Subskalenwerte addiert. Der Gesamtproblemwert, der Gesamtbeeinträchtigungswert sowie die Subskalenwerte werden in die Kategorien „normal“, „grenzwertig“ oder „auffällig“ eingeteilt und gelabelt.

```
COMPUTE xsdq11_e = (sd_p0c - 1) * 1.
COMPUTE xsdq12_e = (sd_p0h - 1) * 1.
COMPUTE xsdq13_e = (sd_p0m - 1) * 1.
COMPUTE xsdq14_e = (sd_p0p - 1) * 1.
COMPUTE xsdq15_e = (sd_p0x - 1) * 1.
COMPUTE xsdq21_e = (sd_p0e - 1) * 1.
COMPUTE xsdq22_e = (sd_p0g - 3) * -1.
COMPUTE xsdq23_e = (sd_p0l - 1) * 1.
COMPUTE xsdq24_e = (sd_p0r - 1) * 1.
COMPUTE xsdq25_e = (sd_p0v - 1) * 1.
COMPUTE xsdq31_e = (sd_p0b - 1) * 1.
COMPUTE xsdq32_e = (sd_p0j - 1) * 1.
COMPUTE xsdq33_e = (sd_p0o - 1) * 1.
COMPUTE xsdq34_e = (sd_p0u - 3) * -1.
COMPUTE xsdq35_e = (sd_p0y - 3) * -1.
COMPUTE xsdq41_e = (sd_p0f - 1) * 1.
COMPUTE xsdq42_e = (sd_p0k - 3) * -1.
COMPUTE xsdq43_e = (sd_p0n - 3) * -1.
COMPUTE xsdq44_e = (sd_p0s - 1) * 1.
COMPUTE xsdq45_e = (sd_p0w - 1) * 1.
COMPUTE xsdq51_e = (sd_p0a - 1) * 1.
COMPUTE xsdq52_e = (sd_p0d - 1) * 1.
COMPUTE xsdq53_e = (sd_p0i - 1) * 1.
COMPUTE xsdq54_e = (sd_p0q - 1) * 1.
COMPUTE xsdq55_e = (sd_p0t - 1) * 1.
```

```
RECODE sd_p03 (1=0) (2=0) (3=1) (4=2) (ELSE=SYSMIS) INTO qdistres .
RECODE sd_p04a (1=0) (2=0) (3=1) (4=2) (ELSE=SYSMIS) INTO qimphome .
RECODE sd_p04b (1=0) (2=0) (3=1) (4=2) (ELSE=SYSMIS) INTO qimpfrie .
RECODE sd_p04c (1=0) (2=0) (3=1) (4=2) (ELSE=SYSMIS) INTO qimpclas .
RECODE sd_p04d (1=0) (2=0) (3=1) (4=2) (ELSE=SYSMIS) INTO qimpleis .
EXECUTE .
```

```
COUNT emoemis = xsdq11_e xsdq12_e xsdq13_e xsdq14_e xsdq15_e (MISSING) .
COUNT verhemis = xsdq21_e xsdq22_e xsdq23_e xsdq24_e xsdq25_e (MISSING) .
COUNT hypemis = xsdq31_e xsdq32_e xsdq33_e xsdq34_e xsdq35_e (MISSING) .
COUNT peeremis = xsdq41_e xsdq42_e xsdq43_e xsdq44_e xsdq45_e (MISSING) .
COUNT prosemis = xsdq51_e xsdq52_e xsdq53_e xsdq54_e xsdq55_e (MISSING) .
VARIABLE LABELS emoemis 'Missings SDQ Eltern emo' verhemis 'Missings SDQ Eltern verh' hypemis
'Missings SDQ Eltern hyp' peeremis 'Missings SDQ Eltern peer' prosemis 'Missings SDQ Eltern proso'.
EXECUTE .
```

```
DO IF (emoemis < 2) .
RECODE
  xsdq11_e xsdq12_e xsdq13_e xsdq14_e xsdq15_e (sysmis=0) .
END IF .
EXECUTE .
```

```

DO IF (verhemis < 2) .
RECODE xsdq21_e xsdq22_e xsdq23_e xsdq24_e xsdq25_e (sysmis=0) .
END IF .
EXECUTE .

```

```

DO IF (hypemis < 2) .
RECODE xsdq31_e xsdq32_e xsdq33_e xsdq34_e xsdq35_e (sysmis=0) .
END IF .
EXECUTE .

```

```

DO IF (peeremis < 2) .
RECODE xsdq41_e xsdq42_e xsdq43_e xsdq44_e xsdq45_e (sysmis=0) .
END IF .
EXECUTE .

```

```

DO IF (prosemis < 2) .
RECODE xsdq51_e xsdq52_e xsdq53_e xsdq54_e xsdq55_e (sysmis=0) .
END IF .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE emo_e = xsdq11_e + xsdq12_e + xsdq13_e + xsdq14_e + xsdq15_e.
COMPUTE verh_e = xsdq21_e + xsdq22_e + xsdq23_e + xsdq24_e + xsdq25_e.
COMPUTE hyp_e = xsdq31_e + xsdq32_e + xsdq33_e + xsdq34_e + xsdq35_e.
COMPUTE peer_e = xsdq41_e + xsdq42_e + xsdq43_e + xsdq44_e + xsdq45_e.
COMPUTE proso_e = xsdq51_e + xsdq52_e + xsdq53_e + xsdq54_e + xsdq55_e.
EXECUTE .

```

```

COMPUTE totsdq_e = emo_e + verh_e + hyp_e + peer_e.
EXECUTE .

```

```

RECODE totsdq_e (0 thru 13.99=0) (14 thru 16.99=1) (17 thru 40=2) INTO sdqauf_e .
VARIABLE LABELS sdqauf_e 'abnormal SDQ total difficulties (parents)'.
EXECUTE .

```

```

RECODE emo_e (0 thru 3.99=0) (4 thru 4.99=1) (5 thru 10=2) INTO emoauf_e .
RECODE verh_e (0 thru 2.99=0) (3 thru 3.99=1) (4 thru 10=2) INTO verauf_e .
RECODE hyp_e (0 thru 5.99=0) (6 thru 6.99=1) (7 thru 10=2) INTO hypauf_e .
RECODE peer_e (0 thru 2.99=0) (3 thru 3.99=1) (4 thru 10=2) INTO peeauf_e .
RECODE proso_e (6 thru 10=0) (5 thru 5.99=1) (0 thru 4.99=2) INTO proauf_e .
VARIABLE LABELS emoauf_e 'abnormal SDQ emotionale symptoms (parents)'.
VARIABLE LABELS verauf_e 'abnormal SDQ conduct-problems (parents)'.
VARIABLE LABELS hypauf_e 'abnormal SDQ hyperactivity (parents)'.
VARIABLE LABELS peeauf_e 'abnormal SDQ peer-problems (parents)'.
VARIABLE LABELS proauf_e 'abnormal SDQ prosocial behaviour (parents)'.
EXECUTE .

```

```

VAL LABELS sdqauf_e emoauf_e verauf_e hypauf_e peeauf_e proauf_e
0 'normal' 1 'borderline' 2 'abnormal'.
EXECUTE .

```

```

COMPUTE pimimpact = SUM.1(qdistres,qimphome,qimpfrie,qimpclas,qimpleis) .
EXECUTE .
IF (sd_p01=1) pimimpact=0 .
EXECUTE .

```

```

VARIABLE LABELS pimimpact 'SDQ impact (parents)'.

```

```

VAL LABELS pimimpact 0 'normal' 1 'borderline' 2 'abnormal'.
EXECUTE .

```

Syntax für das Scoring des SDQ-Algorithmus

Im Folgenden ist die SPSS-Syntax zum Scoring des SDQ-Algorithmus aufgeführt, der die Informationen der Eltern- und Jugendlichenangaben aus dem SDQ-Symptomfragebogen und dem SDQ-Impact-Fragebogen (siehe vorangehende Syntaxen) kombiniert um eine Vorhersage zu treffen, wie wahrscheinlich das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose bei einem Kind oder Jugendlichen ist.¹

Der Algorithmus generiert Aussagen, ob das Vorliegen einer Verhaltensstörung (sdqcd), emotionalen Störung (sdqed) oder von Hyperaktivität (sdqhk) "unlikely", "possible" oder "probable" ist. Diese Ergebnisse werden zur Aussage über das Vorliegen einer nicht näher spezifizierten Störung (anydiag) zusammengefasst (siehe auch 4.2.1.1 und Abbildung 3).

Syntax:

```
COMPUTE varmis = 0.
RECODE varmis (0=sysmis).
EXECUTE .

IF (hyp_e ge 0 and pimpact ge 0) phk=0.
IF (hyp_e ge 6 and pimpact ge 1) phk=1.
IF (hyp_e ge 7 and pimpact ge 2) phk=2.
IF (hyp_e ge 9 and pimpact ge 1) phk=2.
EXECUTE .

IF (hyp_k ge 0 and simpact ge 0) shk=0.
IF (hyp_k ge 6 and simpact ge 1) shk=1.
IF (hyp_k ge 7 and simpact ge 2) shk=2.
EXECUTE .

COMPUTE pshk=phk.
EXECUTE .
IF (sysmis(phk)) pshk=shk.
EXECUTE .

IF (phk ge 0 or shk ge 0) sdqhk=0.
IF (pshk=1) sdqhk=1.
IF (pshk=2) sdqhk=2.
EXECUTE .

IF (verh_e ge 0 or verh_k ge 0) sdqcd=0.
IF (verh_e ge 4 or verh_k ge 5) sdqcd=1.
IF (verh_e ge 5 and pimpact ge 2) sdqcd=2.
IF (verh_k ge 6 and simpact ge 2) sdqcd=2.
IF (sysmis(pimpact) and sysmis(simpact)) sdqcd =
varmis.
EXECUTE .

IF (emo_e ge 0 or emo_k ge 0) sdqed=0.
IF (emo_e ge 5 and pimpact ge 1) sdqed=1.
IF (emo_k ge 6 and simpact ge 1) sdqed=1.
EXECUTE .

COMPUTE pem= 0.
IF (emo_e ge 6 and pimpact ge 2) pem=1.
EXECUTE .

COMPUTE sem= 0.
IF (emo_k ge 7 and simpact ge 2) sem=1.
EXECUTE .
COMPUTE allem= pem + sem.

IF (allem ge 1) sdqed=2.
IF (allem=1 and sdqcd=2) sdqed=1.
IF (allem=1 and sdqhk=2) sdqed=1.
IF (sysmis(pimpact) and sysmis(simpact))
sdqed = varmis.
EXECUTE .

IF (sysmis(sdqed) and sysmis(sdqcd) and
sysmis(sdqhk)) anydiag = varmis.
IF (sdqed ge 0 or sdqcd ge 0 or sdqhk ge 0)
anydiag=0.
IF (sdqed ge 1 or sdqcd ge 1 or sdqhk ge 1)
anydiag=1.
IF (sdqed ge 2 or sdqcd ge 2 or sdqhk ge 2)
anydiag=2.
EXECUTE .

formats phk shk pshk sdqhk sdqcd sdqed pem sem
allem anydiag (f2).

VAR LAB sdqed
'SDQ prediction of an emotional disorder'.
VAR LAB sdqcd
'SDQ prediction of a conduct disorder'.
VAR LAB sdqhk
'SDQ prediction of a hyperactivity disorder'.
VAR LAB anydiag
'SDQ prediction of any psychiatric disorder'.
EXECUTE .

VAL LAB sdqed sdqcd sdqhk anydiag
0 'unlikely'
1 'possible'
2 'probable'.
EXECUTE .
```

¹ Der im Umgang mit dem SDQ sehr erfahrene Wolfgang Woerner konvertierte erstmals den Algorithmus in eine SPSS-Syntax und stellte diese der KIDSCREEN-Studiengruppe zur Verfügung.

KIDSCREEN-Skalen: Items und Antwortoptionen

Das Scoring der KIDSCREEN-Skalen erfordert sehr lange Syntaxen, die den zitierten Quellen entnommen werden können und darum hier nicht wiedergegeben werden.

| ITEM IN ENGLISCHER VERSION | ITEM IN DEUTSCHER VERSION |
|---|---|
| KIDSCREEN-Schulskala | |
| Have you been happy at school? ^a | Bist du in der Schule glücklich gewesen? ^c |
| Have you got on well at school? ^a | Bist du in der Schule gut zurechtgekommen? ^c |
| Have you been satisfied with your teachers? ^a | Bist du mit deinen Lehrerinnen und Lehrern zufrieden gewesen? ^c |
| Have you been able to pay attention? ^b | Konntest du gut aufpassen? ^d |
| Have you enjoyed going to school? ^b | Bist du gerne zur Schule gegangen? ^d |
| Have you got along well with your teachers? ^b | Bist du gut mit deinen Lehrerinnen und Lehrern ausgekommen? ^d |
| KIDSCREEN-Familienskala | |
| Have your parent(s) understood you? ^a | Haben deine Mutter / dein Vater dich verstanden? ^c |
| Have you felt loved by your parent(s)? ^a | Hast du das Gefühl gehabt, dass dich deine Mutter / dein Vater lieb haben? ^c |
| Have you been happy at home? ^b | Bist du zu Hause glücklich gewesen? ^d |
| Have your parent(s) had enough time for you? ^b | Haben deine Mutter / dein Vater genug Zeit für dich gehabt? ^d |
| Have your parent(s) treated you fairly? ^b | Haben deine Mutter / dein Vater dich gerecht behandelt? ^d |
| Have you been able to talk to your parent(s) when you wanted to? ^b | Konntest du mit deiner Mutter / deinem Vater reden, wenn du wolltest? ^d |
| KIDSCREEN-Gleichaltrigenskala | |
| Have you spent time with your friends? ^b | Hast du Zeit mit deinen Freunden verbracht? ^d |
| Have you done things with other girls and boys? ^b | Hast du mit anderen Kindern oder Jugendlichen Sachen unternommen? ^d |
| Have you had fun with your friends? ^b | Hast du mit deinen Freunden Spaß gehabt? ^d |
| Have you and your friends helped each other? ^b | Haben du und deine Freunde euch gegenseitig geholfen? ^d |
| Have you been able to talk about everything with your friends? ^b | Konntest du mit deinen Freunden über alles reden? ^d |
| Have you been able to rely on your friends? ^b | Hast du dich auf deine Freunde verlassen können? ^d |
| KIDSCREEN-Bullyingskala | |
| Have you been afraid of other girls and boys? ^b | Hast du Angst vor anderen Kindern oder Jugendlichen gehabt? ^d |
| Have other girls and boys made fun of you? ^b | Haben sich andere Kinder oder Jugendliche über dich lustig gemacht? ^d |
| Have other girls and boys bullied you? ^b | Haben andere Kinder oder Jugendliche dich schikaniert oder tyrannisiert? ^d |

^a Antwortoptionen: “not at all”, “slightly”, “moderately”, “very”, “extremely”

^b Antwortoptionen: “never”, “seldom”, “quite often”, “very often”, “always”

^c Antwortoptionen: “überhaupt nicht”, “ein wenig”, “mittelmäßig”, “ziemlich”, “sehr”

^d Antwortoptionen: “nie”, “selten”, “manchmal”, “oft”, “immer”

Family Affluence Scale: Items und Antwortoptionen

| ITEM | ANTWORTOPTIONEN | KODIERUNG |
|---|--|-----------|
| Besitzt deine Familie ein Auto? | Nein Ja, eins Ja, zwei oder mehr | s02_y05 |
| Hast du ein eigenes Zimmer nur für dich allein? | Nein Ja | s02_y06 |
| Wie häufig bist du mit deiner Familie in den letzten 12 Monaten in Urlaub gefahren? | Überhaupt nicht Einmal Zweimal Mehr als zweimal | s02_y07 |
| Wie viele Computer besitzt deine Familie insgesamt? | Keinen Einen Zwei Mehr als zwei | s02_y08 |

Syntax:

```
RECODE s02_y05 (1=0) (2=1) (3=2) (else=copy) INTO s02_y05r .
RECODE s02_y06 (1=0) (2=1) (else=copy) INTO s02_y06r .
RECODE s02_y07 (1=0) (2=1) (3,4=2) (else=copy) INTO s02_y07r .
RECODE s02_y08 (1=0) (2=1) (3,4=2) (else=copy) INTO s02_y08r .
EXECUTE .
```

```
MISSING VALUE s02_y05r (-1,3 THRU 99999) .
EXECUTE .
MISSING VALUE s02_y06r (-1,2 THRU 99999) .
EXECUTE .
MISSING VALUE s02_y07r TO s02_y08r (-1,3 THRU 99999) .
EXECUTE .
```

```
VARIABLE LABEL s02_y05r 'FAS car'.
VARIABLE LABEL s02_y06r 'FAS bedroom'.
VARIABLE LABEL s02_y07r 'FAS family holidays'.
VARIABLE LABEL s02_y08r 'FAS computer'.
```

```
VALUE LABELS s02_y05r s02_y06r s02_y07r s02_y08r
0 'FAS 0 point'
1 'FAS 1 point'
2 'FAS 2 points' .
```

```
COMPUTE sd_fas_4 = s02_y05r + s02_y06r + s02_y07r + s02_y08r .
```

```
VARIABLE LABEL sd_fas_4 'FAS without friends holidays'.
EXECUTE .
```

```
RECODE sd_fas_4 (0 thru 3=1) (4 thru 5=2) (6 thru 7=3) INTO FAS_LMH .
VARIABLE LABELS FAS_LMH 'Family affluence scale (low medium high FAS)'.
EXECUTE .
```

```
VAL LAB FAS_LMH 1 'low 0-3'
                2 'medium 4-5'
                3 'high 6-7' .
```

```
EXECUTE .
```


Übersichtstabelle der eingesetzten Instrumente

Grundsätzlich wurden alle in dieser Arbeit herangezogenen Instrumente in allen Ländern eingesetzt. Die wenigen Ausnahmen bilden Irland (kein Einsatz des SDQ) und Schweden (kein Einsatz des elternberichteten SDQ, kein Einsatz der FAS).

| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE | NL | PL | SE | UK |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| PSYCHISCHE AUFFÄLLIGKEITEN | | | | | | | | | | | | | |
| Elternurteil: | | | | | | | | | | | | | |
| SDQ-Symptomfragebogen und Impact-Supplement | x | x | x | x | x | x | x | x | | x | x | x | x |
| Selbsturteil: | | | | | | | | | | | | | |
| SDQ-Symptomfragebogen und Impact-Supplement | x | x | x | x | x | x | x | x | | x | x | | x |
| LEBENSWELTEN | | | | | | | | | | | | | |
| Selbsturteil: KIDSCREEN-Schulskala | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Selbsturteil: KIDSCREEN-Familienskala | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Selbsturteil: KIDSCREEN-Gleichaltrigenskala | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Selbsturteil: KIDSCREEN-Bullyingskala | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| SOZIOÖKONOMISCHER STATUS | | | | | | | | | | | | | |
| Selbsturteil: Family Affluence Scale | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | x |

Auswertungen zur Psychometrie

Übersichtstabelle der SDQ-Cronbach's α Werte im Selbst- und Elternbericht

| | Selbsturteil | | Elternurteil | |
|--------------------------------|--------------------------------|-----------------|--------------------------------|-----------------|
| | Range der Länderwerte α | Gesamt α | Range der Länderwerte α | Gesamt α |
| SDQ-Gesamtproblemwert | | | | |
| Gesamt | 0.721 (FR) – 0.821 (UK) | 0.743 | 0.770 (FR) – 0.825 (DE) | 0.799 |
| Mädchen | 0.698 (PL) – 0.825 (UK) | 0.736 | 0.734 (FR) – 0.827 (UK) | 0.794 |
| Jungen | 0.695 (FR) – 0.820 (UK) | 0.755 | 0.782 (ES) – 0.847 (DE) | 0.808 |
| SDQ-Emotionale Probleme | | | | |
| Gesamt | 0.647 (EL) – 0.713 (CZ) | 0.688 | 0.599 (ES) – 0.743 (DE) | 0.684 |
| Mädchen | 0.573 (EL) – 0.719 (FR) | 0.679 | 0.612 (ES) – 0.746 (UK) | 0.686 |
| Jungen | 0.566 (NL) – 0.728 (UK) | 0.645 | 0.563 (ES) – 0.757 (DE) | 0.669 |
| SDQ-Verhaltensprobleme | | | | |
| Gesamt | 0.253 (HU) – 0.616 (UK) | 0.430 | 0.466 (HU) – 0.646 (UK) | 0.569 |
| Mädchen | 0.229 (HU) – 0.598 (UK) | 0.462 | 0.432 (HU) – 0.691 (UK) | 0.535 |
| Jungen | 0.263 (HU) – 0.632 (UK) | 0.394 | 0.510 (HU) – 0.658 (CZ) | 0.601 |
| SDQ-Hyperaktivität | | | | |
| Gesamt | 0.519 (PL) – 0.695 (NL) | 0.620 | 0.651 (PL) – 0.785 (UK) | 0.724 |
| Mädchen | 0.502 (PL) – 0.714 (UK) | 0.619 | 0.600 (PL) – 0.800 (UK) | 0.692 |
| Jungen | 0.542 (PL) – 0.706 (CZ) | 0.621 | 0.680 (EL) – 0.797 (FR) | 0.741 |
| SDQ-Peer-Probleme | | | | |
| Gesamt | 0.448 (NL) – 0.632 (UK) | 0.527 | 0.457 (FR) – 0.639 (UK) | 0.548 |
| Mädchen | 0.406 (NL) – 0.668 (UK) | 0.522 | 0.353 (FR) – 0.635 (CH) | 0.529 |
| Jungen | 0.485 (NL) – 0.599 (UK) | 0.531 | 0.450 (PL) – 0.666 (UK) | 0.564 |
| KIDSCREEN-Schule | | | | |
| Gesamt | 0.815 (EL) – 0.886 (UK) | 0.860 | | |
| Mädchen | 0.801 (EL) – 0.893 (UK) | 0.857 | | |
| Jungen | 0.820 (NL) – 0.879 (UK) | 0.865 | | |
| KIDSCREEN-Familie | | | | |
| Gesamt | 0.859 (CH) – 0.912 (UK) | 0.892 | | |
| Mädchen | 0.883 (NL) – 0.917 (ES) | 0.901 | | |
| Jungen | 0.812 (CH) – 0.911 (UK) | 0.877 | | |
| KIDSCREEN-Peers | | | | |
| Gesamt | 0.831 (HU) – 0.886 (UK) | 0.855 | | |
| Mädchen | 0.822 (HU) – 0.887 (PL, UK) | 0.856 | | |
| Jungen | 0.831 (EL) – 0.881 (UK) | 0.856 | | |
| KIDSCREEN-Bullying | | | | |
| Gesamt | 0.692 (FR) – 0.828 (PL) | 0.782 | | |
| Mädchen | 0.584 (EL) – 0.847 (PL) | 0.777 | | |
| Jungen | 0.720 (FR) – 0.844 (AT, EL) | 0.788 | | |

SDQ-Elternbericht: Faktorenanalysen (fünf Faktoren)

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Österreich (AT), beide Geschlechter

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | PRO | EMO | PEE | VER | HYP | |
| Anfang: Eigenwert | 5.00 | 2.27 | 1.86 | 1.30 | 1.18 | |
| erklärte Varianz ^c | 20.0 | 9.1 | 7.4 | 5.2 | 4.7 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.77 | 2.57 | 2.10 | 2.08 | 2.08 | |
| erklärte Varianz ^c | 11.1 | 10.3 | 8.4 | 8.3 | 8.3 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | | 0.57 | | 0.17 | -0.17 | 0.39 |
| viele Sorgen | | 0.64 | 0.27 | 0.14 | 0.14 | 0.53 |
| oft unglücklich | | 0.69 | 0.22 | 0.17 | | 0.56 |
| verliert Selbstvertrauen | | 0.54 | 0.25 | | 0.37 | 0.49 |
| viele Ängste | | 0.70 | 0.18 | | 0.13 | 0.54 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | -0.33 | 0.36 | | 0.50 | | 0.48 |
| im allgemeinen folgsam | -0.51 | 0.12 | -0.13 | | 0.24 | 0.35 |
| streitet oder schikaniert | -0.31 | 0.15 | | 0.53 | | 0.40 |
| lügt oder mogelt | -0.28 | 0.22 | -0.11 | 0.33 | 0.28 | 0.32 |
| stiehlt | -0.14 | 0.38 | | | 0.20 | 0.21 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig. überaktiv | | | 0.13 | 0.76 | 0.25 | 0.67 |
| ständig zappelig | | | 0.12 | 0.74 | 0.26 | 0.63 |
| leicht ablenkbar | | 0.16 | 0.16 | 0.29 | 0.74 | 0.68 |
| denkt vorm Handeln | -0.29 | 0.11 | | 0.19 | 0.57 | 0.46 |
| führt Aufgaben zu Ende | -0.12 | | | 0.11 | 0.80 | 0.67 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | | 0.21 | 0.58 | | | 0.39 |
| mind. einen Freund | -0.22 | | 0.50 | -0.15 | 0.17 | 0.35 |
| bei anderen beliebt | -0.29 | 0.19 | 0.61 | | | 0.50 |
| wird gehänselt | | 0.25 | 0.62 | 0.13 | | 0.47 |
| besser mit Erwachsenen | | | 0.56 | | | 0.33 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | 0.63 | -0.10 | | -0.15 | | 0.43 |
| teilt gerne | 0.54 | | -0.23 | | | 0.36 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.69 | | -0.12 | | | 0.50 |
| lieb zu jüngeren | 0.57 | 0.14 | -0.19 | -0.12 | | 0.40 |
| hilft freiwillig | 0.67 | -0.10 | | | -0.17 | 0.49 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 46.4%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.85; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 4782.34$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Österreich (AT), Mädchen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | PRO | EMO | VER-HYP | PEE | HYP | |
| Anfang: Eigenwert | 4.88 | 2.28 | 1.73 | 1.28 | 1.18 | |
| erklärte Varianz ^c | 19.5 | 9.1 | 6.9 | 5.1 | 4.7 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.86 | 2.69 | 2.02 | 1.90 | 1.88 | |
| erklärte Varianz ^c | 11.4 | 10.8 | 8.1 | 7.6 | 7.5 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | | 0.52 | 0.22 | 0.11 | -0.11 | 0.35 |
| viele Sorgen | | 0.66 | 0.12 | 0.24 | | 0.52 |
| oft unglücklich | | 0.68 | 0.19 | 0.16 | | 0.54 |
| verliert Selbstvertrauen | | 0.56 | | 0.20 | 0.38 | 0.51 |
| viele Ängste | | 0.68 | | 0.13 | 0.25 | 0.55 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | -0.36 | 0.32 | 0.49 | | 0.13 | 0.50 |
| im allgemeinen folgsam | -0.51 | | | | 0.24 | 0.32 |
| streitet oder schikaniert | -0.33 | | 0.54 | 0.10 | -0.12 | 0.43 |
| lügt oder mogelt | -0.43 | 0.26 | 0.29 | | 0.12 | 0.36 |
| stiehlt | -0.19 | 0.45 | -0.13 | -0.11 | | 0.27 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, überaktiv | | | 0.72 | | 0.27 | 0.60 |
| ständig zappelig | | | 0.68 | | 0.25 | 0.53 |
| leicht ablenkbar | | 0.18 | 0.23 | 0.11 | 0.74 | 0.65 |
| denkt vorm Handeln | -0.31 | 0.11 | 0.25 | | 0.44 | 0.36 |
| führt Aufgaben zu Ende | -0.14 | | 0.11 | 0.13 | 0.77 | 0.65 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | | 0.24 | -0.12 | 0.56 | | 0.39 |
| mind. einen Freund | -0.18 | | -0.12 | 0.49 | 0.12 | 0.30 |
| bei anderen beliebt | -0.21 | 0.18 | | 0.61 | | 0.46 |
| wird gehänselt | | 0.37 | 0.16 | 0.54 | | 0.46 |
| besser mit Erwachsenen | | | 0.22 | 0.58 | | 0.38 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | 0.61 | | -0.15 | | | 0.40 |
| teilt gerne | 0.57 | | | -0.24 | | 0.39 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.70 | | | | | 0.50 |
| lieb zu jüngeren | 0.52 | 0.16 | -0.20 | -0.21 | 0.14 | 0.40 |
| hilft freiwillig | 0.68 | -0.13 | | | -0.16 | 0.51 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz=45.4%; Kaiser-Meyer-Olkin= 0.82; Bartlett $\chi^2_{(df=300)}=2497.55$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Österreich (AT), Jungen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|--------------|-------------|-------------|--------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | PEE+EMO | PRO | HYP | VER-HYP | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 5.19 | 2.35 | 2.04 | 1.24 | 1.22 | |
| erklärte Varianz ^c | 20.8 | 9.4 | 8.1 | 5.0 | 4.9 | |
| Rotiert: Eigenwert | 3.26 | 2.75 | 2.38 | 2.31 | 1.34 | |
| erklärte Varianz ^c | 13.0 | 11.0 | 9.5 | 9.2 | 5.4 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.34 | | 0.11 | 0.27 | -0.52 | 0.47 |
| viele Sorgen | 0.59 | | 0.37 | 0.19 | | 0.53 |
| oft unglücklich | 0.62 | | 0.22 | 0.25 | -0.11 | 0.52 |
| verliert Selbstvertrauen | 0.49 | | 0.45 | 0.10 | 0.14 | 0.47 |
| viele Ängste | 0.58 | -0.11 | 0.20 | 0.17 | -0.10 | 0.43 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.21 | -0.26 | | 0.58 | | 0.46 |
| im allgemeinen folgsam | | -0.55 | 0.27 | 0.12 | -0.12 | 0.41 |
| streitet oder schikaniert | 0.14 | -0.20 | | 0.51 | 0.28 | 0.41 |
| lügt oder mogelt | | | 0.28 | 0.36 | 0.54 | 0.50 |
| stiehlt | 0.18 | | 0.13 | 0.11 | 0.63 | 0.46 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, überaktiv | | 0.13 | 0.20 | 0.74 | | 0.62 |
| ständig zappelig | 0.15 | | 0.25 | 0.73 | | 0.62 |
| leicht ablenkbar | 0.19 | | 0.73 | 0.29 | 0.11 | 0.67 |
| denkt vorm Handeln | | -0.33 | 0.63 | 0.18 | | 0.54 |
| führt Aufgaben zu Ende | | -0.14 | 0.79 | | 0.13 | 0.66 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | 0.61 | | | 0.15 | | 0.40 |
| mind. einen Freund | 0.46 | -0.24 | | -0.15 | 0.34 | 0.41 |
| bei anderen beliebt | 0.62 | -0.35 | | | 0.13 | 0.53 |
| wird gehänselt | 0.64 | | | | | 0.42 |
| besser mit Erwachsenen | 0.46 | | -0.21 | | | 0.26 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | | 0.63 | | -0.20 | -0.16 | 0.47 |
| teilt gerne | -0.24 | 0.51 | | 0.15 | | 0.36 |
| hilfsbereit wenn krank | | 0.71 | | -0.12 | | 0.53 |
| lieb zu jüngeren | | 0.58 | | | -0.18 | 0.38 |
| hilft freiwillig | | 0.69 | -0.18 | | | 0.52 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 48.1%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.82; Bartlett χ^2 (df=300) = 2564.23; p < 0.001

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in der Schweiz (CH), beide Geschlechter

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | HYP | EMO | PRO | PEE | VER | |
| Anfang: Eigenwert | 4.83 | 2.15 | 1.86 | 1.26 | 1.16 | |
| erklärte Varianz ^c | 19.3 | 8.6 | 7.4 | 5.0 | 4.6 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.55 | 2.53 | 2.46 | 2.03 | 1.69 | |
| erklärte Varianz ^c | 10.2 | 10.1 | 9.8 | 8.1 | 6.7 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | | 0.60 | | | 0.15 | 0.39 |
| viele Sorgen | | 0.66 | | 0.21 | 0.20 | 0.52 |
| oft unglücklich | | 0.62 | | 0.20 | 0.25 | 0.48 |
| verliert Selbstvertrauen | 0.32 | 0.61 | | 0.14 | | 0.50 |
| viele Ängste | 0.16 | 0.63 | | 0.18 | | 0.47 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.23 | 0.41 | -0.25 | | 0.21 | 0.33 |
| im allgemeinen folgsam | 0.14 | | -0.51 | -0.12 | 0.18 | 0.33 |
| streitet oder schikaniert | | 0.14 | -0.12 | 0.24 | 0.44 | 0.30 |
| lügt oder mogelt | 0.24 | 0.21 | -0.19 | | 0.57 | 0.47 |
| stiehlt | | 0.11 | | | 0.69 | 0.49 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, überaktiv | 0.62 | | | | 0.38 | 0.53 |
| ständig zappelig | 0.52 | | | | 0.46 | 0.48 |
| leicht ablenkbar | 0.77 | 0.19 | | | | 0.63 |
| denkt vorm Handeln | 0.63 | | -0.26 | | | 0.48 |
| führt Aufgaben zu Ende | 0.75 | 0.11 | -0.17 | | | 0.60 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | | 0.26 | | 0.62 | | 0.46 |
| mind. einen Freund | | | | 0.62 | -0.10 | 0.41 |
| bei anderen beliebt | 0.13 | 0.16 | -0.27 | 0.53 | | 0.40 |
| wird gehänselt | 0.15 | 0.36 | | 0.50 | 0.18 | 0.43 |
| besser mit Erwachsenen | | | | 0.55 | 0.18 | 0.34 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | -0.18 | -0.15 | 0.68 | | -0.13 | 0.54 |
| teilt gerne | | 0.16 | 0.55 | -0.33 | | 0.44 |
| hilfsbereit wenn krank | | | 0.66 | | | 0.44 |
| lieb zu jüngeren | | | 0.44 | -0.29 | -0.12 | 0.30 |
| hilft freiwillig | | | 0.70 | | | 0.49 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 45.0%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.84; Bartlett χ^2 (df=300) = 5249.91; p < 0.001

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in der Schweiz (CH), Mädchen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | PRO | HYP | EMO | PEE | VERH | |
| Anfang: Eigenwert | 4.95 | 2.03 | 1.81 | 1.24 | 1.19 | |
| erklärte Varianz ^c | 19.8 | 8.1 | 7.2 | 4.9 | 4.8 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.41 | 2.33 | 2.25 | 2.18 | 2.06 | |
| erklärte Varianz ^c | 9.6 | 9.3 | 9.0 | 8.7 | 8.3 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | | | 0.62 | | 0.20 | 0.44 |
| viele Sorgen | | | 0.66 | 0.23 | 0.24 | 0.55 |
| oft unglücklich | | | 0.53 | 0.25 | 0.35 | 0.46 |
| verliert Selbstvertrauen | | 0.44 | 0.60 | 0.15 | -0.11 | 0.59 |
| viele Ängste | | 0.19 | 0.67 | 0.20 | -0.15 | 0.55 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | -0.26 | 0.27 | 0.28 | | 0.33 | 0.33 |
| im allgemeinen folgsam | -0.51 | 0.23 | | | 0.20 | 0.36 |
| streitet oder schikaniert | -0.11 | | | 0.27 | 0.45 | 0.30 |
| lügt oder mogelt | -0.21 | 0.25 | | 0.21 | 0.52 | 0.43 |
| stiehlt | | | | | 0.53 | 0.30 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig. überaktiv | | 0.34 | 0.14 | | 0.56 | 0.45 |
| ständig zappelig | | 0.19 | 0.23 | | 0.55 | 0.39 |
| leicht ablenkbar | | 0.74 | 0.15 | | 0.18 | 0.62 |
| denkt vorm Handeln | -0.21 | 0.68 | | 0.12 | 0.17 | 0.55 |
| führt Aufgaben zu Ende | | 0.75 | | | 0.17 | 0.61 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | | | 0.26 | 0.63 | | 0.47 |
| mind. einen Freund | -0.11 | | | 0.67 | | 0.47 |
| bei anderen beliebt | -0.24 | 0.14 | | 0.57 | 0.14 | 0.43 |
| wird gehänselt | | 0.21 | 0.18 | 0.56 | 0.25 | 0.45 |
| besser mit Erwachsenen | | -0.13 | | 0.49 | 0.28 | 0.34 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | 0.63 | -0.23 | -0.14 | | -0.18 | 0.51 |
| teilt gerne | 0.59 | | | -0.25 | | 0.42 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.62 | | -0.12 | | | 0.40 |
| lieb zu jüngeren | 0.53 | | | -0.24 | | 0.34 |
| hilft freiwillig | 0.69 | -0.13 | | | | 0.49 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 44.9%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.83; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 2875.79$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in der Schweiz (CH), Jungen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|--------------|-------------|-------------|--------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO+VER | PRO | HYP | PEER | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 4.70 | 2.29 | 1.98 | 1.36 | 1.14 | |
| erklärte Varianz ^c | 18.8 | 9.2 | 7.9 | 5.5 | 4.6 | |
| Rotiert: Eigenwert | 3.42 | 2.40 | 2.13 | 1.81 | 1.72 | |
| erklärte Varianz ^c | 13.7 | 9.6 | 8.5 | 7.2 | 6.9 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.49 | | | | | 0.26 |
| viele Sorgen | 0.70 | | 0.11 | 0.14 | | 0.53 |
| oft unglücklich | 0.71 | | | 0.12 | | 0.53 |
| verliert Selbstvertrauen | 0.52 | | 0.23 | 0.20 | | 0.38 |
| viele Ängste | 0.55 | | 0.17 | 0.21 | | 0.39 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.41 | -0.17 | 0.20 | | 0.18 | 0.27 |
| im allgemeinen folgsam | | -0.49 | 0.12 | -0.13 | | 0.28 |
| streitet oder schikaniert | 0.42 | -0.15 | | | 0.18 | 0.24 |
| lügt oder mogelt | 0.52 | -0.23 | 0.18 | -0.24 | 0.20 | 0.45 |
| stiehlt | 0.53 | -0.11 | | -0.39 | 0.18 | 0.49 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, überaktiv | 0.15 | | 0.32 | | 0.77 | 0.72 |
| ständig zappelig | 0.20 | | 0.18 | | 0.83 | 0.76 |
| leicht ablenkbar | 0.22 | | 0.75 | | 0.24 | 0.67 |
| denkt vorm Handeln | 0.16 | -0.25 | 0.66 | | | 0.53 |
| führt Aufgaben zu Ende | | -0.11 | 0.79 | | 0.13 | 0.65 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | 0.40 | | -0.21 | 0.52 | | 0.48 |
| mind. einen Freund | | | 0.13 | 0.50 | | 0.28 |
| bei anderen beliebt | 0.18 | -0.27 | 0.15 | 0.54 | | 0.42 |
| wird gehänselt | 0.55 | 0.13 | 0.14 | 0.39 | | 0.49 |
| besser mit Erwachsenen | 0.23 | | -0.11 | 0.50 | | 0.33 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | -0.13 | 0.71 | -0.16 | | | 0.55 |
| teilt gerne | | 0.56 | | -0.32 | | 0.43 |
| hilfsbereit wenn krank | | 0.67 | | -0.16 | | 0.48 |
| lieb zu jüngeren | | 0.36 | | -0.34 | -0.40 | 0.41 |
| hilft freiwillig | | 0.68 | | | | 0.48 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 45.9%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.81; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 2614.83$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Tschechien (CZ), beide Geschlechter

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|--------------|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | PRO | EMO | VER | HYP | PEE | |
| Anfang: Eigenwert | 5.25 | 2.73 | 1.66 | 1.24 | 1.06 | |
| erklärte Varianz ^c | 21.0 | 10.9 | 6.7 | 5.0 | 4.2 | |
| Rotiert: Eigenwert | 3.25 | 2.60 | 2.49 | 1.97 | 1.62 | |
| erklärte Varianz ^c | 13.0 | 10.4 | 10.0 | 7.9 | 6.5 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | | 0.56 | 0.16 | | 0.15 | 0.37 |
| viele Sorgen | | 0.68 | | -0.35 | | 0.59 |
| oft unglücklich | | 0.62 | 0.14 | | 0.17 | 0.44 |
| verliert Selbstvertrauen | | 0.56 | | 0.35 | 0.20 | 0.50 |
| viele Ängste | 0.13 | 0.51 | 0.14 | 0.15 | 0.30 | 0.41 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | -0.32 | 0.52 | 0.22 | | -0.28 | 0.50 |
| im allgemeinen folgsam | -0.60 | 0.21 | | 0.24 | -0.17 | 0.50 |
| streitet oder schikaniert | -0.24 | | 0.64 | | 0.10 | 0.49 |
| lügt oder mogelt | -0.34 | 0.16 | 0.52 | 0.13 | -0.18 | 0.46 |
| stiehlt | -0.11 | | 0.57 | | 0.16 | 0.38 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, überaktiv | -0.17 | 0.29 | 0.49 | 0.31 | -0.18 | 0.48 |
| ständig zappelig | -0.13 | 0.43 | 0.54 | 0.16 | | 0.53 |
| leicht ablenkbar | | 0.25 | 0.44 | 0.46 | -0.14 | 0.50 |
| denkt vorm Handeln | -0.30 | | 0.12 | 0.69 | | 0.58 |
| führt Aufgaben zu Ende | -0.35 | 0.11 | 0.18 | 0.62 | | 0.55 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | | 0.16 | | | 0.48 | 0.26 |
| mind. einen Freund | -0.26 | 0.12 | | | 0.63 | 0.49 |
| bei anderen beliebt | -0.38 | 0.14 | 0.12 | 0.11 | 0.58 | 0.53 |
| wird gehänselt | | 0.11 | 0.62 | | 0.40 | 0.56 |
| besser mit Erwachsenen | 0.10 | 0.20 | 0.19 | -0.48 | 0.13 | 0.33 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | 0.69 | | -0.12 | -0.10 | | 0.51 |
| teilt gerne | 0.62 | | -0.15 | -0.12 | | 0.44 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.62 | 0.16 | -0.13 | -0.14 | -0.15 | 0.47 |
| lieb zu jüngeren | 0.64 | | -0.25 | | -0.13 | 0.50 |
| hilft freiwillig | 0.65 | | | -0.36 | | 0.56 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 47.7%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.88; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 5730.41$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Tschechien (CZ), Mädchen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO+HYP | PRO | VER | ? | PEE | |
| Anfang: Eigenwert | 5.12 | 2.55 | 1.87 | 1.29 | 1.07 | |
| erklärte Varianz ^c | 20.5 | 10.2 | 7.5 | 5.2 | 4.3 | |
| Rotiert: Eigenwert | 3.30 | 2.90 | 2.02 | 1.95 | 1.74 | |
| erklärte Varianz ^c | 13.2 | 11.6 | 8.1 | 7.8 | 6.9 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.49 | 0.20 | 0.29 | | 0.19 | 0.39 |
| viele Sorgen | 0.55 | 0.11 | -0.13 | -0.35 | 0.25 | 0.51 |
| oft unglücklich | 0.60 | -0.14 | | | 0.15 | 0.41 |
| verliert Selbstvertrauen | 0.60 | | | 0.10 | 0.30 | 0.47 |
| viele Ängste | 0.52 | | 0.16 | -0.15 | 0.25 | 0.38 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.62 | -0.18 | | 0.12 | -0.23 | 0.49 |
| im allgemeinen folgsam | 0.34 | -0.60 | | 0.16 | -0.15 | 0.52 |
| streitet oder schikaniert | 0.13 | -0.24 | 0.56 | -0.17 | | 0.43 |
| lügt oder mogelt | 0.24 | -0.28 | 0.54 | 0.23 | -0.24 | 0.53 |
| stiehlt | | | 0.69 | 0.19 | 0.12 | 0.52 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, überaktiv | 0.57 | -0.19 | 0.25 | 0.20 | -0.18 | 0.49 |
| ständig zappelig | 0.57 | | 0.38 | | | 0.49 |
| leicht ablenkbar | 0.51 | -0.13 | 0.16 | 0.35 | -0.14 | 0.45 |
| denkt vorm Handeln | 0.15 | -0.23 | | 0.64 | | 0.49 |
| führt Aufgaben zu Ende | 0.33 | -0.30 | 0.10 | 0.55 | | 0.51 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | | 0.16 | | | 0.55 | 0.34 |
| mind. einen Freund | | -0.26 | 0.18 | | 0.65 | 0.53 |
| bei anderen beliebt | 0.12 | -0.36 | 0.17 | | 0.61 | 0.55 |
| wird gehänselt | 0.19 | | 0.61 | -0.18 | 0.28 | 0.54 |
| besser mit Erwachsenen | 0.21 | | 0.14 | -0.58 | | 0.41 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | -0.19 | 0.60 | | -0.23 | | 0.45 |
| teilt gerne | | 0.70 | | | | 0.50 |
| hilfsbereit wenn krank | | 0.65 | -0.14 | -0.27 | | 0.52 |
| lieb zu jüngeren | | 0.62 | -0.26 | | -0.11 | 0.48 |
| hilft freiwillig | | 0.47 | | -0.51 | -0.20 | 0.52 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 47.7%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.83; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 2923.13$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Tschechien (CZ), Jungen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|--------------|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | PRO | VER+HYP | EMO | ? | PEER | |
| Anfang: Eigenwert | 5.41 | 2.77 | 1.61 | 1.17 | 1.08 | |
| erklärte Varianz ^c | 21.6 | 11.1 | 6.4 | 4.7 | 4.3 | |
| Rotiert: Eigenwert | 3.57 | 3.00 | 2.31 | 1.69 | 1.46 | |
| erklärte Varianz ^c | 14.3 | 12.0 | 9.3 | 6.8 | 5.8 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.10 | 0.18 | 0.53 | | 0.18 | 0.35 |
| viele Sorgen | | | 0.62 | -0.41 | -0.12 | 0.57 |
| oft unglücklich | | 0.17 | 0.64 | | 0.15 | 0.47 |
| verliert Selbstvertrauen | | 0.25 | 0.53 | 0.35 | 0.12 | 0.49 |
| viele Ängste | 0.11 | | 0.62 | 0.24 | 0.18 | 0.49 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | -0.29 | 0.39 | 0.40 | | -0.23 | 0.46 |
| im allgemeinen folgsam | -0.57 | 0.22 | | 0.23 | -0.22 | 0.48 |
| streitet oder schikaniert | -0.34 | 0.59 | | -0.17 | | 0.49 |
| lügt oder mogelt | -0.32 | 0.54 | 0.15 | | -0.12 | 0.43 |
| stiehlt | -0.20 | 0.44 | 0.31 | -0.21 | | 0.37 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig. überaktiv | | 0.69 | | 0.22 | | 0.54 |
| ständig zappelig | -0.10 | 0.69 | 0.27 | | | 0.57 |
| leicht ablenkbar | | 0.65 | | 0.34 | | 0.55 |
| denkt vorm Handeln | -0.39 | 0.26 | | 0.62 | | 0.60 |
| führt Aufgaben zu Ende | -0.41 | 0.27 | | 0.53 | | 0.53 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | | | 0.12 | | 0.58 | 0.36 |
| mind. einen Freund | -0.35 | | 0.32 | | 0.43 | 0.42 |
| bei anderen beliebt | -0.44 | | 0.12 | 0.17 | 0.55 | 0.55 |
| wird gehänselt | | 0.44 | 0.21 | | 0.46 | 0.45 |
| besser mit Erwachsenen | 0.20 | 0.12 | | -0.46 | 0.37 | 0.40 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | 0.67 | -0.16 | | | | 0.49 |
| teilt gerne | 0.62 | -0.17 | 0.16 | -0.12 | -0.11 | 0.46 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.64 | | | | -0.10 | 0.43 |
| lieb zu jüngeren | 0.68 | -0.19 | | | | 0.51 |
| hilft freiwillig | 0.69 | | | -0.31 | 0.11 | 0.58 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 48.1%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.88; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 3036.93$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Deutschland (DE), beide Geschlechter

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO | PRO | HYP | PEE | VER | |
| Anfang: Eigenwert | 5.30 | 2.23 | 1.72 | 1.24 | 1.17 | |
| erklärte Varianz ^c | 21.2 | 8.9 | 6.9 | 4.9 | 4.7 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.68 | 2.63 | 2.60 | 2.03 | 1.71 | |
| erklärte Varianz ^c | 10.7 | 10.5 | 10.4 | 8.1 | 6.8 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.55 | | | | | 0.32 |
| viele Sorgen | 0.66 | | 0.18 | 0.28 | | 0.57 |
| oft unglücklich | 0.74 | | | 0.18 | 0.15 | 0.61 |
| verliert Selbstvertrauen | 0.58 | | 0.23 | 0.25 | | 0.46 |
| viele Ängste | 0.71 | | | 0.23 | | 0.57 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.40 | -0.29 | 0.20 | -0.15 | 0.34 | 0.42 |
| im allgemeinen folgsam | 0.14 | -0.55 | 0.12 | -0.22 | | 0.39 |
| streitet oder schikaniert | 0.11 | -0.22 | | | 0.62 | 0.45 |
| lügt oder mogelt | 0.13 | -0.21 | 0.27 | | 0.60 | 0.49 |
| stiehlt | | | | 0.13 | 0.73 | 0.56 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, überaktiv | 0.10 | | 0.74 | | | 0.57 |
| ständig zappelig | 0.14 | | 0.69 | 0.10 | 0.17 | 0.54 |
| leicht ablenkbar | 0.20 | -0.17 | 0.71 | | 0.14 | 0.59 |
| denkt vorm Handeln | | -0.39 | 0.55 | | 0.10 | 0.47 |
| führt Aufgaben zu Ende | 0.12 | -0.32 | 0.66 | | | 0.56 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | 0.34 | | | 0.56 | | 0.44 |
| mind. einen Freund | | | 0.14 | 0.59 | | 0.39 |
| bei anderen beliebt | 0.14 | -0.28 | 0.13 | 0.55 | | 0.42 |
| wird gehänselt | 0.30 | | 0.13 | 0.42 | 0.37 | 0.43 |
| besser mit Erwachsenen | | | | 0.58 | 0.11 | 0.36 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | -0.13 | 0.63 | -0.15 | | -0.20 | 0.48 |
| teilt gerne | | 0.56 | | -0.29 | | 0.40 |
| hilfsbereit wenn krank | | 0.63 | | -0.19 | | 0.43 |
| lieb zu jüngeren | | 0.49 | | -0.24 | | 0.31 |
| hilft freiwillig | | 0.63 | -0.15 | | | 0.42 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 46.6%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.86; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 5819.19$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Deutschland (DE), Mädchen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO+PEE | PRO | HYP | ? | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 4.82 | 2.09 | 1.71 | 1.28 | 1.27 | |
| erklärte Varianz ^c | 19.3 | 8.4 | 6.8 | 5.1 | 5.1 | |
| Rotiert: Eigenwert | 3.06 | 2.29 | 2.22 | 1.82 | 1.77 | |
| erklärte Varianz ^c | 12.2 | 9.2 | 8.9 | 7.3 | 7.1 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.44 | | | -0.22 | 0.11 | 0.26 |
| viele Sorgen | 0.68 | -0.12 | | 0.20 | 0.17 | 0.56 |
| oft unglücklich | 0.72 | -0.11 | 0.11 | | | 0.56 |
| verliert Selbstvertrauen | 0.63 | | 0.24 | 0.10 | | 0.47 |
| viele Ängste | 0.74 | | | | | 0.56 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.29 | -0.43 | 0.17 | -0.10 | 0.25 | 0.37 |
| im allgemeinen folgsam | | -0.66 | 0.13 | | | 0.46 |
| streitet oder schikaniert | | -0.15 | 0.16 | 0.22 | 0.47 | 0.32 |
| lügt oder mogelt | | -0.18 | 0.53 | 0.17 | | 0.35 |
| stiehlt | -0.13 | | 0.45 | 0.36 | 0.12 | 0.37 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, überaktiv | 0.12 | | 0.19 | -0.11 | 0.75 | 0.62 |
| ständig zappelig | 0.11 | | 0.10 | | 0.78 | 0.64 |
| leicht ablenkbar | 0.23 | | 0.73 | -0.11 | 0.16 | 0.63 |
| denkt vorm Handeln | | -0.33 | 0.56 | | | 0.44 |
| führt Aufgaben zu Ende | 0.21 | -0.22 | 0.66 | | 0.10 | 0.54 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | 0.49 | | -0.16 | 0.35 | | 0.40 |
| mind. einen Freund | 0.35 | | -0.22 | 0.32 | 0.30 | 0.37 |
| bei anderen beliebt | 0.38 | -0.20 | | 0.44 | | 0.38 |
| wird gehänselt | 0.37 | 0.18 | 0.34 | 0.34 | | 0.40 |
| besser mit Erwachsenen | | 0.15 | | 0.58 | 0.15 | 0.39 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | -0.12 | 0.69 | -0.15 | | -0.11 | 0.53 |
| teilt gerne | | 0.36 | | -0.50 | | 0.39 |
| hilfsbereit wenn krank | -0.13 | 0.51 | | -0.35 | -0.20 | 0.44 |
| lieb zu jüngeren | | 0.28 | -0.14 | -0.45 | 0.10 | 0.31 |
| hilft freiwillig | | 0.61 | -0.12 | -0.10 | | 0.40 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 44.7%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.82; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 2712.87$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Deutschland (DE), Jungen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | HYP | EMO | PRO | PEE | VER | |
| Anfang: Eigenwert | 5.65 | 2.45 | 1.73 | 1.34 | 1.16 | |
| erklärte Varianz ^c | 22.6 | 9.8 | 6.9 | 5.4 | 4.6 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.82 | 2.80 | 2.57 | 2.13 | 2.01 | |
| erklärte Varianz ^c | 11.3 | 11.2 | 10.3 | 8.5 | 8.1 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | | 0.55 | | | | 0.32 |
| viele Sorgen | 0.24 | 0.69 | | 0.21 | | 0.59 |
| oft unglücklich | 0.11 | 0.74 | | 0.15 | 0.17 | 0.62 |
| verliert Selbstvertrauen | 0.21 | 0.59 | -0.12 | 0.22 | 0.17 | 0.48 |
| viele Ängste | | 0.67 | | 0.26 | 0.21 | 0.56 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.25 | 0.34 | -0.22 | -0.10 | 0.46 | 0.45 |
| im allgemeinen folgsam | 0.21 | | -0.45 | | 0.20 | 0.29 |
| streitet oder schikaniert | | 0.15 | -0.24 | | 0.63 | 0.49 |
| lügt oder mogelt | 0.30 | 0.12 | -0.11 | | 0.64 | 0.52 |
| stiehlt | | 0.14 | 0.17 | 0.15 | 0.69 | 0.54 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, überaktiv | 0.75 | 0.24 | | | | 0.62 |
| ständig zappelig | 0.71 | 0.28 | 0.12 | | 0.12 | 0.62 |
| leicht ablenkbar | 0.69 | 0.20 | -0.14 | 0.19 | 0.18 | 0.60 |
| denkt vorm Handeln | 0.61 | | -0.33 | 0.16 | 0.18 | 0.55 |
| führt Aufgaben zu Ende | 0.63 | | -0.31 | 0.16 | | 0.54 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | | 0.37 | | 0.57 | -0.11 | 0.48 |
| mind. einen Freund | 0.13 | | | 0.70 | 0.12 | 0.53 |
| bei anderen beliebt | 0.18 | | -0.20 | 0.63 | | 0.49 |
| wird gehänselt | | 0.32 | 0.11 | 0.51 | 0.35 | 0.51 |
| besser mit Erwachsenen | | 0.24 | | 0.55 | | 0.37 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | -0.26 | 0.10 | 0.51 | -0.10 | -0.34 | 0.46 |
| teilt gerne | | | 0.64 | -0.11 | | 0.43 |
| hilfsbereit wenn krank | | | 0.69 | | | 0.49 |
| lieb zu jüngeren | | | 0.58 | | | 0.36 |
| hilft freiwillig | -0.18 | | 0.64 | | | 0.44 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 49.3%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.85; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 3301.15$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Griechenland (EL), beide Geschlechter

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | PRO | EMO | HYP | ? | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 4.35 | 2.55 | 1.63 | 1.28 | 1.19 | |
| erklärte Varianz ^c | 17.4 | 10.2 | 6.5 | 5.1 | 4.8 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.69 | 2.53 | 2.08 | 1.96 | 1.74 | |
| erklärte Varianz ^c | 10.8 | 10.1 | 8.3 | 7.8 | 7.0 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | | 0.53 | | 0.11 | -0.11 | 0.31 |
| viele Sorgen | 0.10 | 0.57 | | 0.28 | | 0.42 |
| oft unglücklich | | 0.68 | 0.17 | | | 0.50 |
| verliert Selbstvertrauen | | 0.50 | 0.40 | 0.23 | | 0.47 |
| viele Ängste | | 0.53 | | 0.12 | 0.14 | 0.32 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | | 0.39 | 0.34 | 0.40 | | 0.43 |
| im allgemeinen folgsam | -0.42 | | 0.33 | 0.16 | -0.18 | 0.35 |
| streitet oder schikaniert | -0.11 | 0.19 | 0.15 | 0.39 | 0.28 | 0.31 |
| lügt oder mogelt | | | 0.39 | 0.19 | 0.56 | 0.51 |
| stiehlt | -0.18 | | | | 0.66 | 0.48 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, überaktiv | | | | 0.83 | | 0.69 |
| ständig zappelig | | 0.29 | | 0.76 | | 0.67 |
| leicht ablenkbar | | 0.28 | 0.59 | 0.27 | | 0.50 |
| denkt vorm Handeln | -0.27 | | 0.65 | | | 0.50 |
| führt Aufgaben zu Ende | -0.20 | | 0.71 | | 0.17 | 0.58 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | | 0.57 | | -0.22 | 0.24 | 0.43 |
| mind. einen Freund | -0.48 | 0.19 | -0.17 | | 0.29 | 0.39 |
| bei anderen beliebt | -0.45 | 0.16 | | | 0.40 | 0.39 |
| wird gehänselt | | 0.17 | | | 0.67 | 0.48 |
| besser mit Erwachsenen | | 0.35 | -0.30 | 0.15 | 0.10 | 0.25 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | 0.59 | | -0.12 | | | 0.38 |
| teilt gerne | 0.59 | | | | | 0.35 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.66 | | -0.12 | | | 0.46 |
| lieb zu jüngeren | 0.57 | | | | -0.13 | 0.35 |
| hilft freiwillig | 0.65 | | -0.22 | | | 0.47 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 44.0%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.83; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 4429.70$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Griechenland (EL), Mädchen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | PRO | EMO | HYP | ? | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 4.12 | 2.50 | 1.58 | 1.37 | 1.23 | |
| erklärte Varianz ^c | 16.5 | 10.0 | 6.3 | 5.5 | 4.9 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.54 | 2.44 | 2.30 | 1.82 | 1.71 | |
| erklärte Varianz ^c | 10.2 | 9.8 | 9.2 | 7.3 | 6.8 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | | 0.47 | 0.13 | 0.16 | | 0.27 |
| viele Sorgen | | 0.53 | 0.14 | 0.26 | | 0.38 |
| oft unglücklich | | 0.64 | 0.26 | | 0.11 | 0.49 |
| verliert Selbstvertrauen | | 0.40 | 0.45 | 0.22 | | 0.43 |
| viele Ängste | | 0.51 | | 0.14 | 0.12 | 0.30 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | | 0.35 | 0.39 | 0.38 | | 0.42 |
| im allgemeinen folgsam | -0.43 | -0.16 | 0.30 | 0.22 | | 0.36 |
| streitet oder schikaniert | -0.11 | 0.25 | 0.18 | 0.31 | 0.29 | 0.29 |
| lügt oder mogelt | 0.16 | | 0.44 | | 0.48 | 0.45 |
| stiehlt | | | | | 0.66 | 0.46 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, überaktiv | | | | 0.80 | | 0.66 |
| ständig zappelig | | 0.30 | 0.13 | 0.75 | | 0.68 |
| leicht ablenkbar | | 0.26 | 0.65 | 0.15 | | 0.52 |
| denkt vorm Handeln | -0.30 | | 0.63 | | | 0.50 |
| führt Aufgaben zu Ende | -0.20 | | 0.72 | | 0.15 | 0.58 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | | 0.66 | | -0.30 | | 0.55 |
| mind. einen Freund | -0.42 | 0.20 | -0.19 | | 0.41 | 0.42 |
| bei anderen beliebt | -0.38 | 0.12 | 0.12 | | 0.39 | 0.32 |
| wird gehänselt | | 0.10 | | | 0.70 | 0.51 |
| besser mit Erwachsenen | | 0.45 | -0.21 | 0.15 | | 0.27 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | 0.61 | | | | | 0.38 |
| teilt gerne | 0.62 | | | | | 0.39 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.70 | | | | 0.10 | 0.51 |
| lieb zu jüngeren | 0.44 | | | | -0.15 | 0.22 |
| hilft freiwillig | 0.62 | | -0.25 | | | 0.46 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 43.2%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.80; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 2537.24$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Griechenland (EL), Jungen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | PRO | HYP | HYP | PEE | EMO | |
| Anfang: Eigenwert | 4.80 | 2.61 | 1.76 | 1.27 | 1.16 | |
| erklärte Varianz ^c | 19.2 | 10.4 | 7.1 | 5.1 | 4.6 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.78 | 2.68 | 2.22 | 1.97 | 1.94 | |
| erklärte Varianz ^c | 11.1 | 10.7 | 8.9 | 7.9 | 7.8 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | -0.19 | 0.18 | | | 0.60 | 0.43 |
| viele Sorgen | 0.13 | 0.47 | | 0.22 | 0.32 | 0.40 |
| oft unglücklich | | 0.15 | | 0.17 | 0.75 | 0.63 |
| verliert Selbstvertrauen | | 0.42 | 0.30 | | 0.47 | 0.50 |
| viele Ängste | | 0.21 | 0.16 | 0.34 | 0.42 | 0.37 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | | 0.53 | 0.26 | | 0.31 | 0.45 |
| im allgemeinen folgsam | -0.32 | 0.20 | 0.44 | -0.18 | -0.18 | 0.40 |
| streitet oder schikaniert | -0.22 | 0.54 | | 0.12 | | 0.36 |
| lügt oder mogelt | | 0.35 | 0.33 | 0.48 | -0.16 | 0.49 |
| stiehlt | -0.38 | 0.14 | | 0.51 | | 0.43 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig. überaktiv | | 0.76 | | | | 0.59 |
| ständig zappelig | | 0.73 | 0.12 | 0.10 | 0.20 | 0.60 |
| leicht ablenkbar | | 0.48 | 0.48 | | 0.19 | 0.51 |
| denkt vorm Handeln | -0.14 | | 0.67 | | 0.18 | 0.51 |
| führt Aufgaben zu Ende | -0.13 | 0.15 | 0.70 | 0.12 | | 0.55 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | | | | 0.52 | 0.32 | 0.38 |
| mind. einen Freund | -0.54 | | | 0.29 | | 0.38 |
| bei anderen beliebt | -0.58 | | | 0.40 | | 0.50 |
| wird gehänselt | | | 0.17 | 0.66 | 0.22 | 0.53 |
| besser mit Erwachsenen | | 0.16 | -0.19 | 0.43 | | 0.25 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | 0.46 | | -0.39 | | | 0.36 |
| teilt gerne | 0.41 | | -0.36 | -0.17 | 0.15 | 0.36 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.58 | | -0.34 | | | 0.46 |
| lieb zu jüngeren | 0.78 | -0.11 | 0.11 | | | 0.65 |
| hilft freiwillig | 0.65 | | -0.23 | | -0.21 | 0.53 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 46.4%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.82; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 2209.77$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Spanien (ES), beide Geschlechter

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | HYP | PRO | EMO | VER | PEE | |
| Anfang: Eigenwert | 4.34 | 2.24 | 1.91 | 1.36 | 1.23 | |
| erklärte Varianz ^c | 17.4 | 8.9 | 7.6 | 5.4 | 4.9 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.70 | 2.53 | 2.07 | 2.01 | 1.75 | |
| erklärte Varianz ^c | 10.8 | 10.1 | 8.3 | 8.1 | 7.0 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | | | 0.47 | 0.23 | -0.26 | 0.36 |
| viele Sorgen | 0.11 | 0.18 | 0.54 | 0.25 | | 0.40 |
| oft unglücklich | | | 0.40 | 0.53 | 0.21 | 0.50 |
| verliert Selbstvertrauen | 0.39 | | 0.51 | 0.16 | 0.20 | 0.48 |
| viele Ängste | | | 0.64 | | | 0.43 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.25 | -0.20 | 0.17 | 0.61 | -0.11 | 0.51 |
| im allgemeinen folgsam | 0.20 | -0.41 | | 0.42 | -0.22 | 0.43 |
| streitet oder schikaniert | | | 0.16 | 0.61 | 0.13 | 0.42 |
| lügt oder mogelt | 0.27 | -0.13 | | 0.59 | 0.19 | 0.48 |
| stiehlt | 0.11 | | -0.14 | 0.21 | 0.58 | 0.42 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig. überaktiv | 0.78 | 0.20 | | | | 0.65 |
| ständig zappelig | 0.75 | 0.19 | | | | 0.61 |
| leicht ablenkbar | 0.60 | -0.23 | 0.29 | 0.15 | | 0.52 |
| denkt vorm Handeln | 0.59 | -0.38 | | 0.17 | | 0.52 |
| führt Aufgaben zu Ende | 0.59 | -0.36 | 0.14 | 0.11 | 0.12 | 0.52 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | -0.11 | -0.18 | 0.48 | | 0.30 | 0.37 |
| mind. einen Freund | | -0.39 | 0.12 | | 0.40 | 0.34 |
| bei anderen beliebt | 0.15 | -0.27 | | | 0.55 | 0.41 |
| wird gehänselt | | | 0.15 | 0.39 | 0.51 | 0.44 |
| besser mit Erwachsenen | | | 0.46 | | 0.43 | 0.41 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | -0.16 | 0.59 | | -0.12 | -0.14 | 0.41 |
| teilt gerne | | 0.49 | -0.16 | | | 0.28 |
| hilfsbereit wenn krank | | 0.62 | | | | 0.39 |
| lieb zu jüngeren | | 0.42 | 0.19 | -0.14 | -0.30 | 0.32 |
| hilft freiwillig | -0.14 | 0.66 | | | | 0.47 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 44.3%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.79; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 2522.33$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Spanien (ES), Mädchen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|--------------|-------------|--------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | VER+HYP | EMO | PRO | ? | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 4.34 | 2.18 | 1.82 | 1.42 | 1.36 | |
| erklärte Varianz ^c | 17.4 | 8.7 | 7.3 | 5.7 | 5.4 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.61 | 2.58 | 2.14 | 1.93 | 1.85 | |
| erklärte Varianz ^c | 10.5 | 10.3 | 8.5 | 7.7 | 7.4 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.24 | 0.31 | | 0.12 | | 0.18 |
| viele Sorgen | | 0.57 | 0.11 | 0.17 | | 0.38 |
| oft unglücklich | | 0.72 | | | | 0.53 |
| verliert Selbstvertrauen | 0.15 | 0.55 | | | 0.49 | 0.57 |
| viele Ängste | | 0.48 | | | 0.22 | 0.29 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.61 | 0.29 | -0.16 | 0.15 | -0.25 | 0.57 |
| im allgemeinen folgsam | 0.63 | | | | | 0.41 |
| streitet oder schikaniert | 0.13 | 0.56 | -0.21 | 0.11 | -0.18 | 0.41 |
| lügt oder mogelt | 0.47 | 0.15 | | | 0.43 | 0.43 |
| stiehlt | | | | | 0.64 | 0.42 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, überaktiv | 0.12 | | 0.10 | 0.83 | | 0.73 |
| ständig zappelig | | 0.11 | | 0.85 | | 0.75 |
| leicht ablenkbar | 0.45 | 0.33 | | 0.27 | 0.31 | 0.49 |
| denkt vorm Handeln | 0.72 | | | 0.16 | 0.16 | 0.57 |
| führt Aufgaben zu Ende | 0.56 | | | 0.16 | 0.43 | 0.54 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | -0.12 | 0.47 | -0.22 | -0.20 | 0.18 | 0.36 |
| mind. einen Freund | | 0.12 | -0.53 | | | 0.30 |
| bei anderen beliebt | | | -0.56 | 0.26 | 0.34 | 0.50 |
| wird gehänselt | 0.11 | 0.35 | -0.17 | -0.18 | 0.39 | 0.34 |
| besser mit Erwachsenen | -0.26 | 0.41 | -0.14 | 0.32 | 0.32 | 0.46 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | -0.26 | | 0.45 | 0.11 | -0.29 | 0.36 |
| teilt gerne | | | 0.55 | | 0.20 | 0.34 |
| hilfsbereit wenn krank | -0.25 | | 0.50 | 0.11 | | 0.34 |
| lieb zu jüngeren | | | 0.64 | | | 0.42 |
| hilft freiwillig | -0.47 | | 0.39 | 0.13 | | 0.40 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 44.4%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.74; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 1411.62$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Spanien (ES), Jungen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|--------------|-------------|-------------|--------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | HYP | PRO | VER | PEE | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 4.42 | 2.37 | 1.99 | 1.47 | 1.30 | |
| erklärte Varianz ^c | 17.7 | 9.5 | 8.0 | 5.9 | 5.2 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.80 | 2.45 | 2.42 | 2.29 | 1.59 | |
| erklärte Varianz ^c | 11.2 | 9.8 | 9.7 | 9.2 | 6.4 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | | | 0.63 | | -0.27 | 0.48 |
| viele Sorgen | 0.33 | 0.15 | 0.18 | 0.40 | -0.29 | 0.41 |
| oft unglücklich | 0.18 | | 0.26 | 0.49 | | 0.35 |
| verliert Selbstvertrauen | 0.46 | | 0.36 | 0.24 | | 0.40 |
| viele Ängste | | | 0.63 | | -0.22 | 0.46 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.30 | -0.11 | 0.57 | 0.16 | 0.11 | 0.47 |
| im allgemeinen folgsam | 0.30 | -0.48 | 0.21 | | 0.16 | 0.40 |
| streitet oder schikaniert | | | 0.52 | 0.15 | 0.22 | 0.34 |
| lügt oder mogelt | 0.15 | | 0.59 | | 0.42 | 0.55 |
| stiehlt | | 0.13 | | 0.29 | 0.63 | 0.50 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, überaktiv | 0.84 | | | | | 0.72 |
| ständig zappelig | 0.83 | | | | -0.10 | 0.71 |
| leicht ablenkbar | 0.50 | -0.11 | 0.43 | | 0.10 | 0.46 |
| denkt vorm Handeln | 0.52 | -0.35 | 0.17 | | 0.19 | 0.46 |
| führt Aufgaben zu Ende | 0.44 | -0.25 | 0.35 | 0.11 | 0.20 | 0.43 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | | -0.17 | | 0.54 | -0.23 | 0.38 |
| mind. einen Freund | -0.12 | -0.36 | | 0.49 | 0.20 | 0.43 |
| bei anderen beliebt | | -0.17 | | 0.54 | 0.33 | 0.44 |
| wird gehänselt | 0.14 | | | 0.65 | 0.20 | 0.48 |
| besser mit Erwachsenen | | | 0.19 | 0.53 | | 0.33 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | -0.20 | 0.68 | | -0.16 | | 0.53 |
| teilt gerne | | 0.57 | | -0.31 | 0.17 | 0.45 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.14 | 0.64 | | 0.10 | | 0.44 |
| lieb zu jüngeren | | 0.31 | | | -0.56 | 0.41 |
| hilft freiwillig | | 0.67 | -0.14 | 0.10 | -0.17 | 0.51 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 46.2%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.76; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 1376.94$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Frankreich (FR), beide Geschlechter

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|--------------|--------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO | PRO | HYP | ? | PEE | |
| Anfang: Eigenwert | 4.30 | 2.33 | 2.02 | 1.40 | 1.23 | |
| erklärte Varianz ^c | 17.2 | 9.3 | 8.1 | 5.6 | 4.9 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.47 | 2.41 | 2.36 | 2.35 | 1.69 | |
| erklärte Varianz ^c | 9.9 | 9.7 | 9.4 | 9.4 | 6.8 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.41 | | 0.10 | | -0.27 | 0.27 |
| viele Sorgen | 0.74 | | | | | 0.56 |
| oft unglücklich | 0.54 | | 0.13 | | 0.14 | 0.34 |
| verliert Selbstvertrauen | 0.56 | | 0.21 | | 0.24 | 0.42 |
| viele Ängste | 0.67 | | | | | 0.45 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.31 | -0.18 | 0.17 | 0.59 | -0.12 | 0.51 |
| im allgemeinen folgsam | | -0.40 | 0.35 | 0.25 | | 0.35 |
| streitet oder schikaniert | | | | 0.62 | 0.18 | 0.43 |
| lügt oder mogelt | | -0.11 | 0.40 | 0.28 | 0.42 | 0.44 |
| stiehlt | | | 0.26 | | 0.57 | 0.40 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, überaktiv | | | 0.22 | 0.78 | | 0.66 |
| ständig zappelig | | | 0.31 | 0.67 | | 0.55 |
| leicht ablenkbar | 0.31 | | 0.71 | 0.20 | 0.12 | 0.65 |
| denkt vorm Handeln | | -0.25 | 0.63 | 0.22 | | 0.51 |
| führt Aufgaben zu Ende | 0.14 | | 0.75 | 0.10 | 0.17 | 0.63 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | 0.46 | -0.15 | -0.32 | | 0.30 | 0.43 |
| mind. einen Freund | | -0.13 | | | 0.55 | 0.32 |
| bei anderen beliebt | 0.23 | -0.35 | | 0.16 | 0.38 | 0.34 |
| wird gehänselt | 0.35 | 0.11 | | 0.25 | 0.46 | 0.41 |
| besser mit Erwachsenen | 0.27 | | -0.35 | 0.28 | | 0.27 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | | 0.56 | -0.13 | | | 0.34 |
| teilt gerne | | 0.51 | | | -0.40 | 0.42 |
| hilfsbereit wenn krank | | 0.74 | | | | 0.56 |
| lieb zu jüngeren | | 0.54 | 0.12 | -0.35 | -0.15 | 0.46 |
| hilft freiwillig | | 0.73 | -0.12 | | | 0.55 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 45.1%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.79; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 2945.89$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Frankreich (FR), Mädchen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|--------------|-------------|--------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | PRO | EMO | HYP | ? | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 3.84 | 2.53 | 1.98 | 1.55 | 1.24 | |
| erklärte Varianz ^c | 15.3 | 10.1 | 7.9 | 6.2 | 4.9 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.62 | 2.51 | 2.36 | 2.34 | 1.32 | |
| erklärte Varianz ^c | 10.5 | 10.0 | 9.4 | 9.4 | 5.3 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.15 | 0.22 | | 0.14 | 0.68 | 0.56 |
| viele Sorgen | | 0.67 | | 0.10 | 0.29 | 0.54 |
| oft unglücklich | | 0.48 | 0.29 | 0.11 | 0.33 | 0.44 |
| verliert Selbstvertrauen | | 0.71 | 0.15 | | -0.29 | 0.61 |
| viele Ängste | | 0.70 | | 0.10 | -0.12 | 0.52 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | | 0.15 | 0.15 | 0.67 | 0.29 | 0.58 |
| im allgemeinen folgsam | -0.37 | | 0.31 | 0.32 | 0.10 | 0.36 |
| streitet oder schikaniert | | 0.18 | | 0.46 | -0.31 | 0.36 |
| lügt oder mogelt | -0.21 | 0.11 | 0.43 | 0.29 | -0.14 | 0.34 |
| stiehlt | -0.15 | -0.19 | 0.36 | -0.17 | 0.37 | 0.35 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, überaktiv | | 0.11 | | 0.77 | | 0.61 |
| ständig zappelig | 0.13 | | 0.14 | 0.70 | | 0.53 |
| leicht ablenkbar | 0.14 | 0.32 | 0.70 | 0.23 | | 0.67 |
| denkt vorm Handeln | -0.18 | | 0.65 | 0.18 | | 0.51 |
| führt Aufgaben zu Ende | | 0.13 | 0.81 | | | 0.68 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | -0.18 | 0.51 | -0.16 | -0.19 | 0.14 | 0.37 |
| mind. einen Freund | -0.27 | | | -0.14 | 0.29 | 0.19 |
| bei anderen beliebt | -0.54 | 0.20 | | 0.14 | 0.15 | 0.38 |
| wird gehänselt | | 0.37 | | 0.20 | 0.13 | 0.20 |
| besser mit Erwachsenen | | 0.28 | -0.36 | 0.23 | | 0.27 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | 0.46 | | | | | 0.22 |
| teilt gerne | 0.66 | -0.11 | | 0.10 | | 0.47 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.68 | | | | | 0.47 |
| lieb zu jüngeren | 0.58 | | | -0.23 | -0.14 | 0.42 |
| hilft freiwillig | 0.67 | | -0.16 | | | 0.47 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 44.6%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.72; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 1564.90$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Frankreich (FR), Jungen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | HYP | EMO+PEE | PRO | ? | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 4.73 | 2.24 | 2.13 | 1.39 | 1.35 | |
| erklärte Varianz ^c | 18.9 | 9.0 | 8.5 | 5.6 | 5.4 | |
| Rotiert: Eigenwert | 3.08 | 2.67 | 2.50 | 1.91 | 1.69 | |
| erklärte Varianz ^c | 12.3 | 10.7 | 10.0 | 7.6 | 6.8 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | | 0.12 | | 0.23 | 0.38 | 0.23 |
| viele Sorgen | | 0.63 | | | | 0.40 |
| oft unglücklich | | 0.48 | | 0.21 | 0.25 | 0.34 |
| verliert Selbstvertrauen | 0.32 | 0.53 | | | 0.26 | 0.46 |
| viele Ängste | 0.16 | 0.60 | | -0.11 | | 0.40 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.28 | 0.26 | | 0.56 | 0.13 | 0.47 |
| im allgemeinen folgsam | 0.45 | -0.16 | -0.38 | 0.13 | | 0.39 |
| streitet oder schikaniert | | | | 0.72 | 0.17 | 0.56 |
| lügt oder mogelt | 0.30 | 0.16 | -0.16 | 0.21 | 0.63 | 0.58 |
| stiehlt | | 0.14 | -0.15 | | 0.73 | 0.58 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, überaktiv | 0.66 | | | 0.50 | -0.10 | 0.71 |
| ständig zappelig | 0.65 | | | 0.39 | -0.10 | 0.61 |
| leicht ablenkbar | 0.74 | 0.22 | | | 0.21 | 0.66 |
| denkt vorm Handeln | 0.61 | | -0.21 | 0.18 | 0.16 | 0.48 |
| führt Aufgaben zu Ende | 0.78 | | -0.11 | -0.11 | 0.14 | 0.66 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | -0.30 | 0.60 | -0.23 | | -0.14 | 0.53 |
| mind. einen Freund | | 0.25 | -0.37 | -0.16 | | 0.23 |
| bei anderen beliebt | 0.14 | 0.44 | -0.32 | | | 0.33 |
| wird gehänselt | | 0.59 | | 0.14 | 0.17 | 0.40 |
| besser mit Erwachsenen | | 0.42 | | 0.20 | -0.47 | 0.43 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | -0.21 | | 0.61 | | | 0.42 |
| teilt gerne | | -0.18 | 0.54 | | -0.16 | 0.35 |
| hilfsbereit wenn krank | | | 0.76 | | | 0.59 |
| lieb zu jüngeren | | | 0.45 | -0.57 | -0.13 | 0.55 |
| hilft freiwillig | | | 0.69 | | | 0.49 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 47.4%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.77; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 1675.32$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Ungarn (HU), beide Geschlechter

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO | PRO | HYP | ? | PEE | |
| Anfang: Eigenwert | 4.57 | 2.35 | 1.68 | 1.30 | 1.19 | |
| erklärte Varianz ^c | 18.3 | 9.4 | 6.7 | 5.2 | 4.8 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.61 | 2.59 | 2.23 | 1.99 | 1.67 | |
| erklärte Varianz ^c | 10.4 | 10.4 | 8.9 | 8.0 | 6.7 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.63 | | | | | 0.42 |
| viele Sorgen | 0.70 | | | | | 0.49 |
| oft unglücklich | 0.71 | | | | 0.19 | 0.56 |
| verliert Selbstvertrauen | 0.42 | | 0.46 | | 0.22 | 0.44 |
| viele Ängste | 0.51 | | 0.24 | | 0.30 | 0.41 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.53 | -0.22 | 0.21 | 0.33 | | 0.48 |
| im allgemeinen folgsam | 0.14 | -0.45 | 0.31 | 0.30 | | 0.41 |
| streitet oder schikaniert | 0.19 | -0.36 | -0.15 | 0.31 | | 0.29 |
| lügt oder mogelt | | -0.16 | 0.31 | 0.40 | | 0.29 |
| stiehlt | -0.12 | | | 0.46 | 0.17 | 0.26 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, überaktiv | 0.24 | | 0.16 | 0.73 | | 0.62 |
| ständig zappelig | 0.13 | | 0.16 | 0.77 | | 0.64 |
| leicht ablenkbar | 0.29 | | 0.71 | | | 0.60 |
| denkt vorm Handeln | | -0.35 | 0.53 | 0.27 | | 0.48 |
| führt Aufgaben zu Ende | 0.10 | -0.13 | 0.74 | 0.10 | | 0.58 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | 0.39 | -0.19 | | | 0.42 | 0.37 |
| mind. einen Freund | | -0.16 | | | 0.61 | 0.40 |
| bei anderen beliebt | | -0.28 | 0.32 | | 0.48 | 0.43 |
| wird gehänselt | | | 0.28 | 0.12 | 0.59 | 0.45 |
| besser mit Erwachsenen | 0.15 | 0.16 | -0.12 | | 0.52 | 0.33 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | | 0.55 | -0.23 | -0.17 | -0.12 | 0.40 |
| teilt gerne | -0.11 | 0.63 | | | | 0.43 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.22 | 0.55 | | | -0.11 | 0.38 |
| lieb zu jüngeren | | 0.59 | | | | 0.36 |
| hilft freiwillig | | 0.70 | -0.19 | | 0.12 | 0.54 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 44.3%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.84; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 4845.62$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Ungarn (HU), Mädchen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO | PRO | HYP | ? | PEE | |
| Anfang: Eigenwert | 4.56 | 2.30 | 1.67 | 1.33 | 1.20 | |
| erklärte Varianz ^c | 18.3 | 9.2 | 6.7 | 5.3 | 4.8 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.80 | 2.61 | 2.20 | 1.79 | 1.66 | |
| erklärte Varianz ^c | 11.2 | 10.5 | 8.8 | 7.2 | 6.6 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.57 | | 0.17 | | | 0.36 |
| viele Sorgen | 0.67 | | | | | 0.47 |
| oft unglücklich | 0.75 | | 0.12 | | 0.16 | 0.61 |
| verliert Selbstvertrauen | 0.40 | | 0.47 | -0.15 | 0.25 | 0.47 |
| viele Ängste | 0.45 | | 0.25 | | 0.39 | 0.43 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.59 | -0.26 | 0.19 | 0.20 | | 0.49 |
| im allgemeinen folgsam | 0.19 | -0.47 | 0.30 | 0.24 | -0.13 | 0.42 |
| streitet oder schikaniert | 0.28 | -0.37 | | 0.20 | | 0.27 |
| lügt oder mogelt | -0.12 | -0.18 | 0.35 | 0.40 | 0.14 | 0.35 |
| stiehlt | -0.17 | | | 0.53 | 0.18 | 0.34 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, überaktiv | 0.33 | | 0.11 | 0.72 | | 0.64 |
| ständig zappelig | 0.25 | | | 0.74 | -0.11 | 0.64 |
| leicht ablenkbar | 0.31 | | 0.67 | | | 0.57 |
| denkt vorm Handeln | 0.10 | -0.38 | 0.52 | 0.17 | | 0.46 |
| führt Aufgaben zu Ende | 0.21 | -0.19 | 0.71 | | | 0.60 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | 0.43 | -0.16 | | -0.13 | 0.36 | 0.36 |
| mind. einen Freund | | -0.22 | -0.21 | | 0.48 | 0.32 |
| bei anderen beliebt | | -0.24 | 0.29 | | 0.49 | 0.38 |
| wird gehänselt | | 0.10 | 0.28 | | 0.64 | 0.50 |
| besser mit Erwachsenen | 0.16 | 0.11 | -0.20 | 0.11 | 0.52 | 0.36 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | | 0.58 | -0.23 | -0.11 | -0.15 | 0.43 |
| teilt gerne | -0.12 | 0.67 | | | | 0.47 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.19 | 0.50 | | 0.13 | | 0.31 |
| lieb zu jüngeren | | 0.54 | | | | 0.30 |
| hilft freiwillig | | 0.69 | -0.20 | | | 0.52 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 44.2%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.83; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 3154.15$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Ungarn (HU), Jungen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | VER+HYP | PRO | EMO | PEE | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 4.78 | 2.17 | 1.84 | 1.39 | 1.25 | |
| erklärte Varianz ^c | 19.1 | 8.7 | 7.3 | 5.6 | 5.0 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.89 | 2.58 | 2.33 | 2.02 | 1.60 | |
| erklärte Varianz ^c | 11.6 | 10.3 | 9.3 | 8.1 | 6.4 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | | | 0.57 | | | 0.35 |
| viele Sorgen | | | 0.63 | | | 0.42 |
| oft unglücklich | 0.20 | | 0.29 | 0.56 | | 0.44 |
| verliert Selbstvertrauen | 0.18 | | 0.59 | 0.15 | 0.23 | 0.45 |
| viele Ängste | | -0.12 | 0.65 | 0.15 | | 0.46 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.53 | -0.11 | 0.31 | | 0.16 | 0.43 |
| im allgemeinen folgsam | 0.41 | -0.43 | | | 0.22 | 0.41 |
| streitet oder schikaniert | 0.38 | -0.20 | -0.17 | 0.28 | -0.22 | 0.34 |
| lügt oder mogelt | 0.53 | -0.17 | | | | 0.31 |
| stiehlt | 0.39 | | | | -0.38 | 0.31 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, überaktiv | 0.76 | | | | 0.10 | 0.59 |
| ständig zappelig | 0.76 | | | | | 0.61 |
| leicht ablenkbar | 0.26 | -0.15 | 0.42 | | 0.57 | 0.61 |
| denkt vorm Handeln | 0.50 | -0.33 | | | 0.43 | 0.54 |
| führt Aufgaben zu Ende | 0.27 | | | 0.14 | 0.68 | 0.57 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | | -0.18 | 0.47 | 0.43 | -0.20 | 0.49 |
| mind. einen Freund | | | -0.19 | 0.72 | | 0.57 |
| bei anderen beliebt | | -0.36 | 0.16 | 0.55 | 0.29 | 0.55 |
| wird gehänselt | 0.34 | | 0.20 | 0.51 | | 0.41 |
| besser mit Erwachsenen | | 0.21 | 0.13 | 0.47 | | 0.29 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | -0.27 | 0.51 | | | -0.16 | 0.37 |
| teilt gerne | -0.17 | 0.58 | -0.11 | | 0.30 | 0.47 |
| hilfsbereit wenn krank | | 0.60 | 0.22 | -0.15 | | 0.44 |
| lieb zu jüngeren | | 0.68 | -0.12 | | | 0.48 |
| hilft freiwillig | | 0.70 | | | -0.12 | 0.52 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 45.7%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.81; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 1981.99$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in den Niederlanden (NL), beide Geschlechter

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | HYP | EMO | PRO | PEE | VER | |
| Anfang: Eigenwert | 5.11 | 2.23 | 1.85 | 1.33 | 1.25 | |
| erklärte Varianz ^c | 20.5 | 8.9 | 7.4 | 5.3 | 5.0 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.75 | 2.59 | 2.53 | 1.96 | 1.95 | |
| erklärte Varianz ^c | 11.0 | 10.3 | 10.1 | 7.8 | 7.8 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | | 0.62 | | -0.22 | 0.12 | 0.44 |
| viele Sorgen | 0.10 | 0.73 | | 0.21 | 0.12 | 0.61 |
| oft unglücklich | 0.11 | 0.61 | | 0.13 | 0.19 | 0.44 |
| verliert Selbstvertrauen | 0.25 | 0.69 | -0.11 | 0.19 | | 0.59 |
| viele Ängste | | 0.64 | | 0.23 | | 0.47 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.26 | 0.33 | -0.24 | | 0.37 | 0.38 |
| im allgemeinen folgsam | 0.29 | | -0.47 | -0.15 | 0.38 | 0.48 |
| streitet oder schikaniert | | 0.12 | | 0.23 | 0.50 | 0.32 |
| lügt oder mogelt | 0.24 | 0.12 | -0.14 | | 0.65 | 0.52 |
| stiehlt | | | | | 0.69 | 0.48 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, überaktiv | 0.74 | | | | | 0.57 |
| ständig zappelig | 0.63 | 0.15 | | 0.20 | | 0.47 |
| leicht ablenkbar | 0.78 | 0.16 | | | | 0.65 |
| denkt vorm Handeln | 0.58 | | -0.32 | | 0.25 | 0.50 |
| führt Aufgaben zu Ende | 0.68 | | -0.25 | | 0.12 | 0.54 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | | 0.30 | -0.19 | 0.56 | -0.16 | 0.47 |
| mind. einen Freund | | | -0.17 | 0.61 | | 0.40 |
| bei anderen beliebt | 0.12 | | -0.25 | 0.55 | 0.26 | 0.45 |
| wird gehänselt | 0.10 | 0.28 | 0.12 | 0.48 | 0.34 | 0.45 |
| besser mit Erwachsenen | 0.12 | 0.12 | | 0.50 | 0.15 | 0.31 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | -0.23 | | 0.63 | | -0.31 | 0.54 |
| teilt gerne | | | 0.52 | -0.22 | -0.11 | 0.34 |
| hilfsbereit wenn krank | | | 0.70 | -0.14 | | 0.51 |
| lieb zu jüngeren | | | 0.49 | -0.27 | | 0.32 |
| hilft freiwillig | | | 0.71 | 0.11 | | 0.53 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 47.1%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.85; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 6428.08$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in den Niederlanden (NL), Mädchen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | HYP | EMO | PRO | VER | PEE | |
| Anfang: Eigenwert | 5.17 | 2.11 | 1.79 | 1.40 | 1.21 | |
| erklärte Varianz ^c | 20.7 | 8.4 | 7.2 | 5.6 | 4.8 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.76 | 2.63 | 2.61 | 1.89 | 1.80 | |
| erklärte Varianz ^c | 11.0 | 10.5 | 10.4 | 7.6 | 7.2 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | | 0.61 | -0.12 | | -0.18 | 0.43 |
| viele Sorgen | 0.12 | 0.72 | | 0.12 | 0.15 | 0.57 |
| oft unglücklich | 0.16 | 0.55 | | 0.19 | 0.12 | 0.38 |
| verliert Selbstvertrauen | 0.27 | 0.69 | | | 0.14 | 0.58 |
| viele Ängste | | 0.63 | | 0.10 | 0.11 | 0.43 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.17 | 0.30 | -0.36 | 0.40 | | 0.41 |
| im allgemeinen folgsam | 0.31 | | -0.59 | 0.17 | | 0.48 |
| streitet oder schikaniert | | | -0.13 | 0.57 | 0.21 | 0.39 |
| lügt oder mogelt | 0.33 | 0.12 | -0.21 | 0.62 | | 0.55 |
| stiehlt | | | | 0.69 | | 0.49 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, überaktiv | 0.69 | 0.10 | | 0.11 | | 0.50 |
| ständig zappelig | 0.53 | 0.17 | | | 0.12 | 0.33 |
| leicht ablenkbar | 0.79 | 0.21 | | | | 0.68 |
| denkt vorm Handeln | 0.59 | | -0.32 | 0.20 | | 0.49 |
| führt Aufgaben zu Ende | 0.75 | | -0.22 | | | 0.62 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | -0.10 | 0.41 | -0.16 | | 0.42 | 0.39 |
| mind. einen Freund | | | | | 0.74 | 0.55 |
| bei anderen beliebt | 0.18 | | -0.24 | 0.18 | 0.63 | 0.52 |
| wird gehänselt | | 0.36 | 0.12 | 0.39 | 0.28 | 0.38 |
| besser mit Erwachsenen | | 0.17 | | 0.17 | 0.43 | 0.25 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | -0.22 | | 0.66 | -0.22 | | 0.55 |
| teilt gerne | | | 0.52 | -0.18 | -0.12 | 0.32 |
| hilfsbereit wenn krank | | | 0.65 | 0.11 | -0.24 | 0.50 |
| lieb zu jüngeren | | | 0.41 | -0.14 | -0.42 | 0.36 |
| hilft freiwillig | | | 0.70 | 0.19 | | 0.53 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 46.8%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.84; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 3364.37$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in den Niederlanden (NL), Jungen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | HYP | EMO | PRO | PEE | VER | |
| Anfang: Eigenwert | 5.13 | 2.38 | 1.99 | 1.31 | 1.21 | |
| erklärte Varianz ^c | 20.5 | 9.5 | 7.9 | 5.3 | 4.9 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.77 | 2.72 | 2.41 | 2.11 | 2.02 | |
| erklärte Varianz ^c | 11.1 | 10.9 | 9.6 | 8.4 | 8.1 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | | 0.52 | | -0.16 | | 0.31 |
| viele Sorgen | 0.10 | 0.75 | | 0.22 | | 0.64 |
| oft unglücklich | 0.11 | 0.66 | | 0.14 | 0.16 | 0.49 |
| verliert Selbstvertrauen | 0.21 | 0.68 | -0.15 | 0.19 | | 0.57 |
| viele Ängste | | 0.69 | | 0.22 | | 0.53 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.34 | 0.37 | -0.18 | 0.12 | 0.30 | 0.39 |
| im allgemeinen folgsam | 0.33 | | -0.34 | | 0.51 | 0.49 |
| streitet oder schikaniert | | 0.23 | | 0.25 | 0.34 | 0.24 |
| lügt oder mogelt | 0.15 | 0.14 | | | 0.71 | 0.56 |
| stiehlt | | | | 0.12 | 0.71 | 0.52 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, überaktiv | 0.77 | 0.11 | | | | 0.62 |
| ständig zappelig | 0.69 | 0.20 | | 0.17 | | 0.56 |
| leicht ablenkbar | 0.74 | 0.14 | | | 0.13 | 0.59 |
| denkt vorm Handeln | 0.61 | | -0.31 | | 0.24 | 0.53 |
| führt Aufgaben zu Ende | 0.57 | | -0.22 | | 0.28 | 0.46 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | | 0.32 | -0.19 | 0.57 | -0.17 | 0.50 |
| mind. einen Freund | | | -0.22 | 0.54 | 0.12 | 0.35 |
| bei anderen beliebt | 0.14 | | -0.22 | 0.64 | 0.17 | 0.50 |
| wird gehänselt | 0.11 | 0.28 | 0.13 | 0.56 | 0.29 | 0.51 |
| besser mit Erwachsenen | 0.18 | 0.12 | 0.11 | 0.59 | | 0.40 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | -0.22 | | 0.57 | | -0.41 | 0.54 |
| teilt gerne | | | 0.52 | -0.27 | | 0.36 |
| hilfsbereit wenn krank | | | 0.70 | | | 0.51 |
| lieb zu jüngeren | | | 0.55 | -0.15 | 0.11 | 0.34 |
| hilft freiwillig | | | 0.70 | | | 0.51 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 48.1%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.84; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 3336.35$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Polen (PL), beide Geschlechter

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|--------------|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | PRO | EMO | HYP | PEE | VER | |
| Anfang: Eigenwert | 4.80 | 2.66 | 1.60 | 1.27 | 1.13 | |
| erklärte Varianz ^c | 19.2 | 10.6 | 6.4 | 5.1 | 4.5 | |
| Rotiert: Eigenwert | 3.09 | 2.81 | 2.02 | 1.76 | 1.76 | |
| erklärte Varianz ^c | 12.4 | 11.2 | 8.1 | 7.1 | 7.0 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.10 | 0.49 | 0.14 | | | 0.28 |
| viele Sorgen | | 0.74 | | | | 0.57 |
| oft unglücklich | | 0.65 | | | 0.26 | 0.50 |
| verliert Selbstvertrauen | -0.16 | 0.63 | 0.21 | | | 0.47 |
| viele Ängste | | 0.44 | 0.13 | 0.17 | 0.20 | 0.29 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | -0.18 | 0.44 | 0.45 | -0.14 | | 0.46 |
| im allgemeinen folgsam | -0.53 | | 0.34 | | | 0.40 |
| streitet oder schikaniert | | 0.15 | 0.16 | | 0.60 | 0.41 |
| lügt oder mogelt | -0.24 | | 0.29 | | 0.52 | 0.43 |
| stiehlt | | | | | 0.77 | 0.62 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, überaktiv | | 0.15 | 0.75 | | 0.16 | 0.62 |
| ständig zappelig | | 0.29 | 0.64 | | 0.20 | 0.54 |
| leicht ablenkbar | -0.22 | 0.44 | 0.47 | | | 0.48 |
| denkt vorm Handeln | -0.59 | | | | | 0.36 |
| führt Aufgaben zu Ende | -0.47 | 0.12 | 0.32 | 0.13 | | 0.35 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | | 0.50 | | 0.43 | | 0.44 |
| mind. einen Freund | -0.20 | | | 0.65 | | 0.47 |
| bei anderen beliebt | -0.30 | 0.25 | | 0.53 | 0.13 | 0.45 |
| wird gehänselt | 0.13 | 0.31 | | 0.32 | 0.52 | 0.48 |
| besser mit Erwachsenen | 0.41 | | 0.27 | 0.50 | | 0.50 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | 0.49 | | -0.27 | -0.34 | | 0.44 |
| teilt gerne | 0.41 | | | -0.45 | | 0.39 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.69 | | -0.12 | -0.23 | | 0.55 |
| lieb zu jüngeren | 0.59 | | | -0.20 | -0.17 | 0.43 |
| hilft freiwillig | 0.70 | -0.13 | 0.14 | | | 0.53 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 45.8%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.86; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 4882.27$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Polen (PL), Mädchen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO | PRO | VER | PEE | HYP | |
| Anfang: Eigenwert | 4.61 | 2.73 | 1.64 | 1.33 | 1.10 | |
| erklärte Varianz ^c | 18.4 | 10.9 | 6.6 | 5.3 | 4.4 | |
| Rotiert: Eigenwert | 3.12 | 3.06 | 1.75 | 1.75 | 1.74 | |
| erklärte Varianz ^c | 12.5 | 12.2 | 7.0 | 7.0 | 7.0 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.50 | 0.14 | | | 0.14 | 0.29 |
| viele Sorgen | 0.72 | | | 0.13 | | 0.54 |
| oft unglücklich | 0.69 | -0.11 | 0.15 | 0.10 | | 0.53 |
| verliert Selbstvertrauen | 0.70 | -0.16 | | | | 0.53 |
| viele Ängste | 0.51 | | | 0.19 | | 0.31 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.52 | -0.12 | 0.10 | -0.24 | 0.31 | 0.46 |
| im allgemeinen folgsam | | -0.49 | | -0.19 | 0.33 | 0.39 |
| streitet oder schikaniert | 0.14 | | 0.57 | 0.20 | 0.17 | 0.41 |
| lügt oder mogelt | 0.11 | -0.27 | 0.63 | | | 0.49 |
| stiehlt | | | 0.74 | | | 0.56 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, überaktiv | 0.25 | | 0.29 | | 0.63 | 0.55 |
| ständig zappelig | 0.38 | | 0.23 | | 0.56 | 0.52 |
| leicht ablenkbar | 0.46 | -0.17 | 0.14 | | 0.46 | 0.47 |
| denkt vorm Handeln | | -0.48 | | | 0.28 | 0.31 |
| führt Aufgaben zu Ende | | -0.32 | -0.16 | 0.14 | 0.64 | 0.56 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | 0.47 | | | 0.43 | | 0.41 |
| mind. einen Freund | | -0.23 | -0.11 | 0.70 | | 0.56 |
| bei anderen beliebt | 0.23 | -0.37 | 0.17 | 0.55 | | 0.53 |
| wird gehänselt | 0.29 | | 0.37 | 0.49 | | 0.46 |
| besser mit Erwachsenen | | 0.25 | | 0.48 | | 0.30 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | | 0.58 | | -0.14 | -0.16 | 0.39 |
| teilt gerne | | 0.52 | 0.19 | -0.17 | | 0.35 |
| hilfsbereit wenn krank | | 0.72 | | | | 0.54 |
| lieb zu jüngeren | | 0.66 | -0.12 | | | 0.46 |
| hilft freiwillig | -0.12 | 0.68 | -0.13 | 0.13 | 0.15 | 0.53 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 45.7%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.83; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 2733.93$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Polen (PL), Jungen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|--------------|-------------|-------------|--------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | HYP | PRO | ? | EMO | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 5.15 | 2.48 | 1.56 | 1.24 | 1.21 | |
| erklärte Varianz ^c | 20.6 | 9.9 | 6.3 | 5.0 | 4.8 | |
| Rotiert: Eigenwert | 3.09 | 2.79 | 2.03 | 1.99 | 1.75 | |
| erklärte Varianz ^c | 12.4 | 11.2 | 8.1 | 7.9 | 7.0 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.23 | | 0.17 | 0.28 | | 0.16 |
| viele Sorgen | 0.33 | | 0.16 | 0.59 | -0.17 | 0.52 |
| oft unglücklich | 0.20 | | 0.49 | 0.43 | | 0.47 |
| verliert Selbstvertrauen | 0.48 | | | 0.44 | -0.10 | 0.44 |
| viele Ängste | 0.23 | | 0.33 | 0.33 | 0.11 | 0.28 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.61 | 0.12 | 0.17 | 0.19 | -0.14 | 0.47 |
| im allgemeinen folgsam | 0.39 | 0.47 | | -0.15 | -0.23 | 0.45 |
| streitet oder schikaniert | 0.23 | | 0.55 | | | 0.37 |
| lügt oder mogelt | 0.49 | | 0.42 | | -0.12 | 0.43 |
| stiehlt | | | 0.79 | | -0.12 | 0.64 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig. überaktiv | 0.74 | 0.16 | | | 0.10 | 0.60 |
| ständig zappelig | 0.69 | 0.16 | 0.19 | | | 0.54 |
| leicht ablenkbar | 0.69 | | | 0.20 | -0.19 | 0.55 |
| denkt vorm Handeln | 0.22 | 0.18 | | 0.12 | -0.64 | 0.50 |
| führt Aufgaben zu Ende | 0.33 | 0.41 | | | -0.35 | 0.42 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | | 0.14 | | 0.72 | | 0.54 |
| mind. einen Freund | -0.10 | 0.54 | | 0.39 | | 0.45 |
| bei anderen beliebt | | 0.55 | | 0.34 | | 0.42 |
| wird gehänselt | | | 0.63 | 0.29 | | 0.49 |
| besser mit Erwachsenen | | | | 0.14 | 0.63 | 0.43 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | -0.27 | -0.61 | | | | 0.44 |
| teilt gerne | | -0.67 | | | | 0.46 |
| hilfsbereit wenn krank | -0.15 | -0.68 | | | 0.30 | 0.58 |
| lieb zu jüngeren | | -0.53 | -0.20 | 0.12 | 0.27 | 0.41 |
| hilft freiwillig | | -0.32 | | -0.16 | 0.66 | 0.57 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 46.6%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.85; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 2381.95$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Großbritannien (UK), beide Geschlechter

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | PRO | HYP | EMO | PEE | VER | |
| Anfang: Eigenwert | 5.49 | 2.50 | 1.98 | 1.33 | 1.28 | |
| erklärte Varianz ^c | 22.0 | 10.0 | 7.9 | 5.3 | 5.1 | |
| Rotiert: Eigenwert | 3.12 | 2.80 | 2.69 | 2.19 | 1.78 | |
| erklärte Varianz ^c | 12.5 | 11.2 | 10.7 | 8.7 | 7.1 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | | 0.13 | 0.56 | | 0.23 | 0.39 |
| viele Sorgen | -0.12 | 0.12 | 0.75 | 0.21 | | 0.63 |
| oft unglücklich | | | 0.70 | 0.12 | 0.11 | 0.52 |
| verliert Selbstvertrauen | | 0.18 | 0.59 | 0.27 | -0.23 | 0.51 |
| viele Ängste | | | 0.65 | 0.25 | | 0.49 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | -0.37 | 0.22 | 0.43 | | 0.36 | 0.50 |
| im allgemeinen folgsam | -0.60 | 0.19 | 0.16 | | 0.24 | 0.49 |
| streitet oder schikaniert | -0.11 | | | | 0.64 | 0.43 |
| lügt oder mogelt | -0.24 | 0.33 | 0.12 | 0.14 | 0.52 | 0.47 |
| stiehlt | | 0.15 | | | 0.75 | 0.59 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, überaktiv | | 0.77 | | 0.17 | | 0.63 |
| ständig zappelig | | 0.69 | 0.13 | 0.20 | | 0.54 |
| leicht ablenkbar | -0.13 | 0.78 | 0.18 | -0.12 | | 0.66 |
| denkt vorm Handeln | -0.31 | 0.54 | | | 0.28 | 0.47 |
| führt Aufgaben zu Ende | -0.29 | 0.66 | 0.11 | | 0.19 | 0.57 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | -0.16 | | 0.18 | 0.54 | | 0.36 |
| mind. einen Freund | | | | 0.64 | | 0.44 |
| bei anderen beliebt | -0.25 | | 0.11 | 0.68 | | 0.54 |
| wird gehänselt | 0.11 | 0.15 | 0.39 | 0.45 | 0.13 | 0.41 |
| besser mit Erwachsenen | | | 0.20 | 0.59 | 0.15 | 0.41 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | 0.72 | | -0.15 | | | 0.56 |
| teilt gerne | 0.61 | | | -0.25 | | 0.43 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.73 | | | -0.22 | | 0.59 |
| lieb zu jüngeren | 0.61 | | | -0.20 | -0.16 | 0.44 |
| hilft freiwillig | 0.65 | -0.26 | | | | 0.50 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 50.3%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.84; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 3363.13$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Großbritannien (UK), Mädchen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | PRO+VER | EMO+PEE | HYP | ? | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 5.59 | 2.97 | 1.95 | 1.38 | 1.17 | |
| erklärte Varianz ^c | 22.4 | 11.9 | 7.8 | 5.5 | 4.7 | |
| Rotiert: Eigenwert | 3.54 | 3.27 | 2.72 | 1.96 | 1.57 | |
| erklärte Varianz ^c | 14.1 | 13.1 | 10.9 | 7.8 | 6.3 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | | 0.54 | 0.19 | 0.32 | | 0.43 |
| viele Sorgen | 0.10 | 0.73 | 0.13 | 0.11 | 0.18 | 0.61 |
| oft unglücklich | | 0.66 | | 0.30 | | 0.54 |
| verliert Selbstvertrauen | | 0.62 | 0.20 | -0.22 | 0.14 | 0.50 |
| viele Ängste | | 0.72 | | | | 0.53 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.43 | 0.26 | 0.24 | 0.41 | | 0.48 |
| im allgemeinen folgsam | 0.68 | 0.12 | 0.18 | 0.11 | | 0.52 |
| streitet oder schikaniert | 0.38 | | | 0.27 | 0.15 | 0.24 |
| lügt oder mogelt | 0.31 | | 0.32 | 0.70 | | 0.70 |
| stiehlt | | | | 0.81 | | 0.66 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, überaktiv | 0.11 | | 0.78 | 0.25 | 0.18 | 0.71 |
| ständig zappelig | | 0.11 | 0.82 | | 0.18 | 0.72 |
| leicht ablenkbar | 0.19 | 0.19 | 0.75 | | -0.22 | 0.69 |
| denkt vorm Handeln | 0.44 | | 0.44 | 0.22 | | 0.45 |
| führt Aufgaben zu Ende | 0.41 | 0.12 | 0.56 | 0.19 | -0.17 | 0.56 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | | 0.17 | | | 0.65 | 0.45 |
| mind. einen Freund | 0.10 | 0.45 | -0.18 | | 0.26 | 0.32 |
| bei anderen beliebt | 0.38 | 0.46 | | | 0.43 | 0.53 |
| wird gehänselt | | 0.59 | | | 0.18 | 0.40 |
| besser mit Erwachsenen | | 0.26 | | | 0.63 | 0.47 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | -0.76 | | | | 0.13 | 0.60 |
| teilt gerne | -0.58 | | -0.11 | | | 0.35 |
| hilfsbereit wenn krank | -0.70 | 0.10 | | | -0.26 | 0.58 |
| lieb zu jüngeren | -0.51 | 0.22 | | -0.39 | -0.37 | 0.59 |
| hilft freiwillig | -0.62 | -0.15 | -0.12 | | | 0.43 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 52.2%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.80; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 1926.39$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Großbritannien (UK), Jungen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | PRO | HYP | EMO | PEE | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 5.55 | 2.31 | 2.07 | 1.48 | 1.34 | |
| erklärte Varianz ^c | 22.2 | 9.3 | 8.3 | 5.9 | 5.4 | |
| Rotiert: Eigenwert | 3.03 | 2.90 | 2.72 | 2.30 | 1.80 | |
| erklärte Varianz ^c | 12.1 | 11.6 | 10.9 | 9.2 | 7.2 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | | 0.20 | 0.45 | -0.14 | 0.14 | 0.29 |
| viele Sorgen | -0.13 | 0.16 | 0.78 | | | 0.65 |
| oft unglücklich | | | 0.65 | 0.15 | | 0.47 |
| verliert Selbstvertrauen | -0.13 | 0.17 | 0.61 | 0.24 | -0.19 | 0.52 |
| viele Ängste | | 0.11 | 0.69 | 0.16 | | 0.52 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | -0.29 | 0.32 | 0.38 | | 0.28 | 0.41 |
| im allgemeinen folgsam | -0.56 | 0.27 | | | 0.25 | 0.46 |
| streitet oder schikaniert | | | | | 0.79 | 0.62 |
| lügt oder mogelt | -0.18 | 0.33 | 0.13 | 0.22 | 0.31 | 0.30 |
| stiehlt | | 0.17 | | | 0.73 | 0.57 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, überaktiv | | 0.74 | 0.11 | 0.14 | | 0.58 |
| ständig zappelig | | 0.61 | 0.18 | 0.21 | | 0.45 |
| leicht ablenkbar | -0.11 | 0.77 | 0.13 | -0.10 | | 0.64 |
| denkt vorm Handeln | -0.21 | 0.58 | | | 0.33 | 0.51 |
| führt Aufgaben zu Ende | -0.23 | 0.65 | | | 0.24 | 0.54 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| meistens für sich | -0.19 | -0.11 | 0.25 | 0.55 | -0.13 | 0.43 |
| mind. einen Freund | -0.16 | 0.21 | | 0.71 | -0.10 | 0.59 |
| bei anderen beliebt | -0.19 | | | 0.70 | | 0.55 |
| wird gehänselt | | 0.14 | 0.40 | 0.42 | 0.27 | 0.44 |
| besser mit Erwachsenen | | | 0.25 | 0.61 | 0.18 | 0.47 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| rücksichtsvoll | 0.68 | -0.17 | -0.22 | | -0.12 | 0.55 |
| teilt gerne | 0.63 | | -0.15 | -0.33 | | 0.53 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.73 | | | -0.24 | | 0.60 |
| lieb zu jüngeren | 0.66 | | -0.16 | -0.10 | | 0.48 |
| hilft freiwillig | 0.71 | -0.26 | | | | 0.58 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 51.0%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.81; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 1871.15$; $p < 0.001$

SDQ-Selbstbericht: Faktorenanalysen (fünf Faktoren)

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Österreich (AT), beide Geschlechter

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO | PRO | HYP | PEE | VER | |
| Anfang: Eigenwert | 3.64 | 2.37 | 1.93 | 1.33 | 1.29 | |
| erklärte Varianz ^c | 14.6 | 9.5 | 7.7 | 5.3 | 5.2 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.55 | 2.33 | 2.17 | 1.90 | 1.61 | |
| erklärte Varianz ^c | 10.2 | 9.3 | 8.7 | 7.6 | 6.4 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.58 | | | -0.13 | 0.18 | 0.39 |
| häufig Sorgen | 0.69 | | 0.12 | 0.14 | | 0.53 |
| oft unglücklich | 0.71 | | | 0.20 | | 0.55 |
| verliere Selbstvertrauen | 0.55 | | 0.22 | 0.20 | | 0.39 |
| viele Ängste | 0.66 | | 0.12 | 0.18 | | 0.48 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.28 | | 0.19 | | 0.41 | 0.29 |
| tue, was man mir sagt | 0.16 | -0.33 | | -0.44 | 0.19 | 0.36 |
| schlage mich, zwinge andere | | -0.19 | | | 0.66 | 0.48 |
| lüge oder moegele | | | 0.20 | 0.26 | 0.53 | 0.40 |
| nehme Dinge | 0.10 | | | | 0.55 | 0.32 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | | | 0.68 | | 0.24 | 0.53 |
| dauernd in Bewegung | -0.15 | 0.23 | 0.62 | | 0.29 | 0.54 |
| lasse mich leicht ablenken | 0.20 | | 0.63 | | 0.17 | 0.47 |
| denke vorm Handeln | | -0.29 | 0.54 | -0.11 | | 0.39 |
| mache Dinge zu Ende | 0.24 | -0.24 | 0.60 | | -0.19 | 0.51 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | 0.22 | | | 0.52 | | 0.34 |
| mind. einen Freund | 0.16 | -0.23 | | 0.59 | | 0.42 |
| bei anderen beliebt | 0.20 | -0.29 | 0.17 | 0.53 | | 0.44 |
| werde gehänselt | | | | 0.62 | 0.23 | 0.46 |
| besser mit Erwachsenen | 0.27 | | -0.27 | 0.32 | 0.13 | 0.27 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | 0.13 | 0.62 | | | -0.19 | 0.44 |
| teile normalerweise | | 0.53 | | -0.20 | | 0.34 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.14 | 0.64 | | -0.15 | | 0.46 |
| nett zu jüngeren | | 0.54 | -0.10 | | | 0.31 |
| helfe freiwillig | -0.12 | 0.67 | | 0.13 | | 0.49 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 42.3%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.78; Bartlett χ^2 (df=300) = 3422.45; p < 0.001

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Österreich (AT), Mädchen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO | HYP | PRO | PEE | VER | |
| Anfang: Eigenwert | 3.52 | 2.24 | 1.84 | 1.45 | 1.28 | |
| erklärte Varianz ^c | 14.1 | 9.0 | 7.4 | 5.8 | 5.1 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.58 | 2.23 | 2.05 | 1.87 | 1.62 | |
| erklärte Varianz ^c | 10.3 | 8.9 | 8.2 | 7.5 | 6.5 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.49 | | | | 0.17 | 0.28 |
| häufig Sorgen | 0.72 | 0.13 | | | | 0.55 |
| oft unglücklich | 0.69 | | | 0.19 | | 0.52 |
| verliere Selbstvertrauen | 0.56 | 0.20 | | 0.20 | | 0.39 |
| viele Ängste | 0.64 | 0.13 | | 0.17 | -0.16 | 0.48 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.31 | 0.22 | | | 0.49 | 0.39 |
| tue, was man mir sagt | 0.15 | | -0.36 | -0.50 | | 0.41 |
| schlage mich, zwinge andere | | | | | 0.74 | 0.56 |
| lüge oder moegele | | 0.18 | | 0.38 | 0.46 | 0.40 |
| nehme Dinge | | | -0.12 | | 0.59 | 0.38 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | 0.15 | 0.68 | | | 0.17 | 0.51 |
| dauernd in Bewegung | -0.12 | 0.55 | 0.15 | | 0.17 | 0.37 |
| lasse mich leicht ablenken | 0.20 | 0.66 | | | 0.13 | 0.49 |
| denke vorm Handeln | | 0.52 | -0.29 | | | 0.37 |
| mache Dinge zu Ende | 0.19 | 0.62 | -0.11 | | -0.14 | 0.46 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | 0.20 | -0.15 | | 0.45 | 0.13 | 0.28 |
| mind. einen Freund | 0.23 | | -0.15 | 0.57 | | 0.41 |
| bei anderen beliebt | 0.19 | 0.22 | -0.29 | 0.55 | -0.11 | 0.48 |
| werde gehänselt | | 0.12 | | 0.67 | | 0.47 |
| besser mit Erwachsenen | 0.47 | -0.32 | | | | 0.33 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | | | 0.61 | | -0.18 | 0.40 |
| teile normalerweise | | | 0.52 | | -0.13 | 0.29 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.15 | | 0.58 | -0.21 | | 0.41 |
| nett zu jüngeren | | | 0.55 | | | 0.32 |
| helfe freiwillig | | | 0.60 | | -0.12 | 0.38 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 41.4%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.73; Bartlett χ^2 (df=300) = 1835.62; p < 0.001

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Österreich (AT), Jungen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | PRO | EMO | HYP | PEE | VER | |
| Anfang: Eigenwert | 4.02 | 2.42 | 1.93 | 1.31 | 1.11 | |
| erklärte Varianz ^c | 16.1 | 9.7 | 7.7 | 5.2 | 4.4 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.60 | 2.36 | 2.15 | 2.12 | 1.58 | |
| erklärte Varianz ^c | 10.4 | 9.4 | 8.6 | 8.5 | 6.3 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | | 0.55 | | | 0.30 | 0.41 |
| häufig Sorgen | | 0.61 | 0.14 | 0.22 | | 0.45 |
| oft unglücklich | | 0.49 | | 0.42 | 0.22 | 0.47 |
| verliere Selbstvertrauen | | 0.63 | 0.16 | | -0.12 | 0.44 |
| viele Ängste | | 0.58 | 0.15 | 0.22 | 0.27 | 0.49 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | | 0.27 | 0.22 | 0.17 | 0.18 | 0.19 |
| tue, was man mir sagt | -0.28 | -0.16 | 0.13 | -0.12 | 0.41 | 0.30 |
| schlage mich, zwinge andere | -0.15 | | | 0.13 | 0.68 | 0.50 |
| lüge oder moegele | | 0.33 | 0.14 | | 0.43 | 0.32 |
| nehme Dinge | | 0.16 | | | 0.51 | 0.29 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | | | 0.77 | 0.13 | 0.17 | 0.64 |
| dauernd in Bewegung | 0.23 | | 0.72 | | 0.17 | 0.60 |
| lasse mich leicht ablenken | -0.11 | 0.31 | 0.57 | | 0.12 | 0.44 |
| denke vorm Handeln | -0.33 | 0.13 | 0.51 | -0.11 | | 0.40 |
| mache Dinge zu Ende | -0.41 | 0.31 | 0.46 | | -0.18 | 0.51 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | -0.15 | 0.35 | | 0.53 | | 0.44 |
| mind. einen Freund | -0.25 | | | 0.66 | | 0.51 |
| bei anderen beliebt | -0.27 | | 0.18 | 0.65 | | 0.52 |
| werde gehänselt | | 0.27 | | 0.55 | 0.24 | 0.43 |
| besser mit Erwachsenen | 0.16 | 0.14 | -0.13 | 0.43 | | 0.25 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | 0.60 | 0.17 | | -0.14 | -0.17 | 0.44 |
| teile normalerweise | 0.54 | | | -0.27 | | 0.37 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.70 | | | -0.11 | | 0.52 |
| nett zu jüngeren | 0.54 | | | | -0.13 | 0.32 |
| helfe freiwillig | 0.72 | -0.11 | | 0.11 | | 0.54 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 43.2%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.78; Bartlett χ^2 (df=300) = 1818.40; p < 0.001

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in der Schweiz (CH), beide Geschlechter

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO | VER | PRO | PEE | HYP | |
| Anfang: Eigenwert | 3.59 | 2.42 | 2.02 | 1.43 | 1.25 | |
| erklärte Varianz ^c | 14.4 | 9.7 | 8.1 | 5.7 | 5.0 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.58 | 2.23 | 2.19 | 1.92 | 1.79 | |
| erklärte Varianz ^c | 10.3 | 8.9 | 8.8 | 7.7 | 7.2 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.53 | | | | | 0.29 |
| häufig Sorgen | 0.65 | 0.13 | 0.15 | | | 0.46 |
| oft unglücklich | 0.67 | | 0.10 | 0.17 | | 0.50 |
| verliere Selbstvertrauen | 0.61 | | | 0.14 | 0.11 | 0.40 |
| viele Ängste | 0.72 | | | 0.13 | | 0.53 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.52 | 0.16 | -0.28 | | 0.16 | 0.39 |
| tue, was man mir sagt | | 0.13 | -0.22 | | 0.27 | 0.15 |
| schlage mich, zwinge andere | 0.15 | 0.60 | -0.25 | | -0.18 | 0.48 |
| lüge oder moegele | | 0.58 | -0.19 | 0.30 | | 0.47 |
| nehme Dinge | | 0.54 | | 0.23 | | 0.35 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | 0.13 | 0.69 | | -0.12 | 0.29 | 0.59 |
| dauernd in Bewegung | | 0.66 | | -0.12 | 0.30 | 0.55 |
| lasse mich leicht ablenken | 0.22 | 0.34 | | | 0.55 | 0.48 |
| denke vorm Handeln | | | -0.20 | | 0.65 | 0.46 |
| mache Dinge zu Ende | | | | | 0.73 | 0.54 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | 0.23 | | -0.14 | 0.46 | -0.30 | 0.38 |
| mind. einen Freund | | | | 0.62 | | 0.40 |
| bei anderen beliebt | 0.20 | -0.22 | | 0.56 | 0.12 | 0.42 |
| werde gehänselt | 0.25 | | | 0.61 | | 0.45 |
| besser mit Erwachsenen | | 0.17 | 0.15 | 0.53 | -0.16 | 0.36 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | | | 0.64 | -0.14 | -0.14 | 0.46 |
| teile normalerweise | | | 0.52 | -0.19 | | 0.32 |
| hilfsbereit wenn krank | | -0.10 | 0.70 | | | 0.51 |
| nett zu jüngeren | | -0.14 | 0.52 | 0.14 | | 0.31 |
| helfe freiwillig | | 0.12 | 0.61 | | -0.23 | 0.44 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 42.8%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.77; Bartlett χ^2 (df=300) = 2114.73; p < 0.001

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in der Schweiz (CH), Mädchen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO | PEE | PRO | VER | HYP | |
| Anfang: Eigenwert | 3.45 | 2.14 | 1.96 | 1.42 | 1.33 | |
| erklärte Varianz ^c | 13.8 | 8.6 | 7.8 | 5.7 | 5.3 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.54 | 2.04 | 2.03 | 1.88 | 1.82 | |
| erklärte Varianz ^c | 10.2 | 8.2 | 8.1 | 7.5 | 7.3 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.53 | | | 0.11 | | 0.30 |
| häufig Sorgen | 0.67 | | 0.12 | 0.19 | -0.25 | 0.57 |
| oft unglücklich | 0.64 | 0.23 | | 0.22 | | 0.51 |
| verliere Selbstvertrauen | 0.55 | 0.23 | | -0.14 | 0.15 | 0.39 |
| viele Ängste | 0.70 | 0.11 | | -0.15 | | 0.53 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.59 | | -0.27 | | 0.16 | 0.45 |
| tue, was man mir sagt | | | -0.17 | 0.39 | | 0.18 |
| schlage mich, zwinge andere | 0.14 | | -0.17 | 0.57 | -0.13 | 0.40 |
| lüge oder moegele | 0.15 | 0.36 | | 0.39 | | 0.31 |
| nehme Dinge | | 0.13 | | 0.49 | | 0.26 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | 0.13 | | | 0.57 | 0.43 | 0.53 |
| dauernd in Bewegung | | | 0.13 | 0.57 | 0.43 | 0.53 |
| lasse mich leicht ablenken | 0.27 | | | 0.26 | 0.57 | 0.46 |
| denke vorm Handeln | | | -0.32 | | 0.59 | 0.46 |
| mache Dinge zu Ende | | | | | 0.65 | 0.42 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | 0.20 | 0.42 | -0.25 | | -0.11 | 0.31 |
| mind. einen Freund | | 0.61 | -0.14 | 0.14 | | 0.41 |
| bei anderen beliebt | 0.15 | 0.66 | | -0.17 | | 0.49 |
| werde gehänselt | 0.24 | 0.68 | | | 0.15 | 0.54 |
| besser mit Erwachsenen | | 0.50 | | 0.19 | -0.20 | 0.33 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | | -0.22 | 0.50 | -0.12 | -0.17 | 0.34 |
| teile normalerweise | | -0.16 | 0.53 | | 0.26 | 0.39 |
| hilfsbereit wenn krank | | | 0.70 | | | 0.50 |
| nett zu jüngeren | | | 0.45 | -0.12 | | 0.23 |
| helfe freiwillig | | | 0.66 | 0.13 | -0.17 | 0.48 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 41.2%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.70; Bartlett χ^2 (df=300) = 1120.84; p < 0.001

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in der Schweiz (CH), Jungen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO | VER | PRO | HYP | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 4.01 | 2.52 | 2.01 | 1.39 | 1.23 | |
| erklärte Varianz ^c | 16.0 | 10.1 | 8.0 | 5.6 | 4.9 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.79 | 2.29 | 2.16 | 2.10 | 1.82 | |
| erklärte Varianz ^c | 11.2 | 9.1 | 8.6 | 8.4 | 7.3 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.15 | 0.55 | | | | 0.33 |
| häufig Sorgen | 0.57 | 0.14 | 0.13 | 0.11 | 0.14 | 0.40 |
| oft unglücklich | 0.60 | 0.21 | | | | 0.42 |
| verliere Selbstvertrauen | 0.64 | | | 0.17 | | 0.45 |
| viele Ängste | 0.77 | 0.11 | | | | 0.61 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.42 | 0.18 | -0.22 | 0.21 | | 0.31 |
| tue, was man mir sagt | | | -0.48 | 0.19 | 0.16 | 0.30 |
| schlage mich, zwinge andere | 0.17 | 0.50 | -0.26 | | 0.43 | 0.53 |
| lüge oder moegele | 0.11 | 0.70 | -0.13 | 0.25 | | 0.59 |
| nehme Dinge | 0.25 | 0.56 | | | | 0.40 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | 0.15 | 0.38 | | 0.41 | 0.51 | 0.60 |
| dauernd in Bewegung | 0.12 | 0.32 | | 0.41 | 0.52 | 0.55 |
| lasse mich leicht ablenken | 0.26 | 0.29 | | 0.63 | | 0.55 |
| denke vorm Handeln | 0.25 | -0.24 | -0.26 | 0.52 | 0.13 | 0.47 |
| mache Dinge zu Ende | | | | 0.74 | -0.16 | 0.58 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | 0.45 | 0.16 | | -0.44 | -0.21 | 0.47 |
| mind. einen Freund | 0.13 | 0.23 | | 0.13 | -0.55 | 0.40 |
| bei anderen beliebt | 0.38 | -0.10 | -0.16 | | -0.45 | 0.38 |
| werde gehänselt | 0.45 | 0.29 | | -0.12 | -0.29 | 0.40 |
| besser mit Erwachsenen | 0.16 | 0.43 | 0.22 | -0.21 | -0.21 | 0.34 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | | -0.11 | 0.66 | | 0.20 | 0.51 |
| teile normalerweise | | -0.11 | 0.34 | | 0.43 | 0.33 |
| hilfsbereit wenn krank | | -0.17 | 0.66 | | | 0.48 |
| nett zu jüngeren | | | 0.56 | | -0.23 | 0.37 |
| helfe freiwillig | | 0.10 | 0.53 | -0.22 | 0.17 | 0.37 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 44.6%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.75; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 1151.11$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Tschechien (CZ), beide Geschlechter

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO+HYP | PRO | ? | ? | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 4.66 | 2.85 | 1.72 | 1.25 | 1.06 | |
| erklärte Varianz ^c | 18.6 | 11.4 | 6.9 | 5.0 | 4.3 | |
| Rotiert: Eigenwert | 3.21 | 3.12 | 1.83 | 1.75 | 1.63 | |
| erklärte Varianz ^c | 12.8 | 12.5 | 7.3 | 7.0 | 6.5 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.39 | 0.10 | 0.30 | 0.20 | | 0.30 |
| häufig Sorgen | 0.49 | 0.18 | 0.29 | | 0.21 | 0.40 |
| oft unglücklich | 0.52 | | 0.39 | 0.23 | | 0.48 |
| verliere Selbstvertrauen | 0.48 | 0.11 | 0.42 | | | 0.43 |
| viele Ängste | 0.46 | 0.16 | 0.40 | 0.25 | | 0.46 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.65 | -0.12 | | | | 0.46 |
| tue, was man mir sagt | 0.13 | -0.36 | -0.12 | 0.17 | -0.42 | 0.36 |
| schlage mich, zwinge andere | | | -0.74 | | | 0.56 |
| lüge oder moegele | 0.28 | -0.20 | | 0.61 | | 0.49 |
| nehme Dinge | 0.11 | -0.11 | | 0.76 | | 0.61 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | 0.67 | -0.18 | -0.13 | | | 0.51 |
| dauernd in Bewegung | 0.70 | -0.11 | | 0.22 | 0.16 | 0.57 |
| lasse mich leicht ablenken | 0.61 | -0.17 | 0.11 | 0.14 | -0.15 | 0.46 |
| denke vorm Handeln | 0.19 | -0.39 | 0.14 | | -0.37 | 0.35 |
| mache Dinge zu Ende | 0.36 | -0.38 | 0.32 | | -0.36 | 0.51 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | | -0.20 | 0.21 | | 0.60 | 0.45 |
| mind. einen Freund | | -0.37 | 0.38 | 0.20 | 0.32 | 0.42 |
| bei anderen beliebt | 0.12 | -0.39 | 0.42 | | 0.34 | 0.46 |
| werde gehänselt | | | 0.26 | 0.64 | 0.20 | 0.53 |
| besser mit Erwachsenen | 0.11 | 0.13 | -0.12 | | 0.59 | 0.39 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | -0.18 | 0.65 | | | | 0.46 |
| teile normalerweise | | 0.64 | | | | 0.43 |
| hilfsbereit wenn krank | | 0.72 | | | | 0.53 |
| nett zu jüngeren | | 0.54 | | -0.26 | | 0.37 |
| helfe freiwillig | | 0.69 | | | 0.26 | 0.55 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 46.2%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.86; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 5119.77$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Tschechien (CZ), Mädchen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO | PRO | PEE | HYP | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 4.46 | 2.62 | 1.87 | 1.35 | 1.10 | |
| erklärte Varianz ^c | 17.9 | 10.5 | 7.5 | 5.4 | 4.4 | |
| Rotiert: Eigenwert | 3.12 | 2.55 | 2.06 | 2.06 | 1.60 | |
| erklärte Varianz ^c | 12.5 | 10.2 | 8.3 | 8.2 | 6.4 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.61 | | 0.10 | 0.11 | | 0.40 |
| häufig Sorgen | 0.59 | 0.13 | 0.13 | 0.14 | | 0.41 |
| oft unglücklich | 0.63 | | 0.16 | 0.14 | 0.12 | 0.46 |
| verliere Selbstvertrauen | 0.68 | | | | 0.11 | 0.48 |
| viele Ängste | 0.70 | | 0.15 | 0.11 | | 0.52 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.47 | -0.15 | -0.27 | 0.37 | 0.12 | 0.46 |
| tue, was man mir sagt | 0.20 | -0.57 | -0.37 | | | 0.51 |
| schlage mich, zwinge andere | -0.25 | | -0.50 | 0.29 | -0.35 | 0.52 |
| lüge oder moegele | 0.18 | -0.23 | | 0.54 | -0.10 | 0.40 |
| nehme Dinge | | -0.16 | 0.16 | 0.61 | | 0.42 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | 0.28 | | | 0.57 | 0.34 | 0.53 |
| dauernd in Bewegung | 0.48 | | | 0.52 | | 0.51 |
| lasse mich leicht ablenken | 0.39 | | | 0.45 | 0.39 | 0.51 |
| denke vorm Handeln | | -0.28 | | 0.21 | 0.54 | 0.42 |
| mache Dinge zu Ende | 0.31 | -0.28 | | | 0.55 | 0.49 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | | | 0.59 | 0.14 | -0.14 | 0.40 |
| mind. einen Freund | 0.17 | -0.13 | 0.61 | | | 0.42 |
| bei anderen beliebt | 0.15 | -0.13 | 0.62 | | | 0.42 |
| werde gehänselt | 0.15 | | 0.44 | 0.42 | -0.16 | 0.42 |
| besser mit Erwachsenen | 0.19 | | 0.15 | 0.12 | -0.62 | 0.45 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | | 0.59 | | -0.16 | | 0.39 |
| teile normalerweise | 0.12 | 0.54 | -0.27 | | -0.10 | 0.39 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.11 | 0.65 | -0.28 | | | 0.52 |
| nett zu jüngeren | | 0.61 | | -0.11 | | 0.39 |
| helfe freiwillig | | 0.68 | | | -0.28 | 0.55 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 45.6%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.82; Bartlett χ^2 (df=300) = 2442.80; p < 0.001

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Tschechien (CZ), Jungen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | PRO | HYP | EMO | ? | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 5.03 | 2.64 | 1.62 | 1.24 | 1.14 | |
| erklärte Varianz ^c | 20.1 | 10.6 | 6.5 | 5.0 | 4.5 | |
| Rotiert: Eigenwert | 3.32 | 2.84 | 2.60 | 1.60 | 1.32 | |
| erklärte Varianz ^c | 13.3 | 11.4 | 10.4 | 6.4 | 5.3 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | | | 0.59 | | | 0.35 |
| häufig Sorgen | 0.16 | 0.24 | 0.39 | 0.19 | 0.22 | 0.32 |
| oft unglücklich | | 0.34 | 0.60 | 0.17 | 0.15 | 0.52 |
| verliere Selbstvertrauen | | 0.42 | 0.33 | | 0.31 | 0.39 |
| viele Ängste | 0.13 | 0.32 | 0.44 | | 0.28 | 0.40 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | | 0.62 | | | | 0.39 |
| tue, was man mir sagt | -0.44 | 0.19 | | -0.42 | -0.21 | 0.46 |
| schlage mich, zwinge andere | | | | | -0.81 | 0.67 |
| lüge oder mogele | -0.23 | 0.36 | 0.44 | | -0.18 | 0.41 |
| nehme Dinge | -0.15 | | 0.65 | -0.18 | -0.30 | 0.58 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | -0.12 | 0.74 | | | | 0.56 |
| dauernd in Bewegung | | 0.67 | 0.33 | 0.17 | | 0.60 |
| lasse mich leicht ablenken | -0.15 | 0.62 | 0.24 | -0.13 | | 0.49 |
| denke vorm Handeln | -0.38 | 0.31 | | -0.34 | | 0.36 |
| mache Dinge zu Ende | -0.40 | 0.45 | 0.14 | -0.28 | 0.26 | 0.52 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | -0.20 | | 0.20 | 0.62 | | 0.46 |
| mind. einen Freund | -0.49 | | 0.33 | 0.28 | | 0.44 |
| bei anderen beliebt | -0.47 | 0.23 | 0.14 | 0.41 | 0.29 | 0.55 |
| werde gehänselt | -0.15 | | 0.63 | 0.10 | 0.10 | 0.45 |
| besser mit Erwachsenen | 0.14 | | | 0.60 | -0.10 | 0.39 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | 0.61 | -0.27 | | | | 0.45 |
| teile normalerweise | 0.63 | | | -0.10 | | 0.41 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.70 | | | | | 0.50 |
| nett zu jüngeren | 0.59 | | -0.17 | | 0.21 | 0.43 |
| helfe freiwillig | 0.70 | -0.11 | | 0.25 | | 0.57 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 46.7%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.85; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 2809.60$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Deutschland (DE), beide Geschlechter

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|-------------|--------------|--------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | HYP | EMO | PRO | PEE | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 3.90 | 2.30 | 1.97 | 1.34 | 1.16 | |
| erklärte Varianz ^c | 15.6 | 9.2 | 7.9 | 5.4 | 4.6 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.41 | 2.37 | 2.24 | 2.22 | 1.44 | |
| erklärte Varianz ^c | 9.6 | 9.5 | 8.9 | 8.9 | 5.8 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | | 0.59 | | | | 0.36 |
| häufig Sorgen | | 0.69 | | 0.11 | 0.18 | 0.52 |
| oft unglücklich | | 0.69 | | 0.17 | | 0.52 |
| verliere Selbstvertrauen | 0.21 | 0.54 | | 0.21 | | 0.39 |
| viele Ängste | 0.12 | 0.59 | | 0.24 | -0.13 | 0.44 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.43 | 0.23 | | 0.18 | 0.34 | 0.39 |
| tue, was man mir sagt | 0.13 | 0.14 | -0.49 | -0.28 | 0.10 | 0.37 |
| schlage mich, zwinge andere | 0.11 | | | | 0.67 | 0.47 |
| lüge oder moegele | 0.38 | -0.16 | -0.11 | 0.44 | 0.13 | 0.39 |
| nehme Dinge | 0.13 | | -0.18 | | 0.54 | 0.34 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | 0.72 | 0.12 | | | 0.20 | 0.57 |
| dauernd in Bewegung | 0.65 | | | -0.12 | 0.24 | 0.51 |
| lasse mich leicht ablenken | 0.62 | 0.21 | -0.15 | | | 0.47 |
| denke vorm Handeln | 0.46 | | -0.31 | | -0.16 | 0.34 |
| mache Dinge zu Ende | 0.54 | 0.16 | -0.25 | | -0.24 | 0.44 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | -0.16 | 0.24 | | 0.56 | | 0.40 |
| mind. einen Freund | | 0.22 | -0.12 | 0.53 | | 0.35 |
| bei anderen beliebt | | 0.16 | -0.25 | 0.54 | -0.24 | 0.45 |
| werde gehänselt | 0.20 | | 0.12 | 0.63 | | 0.46 |
| besser mit Erwachsenen | -0.13 | 0.21 | | 0.47 | 0.28 | 0.36 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | -0.11 | 0.13 | 0.61 | -0.15 | | 0.44 |
| teile normalerweise | | | 0.39 | -0.41 | -0.12 | 0.34 |
| hilfsbereit wenn krank | | 0.14 | 0.57 | -0.25 | -0.14 | 0.44 |
| nett zu jüngeren | | | 0.60 | | -0.28 | 0.44 |
| helfe freiwillig | -0.12 | -0.12 | 0.65 | | 0.18 | 0.48 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 42.7%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.81; Bartlett χ^2 (df=300) = 4070.85; p < 0.001

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Deutschland (DE), Mädchen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO | PEE | HYP | PRO | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 4.15 | 2.26 | 2.03 | 1.24 | 1.20 | |
| erklärte Varianz ^c | 16.6 | 9.0 | 8.1 | 5.0 | 4.8 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.69 | 2.44 | 2.25 | 2.19 | 1.31 | |
| erklärte Varianz ^c | 10.8 | 9.8 | 9.0 | 8.8 | 5.2 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.56 | | | | | 0.33 |
| häufig Sorgen | 0.67 | 0.17 | | | 0.15 | 0.50 |
| oft unglücklich | 0.63 | 0.29 | 0.15 | -0.15 | | 0.52 |
| verliere Selbstvertrauen | 0.57 | 0.22 | 0.12 | | -0.21 | 0.44 |
| viele Ängste | 0.59 | 0.35 | | 0.11 | | 0.50 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.30 | | 0.48 | -0.12 | 0.21 | 0.39 |
| tue, was man mir sagt | 0.16 | -0.27 | 0.20 | -0.46 | | 0.35 |
| schlage mich, zwinge andere | | | | -0.26 | 0.66 | 0.51 |
| lüge oder moegele | | 0.31 | 0.57 | | | 0.43 |
| nehme Dinge | -0.11 | | 0.37 | | 0.41 | 0.33 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | 0.53 | -0.24 | 0.38 | | 0.26 | 0.56 |
| dauernd in Bewegung | 0.38 | -0.37 | 0.30 | | 0.32 | 0.47 |
| lasse mich leicht ablenken | 0.33 | | 0.55 | -0.13 | 0.11 | 0.44 |
| denke vorm Handeln | | | 0.60 | -0.22 | | 0.41 |
| mache Dinge zu Ende | 0.18 | | 0.60 | -0.11 | -0.22 | 0.45 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | 0.14 | 0.62 | -0.12 | | | 0.42 |
| mind. einen Freund | 0.14 | 0.58 | | | | 0.37 |
| bei anderen beliebt | 0.15 | 0.51 | 0.16 | -0.23 | -0.21 | 0.41 |
| werde gehänselt | | 0.63 | 0.27 | | 0.10 | 0.49 |
| besser mit Erwachsenen | 0.16 | 0.46 | -0.13 | -0.12 | 0.32 | 0.37 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | | | -0.17 | 0.66 | | 0.47 |
| teile normalerweise | | -0.38 | | 0.44 | | 0.35 |
| hilfsbereit wenn krank | | -0.17 | | 0.61 | -0.20 | 0.45 |
| nett zu jüngeren | | | | 0.61 | -0.17 | 0.41 |
| helfe freiwillig | -0.19 | | -0.22 | 0.57 | 0.33 | 0.51 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 43.5%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.81; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 2348.19$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Deutschland (DE), Jungen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | PEE | PRO | ? | EMO | HYP | |
| Anfang: Eigenwert | 3.79 | 2.31 | 1.81 | 1.37 | 1.18 | |
| erklärte Varianz ^c | 15.2 | 9.2 | 7.2 | 5.5 | 4.7 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.30 | 2.25 | 2.19 | 1.87 | 1.85 | |
| erklärte Varianz ^c | 9.2 | 9.0 | 8.8 | 7.5 | 7.4 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | | | | 0.64 | | 0.41 |
| häufig Sorgen | 0.20 | | | 0.63 | 0.15 | 0.47 |
| oft unglücklich | 0.20 | 0.11 | | 0.58 | | 0.40 |
| verliere Selbstvertrauen | 0.32 | 0.12 | 0.12 | 0.31 | 0.40 | 0.39 |
| viele Ängste | 0.41 | 0.22 | | | 0.36 | 0.35 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.24 | | 0.59 | 0.17 | | 0.45 |
| tue, was man mir sagt | -0.22 | -0.53 | | | | 0.35 |
| schlage mich, zwinge andere | | -0.15 | 0.53 | 0.12 | -0.29 | 0.40 |
| lüge oder moegele | 0.39 | -0.14 | 0.33 | | 0.12 | 0.30 |
| nehme Dinge | -0.18 | -0.34 | 0.37 | 0.41 | -0.17 | 0.48 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | | | 0.68 | | 0.37 | 0.61 |
| dauernd in Bewegung | | | 0.69 | | 0.25 | 0.55 |
| lasse mich leicht ablenken | | -0.10 | 0.44 | 0.19 | 0.52 | 0.52 |
| denke vorm Handeln | | -0.25 | | | 0.57 | 0.39 |
| mache Dinge zu Ende | | -0.27 | 0.11 | 0.19 | 0.60 | 0.48 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | 0.56 | | | 0.24 | | 0.37 |
| mind. einen Freund | 0.47 | -0.17 | | 0.26 | | 0.33 |
| bei anderen beliebt | 0.59 | -0.21 | | | 0.18 | 0.43 |
| werde gehänselt | 0.47 | 0.17 | 0.21 | 0.23 | | 0.35 |
| besser mit Erwachsenen | 0.45 | | 0.16 | 0.30 | -0.31 | 0.42 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | -0.17 | 0.58 | | 0.13 | | 0.40 |
| teile normalerweise | -0.48 | 0.32 | | 0.15 | | 0.36 |
| hilfsbereit wenn krank | -0.28 | 0.59 | | | | 0.43 |
| nett zu jüngeren | | 0.57 | -0.12 | | | 0.35 |
| helfe freiwillig | | 0.60 | 0.10 | | -0.30 | 0.46 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 41.8%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.76; Bartlett χ^2 (df=300) = 1936.58; p < 0.001

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Griechenland (EL), beide Geschlechter

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | PRO | EMO | ? | HYP | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 4.23 | 2.42 | 1.47 | 1.30 | 1.25 | |
| erklärte Varianz ^c | 16.9 | 9.7 | 5.9 | 5.2 | 5.0 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.54 | 2.50 | 2.20 | 1.78 | 1.65 | |
| erklärte Varianz ^c | 10.2 | 10.0 | 8.8 | 7.1 | 6.6 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | | 0.34 | 0.29 | | 0.13 | 0.23 |
| häufig Sorgen | | 0.56 | 0.32 | 0.18 | | 0.46 |
| oft unglücklich | | 0.60 | 0.28 | 0.15 | | 0.47 |
| verliere Selbstvertrauen | | 0.50 | | 0.42 | | 0.44 |
| viele Ängste | | 0.48 | 0.11 | 0.30 | 0.12 | 0.35 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | | 0.19 | 0.60 | 0.15 | | 0.42 |
| tue, was man mir sagt | -0.16 | -0.42 | 0.22 | | -0.22 | 0.30 |
| schlage mich, zwinge andere | -0.19 | | 0.52 | | 0.27 | 0.38 |
| lüge oder moegele | | 0.11 | 0.23 | | 0.68 | 0.53 |
| nehme Dinge | -0.18 | | | | 0.71 | 0.56 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | | 0.13 | 0.71 | | | 0.54 |
| dauernd in Bewegung | | 0.15 | 0.73 | 0.10 | | 0.58 |
| lasse mich leicht ablenken | | 0.20 | 0.21 | 0.69 | | 0.56 |
| denke vorm Handeln | -0.22 | | | 0.45 | 0.31 | 0.36 |
| mache Dinge zu Ende | -0.13 | | 0.10 | 0.76 | | 0.61 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | -0.19 | 0.60 | 0.11 | | 0.12 | 0.42 |
| mind. einen Freund | -0.48 | 0.39 | | -0.12 | | 0.41 |
| bei anderen beliebt | -0.48 | 0.26 | | 0.11 | | 0.31 |
| werde gehänselt | | 0.38 | | | 0.51 | 0.41 |
| besser mit Erwachsenen | | 0.41 | 0.20 | -0.24 | | 0.27 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | 0.64 | | | | -0.17 | 0.45 |
| teile normalerweise | 0.61 | | | | 0.17 | 0.41 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.68 | | | | -0.20 | 0.51 |
| nett zu jüngeren | 0.53 | | -0.12 | | -0.15 | 0.32 |
| helfe freiwillig | 0.57 | | | -0.22 | | 0.39 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 42.7%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.82; Bartlett χ^2 (df=300) = 4536.13; p < 0.001

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Griechenland (EL), Mädchen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|--------------|--------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | ? | PRO | EMO | HYP | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 3.71 | 2.13 | 1.56 | 1.39 | 1.27 | |
| erklärte Varianz ^c | 14.8 | 8.5 | 6.2 | 5.5 | 5.1 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.32 | 2.29 | 2.08 | 1.83 | 1.54 | |
| erklärte Varianz ^c | 9.3 | 9.2 | 8.3 | 7.3 | 6.1 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.44 | -0.14 | 0.14 | | | 0.24 |
| häufig Sorgen | 0.35 | | 0.53 | 0.12 | -0.12 | 0.44 |
| oft unglücklich | 0.35 | | 0.51 | | | 0.41 |
| verliere Selbstvertrauen | | | 0.53 | 0.37 | | 0.42 |
| viele Ängste | 0.19 | | 0.45 | 0.21 | 0.20 | 0.32 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.50 | | 0.18 | 0.23 | | 0.34 |
| tue, was man mir sagt | 0.24 | -0.15 | -0.43 | | -0.28 | 0.35 |
| schlage mich, zwinge andere | 0.38 | -0.25 | | 0.15 | 0.27 | 0.31 |
| lüge oder moegele | 0.23 | | | 0.10 | 0.64 | 0.48 |
| nehme Dinge | | -0.19 | | | 0.68 | 0.50 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | 0.72 | | | | | 0.54 |
| dauernd in Bewegung | 0.74 | | | | 0.13 | 0.57 |
| lasse mich leicht ablenken | 0.23 | | 0.27 | 0.67 | | 0.57 |
| denke vorm Handeln | | -0.18 | | 0.53 | 0.26 | 0.40 |
| mache Dinge zu Ende | 0.12 | | 0.12 | 0.74 | | 0.59 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | | -0.16 | 0.56 | | | 0.36 |
| mind. einen Freund | | -0.42 | 0.37 | -0.24 | | 0.38 |
| bei anderen beliebt | 0.13 | -0.43 | 0.26 | | | 0.28 |
| werde gehänselt | | | 0.33 | -0.16 | 0.50 | 0.38 |
| besser mit Erwachsenen | 0.36 | -0.12 | 0.21 | -0.33 | | 0.30 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | | 0.63 | 0.11 | | -0.18 | 0.45 |
| teile normalerweise | | 0.54 | | | | 0.32 |
| hilfsbereit wenn krank | | 0.66 | | | | 0.43 |
| nett zu jüngeren | | 0.48 | | | -0.21 | 0.29 |
| helfe freiwillig | | 0.57 | | -0.23 | | 0.38 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 40.2%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.76; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 2312.60$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Griechenland (EL), Jungen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO+PEE | PRO | ? | ? | HYP | |
| Anfang: Eigenwert | 5.14 | 2.61 | 1.51 | 1.25 | 1.21 | |
| erklärte Varianz ^c | 20.5 | 10.5 | 6.0 | 5.0 | 4.8 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.84 | 2.82 | 2.32 | 1.98 | 1.75 | |
| erklärte Varianz ^c | 11.4 | 11.3 | 9.3 | 7.9 | 7.0 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.44 | | 0.17 | 0.40 | | 0.39 |
| häufig Sorgen | 0.51 | | 0.39 | | 0.18 | 0.45 |
| oft unglücklich | 0.65 | | 0.26 | 0.25 | 0.11 | 0.57 |
| verliere Selbstvertrauen | 0.51 | | 0.15 | | 0.43 | 0.48 |
| viele Ängste | 0.50 | | | 0.19 | 0.35 | 0.41 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.15 | | 0.69 | | | 0.50 |
| tue, was man mir sagt | -0.54 | -0.11 | | | | 0.32 |
| schlage mich, zwinge andere | | -0.15 | 0.58 | 0.40 | -0.25 | 0.59 |
| lüge oder moegele | 0.19 | -0.11 | 0.20 | 0.65 | 0.11 | 0.52 |
| nehme Dinge | | -0.15 | | 0.74 | 0.12 | 0.59 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | 0.11 | | 0.69 | | 0.23 | 0.54 |
| dauernd in Bewegung | 0.17 | | 0.71 | 0.11 | 0.22 | 0.59 |
| lasse mich leicht ablenken | 0.14 | | 0.31 | | 0.67 | 0.57 |
| denke vorm Handeln | | -0.29 | | 0.33 | 0.36 | 0.32 |
| mache Dinge zu Ende | | -0.21 | | 0.16 | 0.69 | 0.55 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | 0.60 | -0.23 | 0.25 | 0.21 | | 0.52 |
| mind. einen Freund | 0.34 | -0.55 | | | | 0.42 |
| bei anderen beliebt | 0.19 | -0.51 | | 0.14 | 0.27 | 0.38 |
| werde gehänselt | 0.48 | | | 0.41 | 0.14 | 0.41 |
| besser mit Erwachsenen | 0.52 | | 0.12 | | | 0.28 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | | 0.64 | | -0.15 | | 0.44 |
| teile normalerweise | | 0.68 | | 0.20 | 0.10 | 0.52 |
| hilfsbereit wenn krank | | 0.67 | | -0.34 | | 0.59 |
| nett zu jüngeren | | 0.57 | -0.12 | -0.15 | | 0.36 |
| helfe freiwillig | | 0.58 | -0.11 | | -0.19 | 0.39 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 46.8%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.85; Bartlett χ^2 (df=300) = 2473.97; p < 0.001

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Spanien (ES), beide Geschlechter

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO | PRO+PEE | ? | ? | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 3.67 | 2.22 | 2.00 | 1.49 | 1.14 | |
| erklärte Varianz ^c | 14.7 | 8.9 | 8.0 | 6.0 | 4.6 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.61 | 2.22 | 2.09 | 1.93 | 1.67 | |
| erklärte Varianz ^c | 10.4 | 8.9 | 8.3 | 7.7 | 6.7 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.53 | | 0.29 | 0.16 | -0.26 | 0.46 |
| häufig Sorgen | 0.66 | | | | 0.14 | 0.48 |
| oft unglücklich | 0.69 | | | | 0.12 | 0.49 |
| verliere Selbstvertrauen | 0.61 | | | | 0.32 | 0.48 |
| viele Ängste | 0.56 | 0.10 | | | | 0.33 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.34 | 0.13 | 0.53 | 0.24 | -0.12 | 0.49 |
| tue, was man mir sagt | | 0.24 | 0.26 | 0.51 | 0.12 | 0.41 |
| schlage mich, zwinge andere | | 0.48 | 0.29 | | 0.15 | 0.34 |
| lüge oder moegele | | 0.25 | 0.18 | 0.12 | 0.54 | 0.41 |
| nehme Dinge | | 0.16 | | | 0.50 | 0.29 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | | | 0.84 | | 0.18 | 0.74 |
| dauernd in Bewegung | | | 0.83 | | 0.14 | 0.71 |
| lasse mich leicht ablenken | 0.30 | -0.17 | 0.10 | 0.38 | 0.60 | 0.63 |
| denke vorm Handeln | | 0.22 | 0.12 | 0.54 | | 0.37 |
| mache Dinge zu Ende | 0.21 | | | 0.61 | 0.40 | 0.58 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | 0.36 | 0.42 | | -0.24 | 0.19 | 0.40 |
| mind. einen Freund | | 0.46 | | | | 0.22 |
| bei anderen beliebt | 0.42 | 0.50 | | | -0.13 | 0.45 |
| werde gehänselt | 0.23 | 0.31 | | -0.24 | 0.36 | 0.34 |
| besser mit Erwachsenen | 0.21 | 0.17 | 0.21 | -0.42 | | 0.30 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | | -0.51 | | -0.27 | | 0.34 |
| teile normalerweise | 0.12 | -0.44 | 0.14 | | -0.23 | 0.29 |
| hilfsbereit wenn krank | | -0.58 | 0.15 | -0.22 | -0.15 | 0.42 |
| nett zu jüngeren | | -0.26 | | -0.14 | -0.16 | 0.12 |
| helfe freiwillig | | -0.33 | | -0.56 | | 0.44 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 42.1%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.74; Bartlett χ^2 (df=300) = 2157.12; p < 0.001

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Spanien (ES), Mädchen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO | HYP | ? | PRO | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 3.73 | 2.28 | 2.03 | 1.66 | 1.31 | |
| erklärte Varianz ^c | 14.9 | 9.1 | 8.1 | 6.6 | 5.2 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.77 | 2.20 | 2.13 | 2.13 | 1.79 | |
| erklärte Varianz ^c | 11.1 | 8.8 | 8.5 | 8.5 | 7.2 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.35 | | 0.21 | | | 0.18 |
| häufig Sorgen | 0.71 | | 0.15 | 0.10 | | 0.55 |
| oft unglücklich | 0.69 | | | 0.15 | | 0.52 |
| verliere Selbstvertrauen | 0.63 | 0.24 | -0.13 | | | 0.48 |
| viele Ängste | 0.57 | | -0.13 | | 0.22 | 0.40 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.32 | 0.14 | 0.52 | 0.12 | 0.14 | 0.43 |
| tue, was man mir sagt | | 0.45 | 0.29 | 0.34 | 0.21 | 0.45 |
| schlage mich, zwinge andere | 0.10 | | 0.23 | 0.29 | 0.48 | 0.38 |
| lüge oder moegele | 0.13 | 0.22 | 0.16 | 0.43 | | 0.27 |
| nehme Dinge | 0.10 | 0.34 | 0.11 | | 0.27 | 0.22 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | | | 0.86 | | | 0.74 |
| dauernd in Bewegung | | | 0.86 | | | 0.74 |
| lasse mich leicht ablenken | 0.39 | 0.63 | | | -0.26 | 0.62 |
| denke vorm Handeln | | 0.58 | 0.16 | 0.16 | 0.22 | 0.43 |
| mache Dinge zu Ende | 0.15 | 0.76 | | | | 0.61 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | 0.51 | -0.25 | | 0.29 | 0.25 | 0.47 |
| mind. einen Freund | | | | -0.13 | 0.70 | 0.51 |
| bei anderen beliebt | 0.28 | | -0.13 | 0.55 | 0.23 | 0.45 |
| werde gehänselt | 0.26 | -0.13 | 0.12 | 0.51 | -0.21 | 0.40 |
| besser mit Erwachsenen | 0.41 | -0.23 | 0.12 | | 0.32 | 0.33 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | | -0.17 | | -0.41 | -0.34 | 0.32 |
| teile normalerweise | | | | -0.67 | | 0.45 |
| hilfsbereit wenn krank | | -0.12 | 0.14 | -0.25 | -0.57 | 0.43 |
| nett zu jüngeren | | -0.13 | | -0.42 | | 0.20 |
| helfe freiwillig | 0.20 | -0.47 | | -0.35 | -0.20 | 0.43 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 44.1%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.70; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 1314.66$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Spanien (ES), Jungen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|--------------|-------------|-------------|--------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO | PRO | ? | PEE | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 3.86 | 2.10 | 2.01 | 1.36 | 1.27 | |
| erklärte Varianz ^c | 15.5 | 8.4 | 8.0 | 5.5 | 5.1 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.61 | 2.34 | 2.11 | 2.04 | 1.50 | |
| erklärte Varianz ^c | 10.4 | 9.3 | 8.5 | 8.2 | 6.0 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.45 | | 0.31 | | | 0.31 |
| häufig Sorgen | 0.56 | | | 0.15 | 0.21 | 0.38 |
| oft unglücklich | 0.59 | | | 0.23 | | 0.41 |
| verliere Selbstvertrauen | 0.60 | | | 0.27 | -0.15 | 0.46 |
| viele Ängste | 0.49 | | | 0.11 | -0.15 | 0.29 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.12 | 0.27 | 0.46 | 0.17 | 0.11 | 0.34 |
| tue, was man mir sagt | | 0.55 | 0.20 | -0.17 | -0.16 | 0.40 |
| schlage mich, zwinge andere | | 0.32 | 0.26 | 0.37 | | 0.31 |
| lüge oder moegele | 0.40 | 0.37 | 0.22 | 0.16 | | 0.37 |
| nehme Dinge | 0.44 | | 0.17 | | -0.48 | 0.46 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | | | 0.86 | | | 0.74 |
| dauernd in Bewegung | | | 0.85 | | | 0.72 |
| lasse mich leicht ablenken | 0.52 | 0.39 | 0.21 | -0.14 | | 0.49 |
| denke vorm Handeln | | 0.61 | | 0.14 | 0.15 | 0.41 |
| mache Dinge zu Ende | 0.42 | 0.57 | | -0.16 | 0.13 | 0.55 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | 0.39 | | | 0.38 | -0.25 | 0.36 |
| mind. einen Freund | 0.12 | | | 0.60 | | 0.38 |
| bei anderen beliebt | 0.15 | | | 0.64 | | 0.44 |
| werde gehänselt | 0.22 | | | 0.62 | | 0.44 |
| besser mit Erwachsenen | 0.14 | -0.31 | 0.22 | 0.29 | | 0.25 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | -0.10 | -0.43 | | -0.26 | 0.20 | 0.30 |
| teile normalerweise | 0.12 | -0.18 | 0.15 | -0.17 | 0.56 | 0.42 |
| hilfsbereit wenn krank | | -0.51 | 0.17 | -0.28 | 0.36 | 0.50 |
| nett zu jüngeren | -0.11 | | | 0.12 | 0.69 | 0.50 |
| helfe freiwillig | 0.19 | -0.52 | | -0.11 | 0.22 | 0.37 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 42.4%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.71; Bartlett χ^2 (df=300) = 1130.32; p < 0.001

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Frankreich (FR), beide Geschlechter

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO | PRO | VER+HYP | ? | PEE | |
| Anfang: Eigenwert | 3.66 | 2.61 | 2.01 | 1.36 | 1.21 | |
| erklärte Varianz ^c | 14.6 | 10.4 | 8.0 | 5.4 | 4.9 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.78 | 2.25 | 2.24 | 1.91 | 1.66 | |
| erklärte Varianz ^c | 11.1 | 9.0 | 9.0 | 7.7 | 6.7 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.59 | -0.12 | | | -0.28 | 0.45 |
| häufig Sorgen | 0.71 | | | | 0.13 | 0.54 |
| oft unglücklich | 0.74 | | | | 0.16 | 0.57 |
| verliere Selbstvertrauen | 0.59 | | | 0.24 | 0.20 | 0.44 |
| viele Ängste | 0.66 | 0.10 | | | | 0.46 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.47 | | 0.24 | 0.10 | | 0.29 |
| tue, was man mir sagt | | -0.28 | 0.44 | 0.31 | | 0.38 |
| schlage mich, zwinge andere | | | 0.59 | -0.17 | | 0.39 |
| lüge oder moegele | | -0.21 | | 0.49 | 0.20 | 0.33 |
| nehme Dinge | | -0.27 | 0.37 | 0.13 | | 0.23 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | | | 0.73 | 0.17 | | 0.57 |
| dauernd in Bewegung | | | 0.68 | 0.12 | | 0.49 |
| lasse mich leicht ablenken | 0.16 | | 0.41 | 0.57 | | 0.53 |
| denke vorm Handeln | 0.19 | | 0.12 | 0.61 | | 0.44 |
| mache Dinge zu Ende | 0.28 | | 0.39 | 0.37 | 0.11 | 0.39 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | 0.33 | -0.16 | | -0.34 | 0.43 | 0.44 |
| mind. einen Freund | | | | | 0.52 | 0.29 |
| bei anderen beliebt | 0.13 | -0.35 | | -0.13 | 0.60 | 0.52 |
| werde gehänselt | 0.14 | 0.24 | | 0.24 | 0.65 | 0.56 |
| besser mit Erwachsenen | 0.22 | | | -0.53 | 0.35 | 0.46 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | | 0.62 | -0.24 | | | 0.45 |
| teile normalerweise | 0.13 | 0.43 | 0.21 | -0.16 | -0.26 | 0.34 |
| hilfsbereit wenn krank | | 0.66 | | | | 0.44 |
| nett zu jüngeren | | 0.54 | -0.17 | 0.12 | | 0.34 |
| helfe freiwillig | | 0.69 | | -0.24 | | 0.54 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 43.4%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.72; Bartlett χ^2 (df=300) = 1423.69; p < 0.001

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Frankreich (FR), Mädchen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|-------------|--------------|--------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO | HYP | PRO | ? | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 3.77 | 2.49 | 1.93 | 1.53 | 1.24 | |
| erklärte Varianz ^c | 15.1 | 9.9 | 7.7 | 6.1 | 5.0 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.89 | 2.72 | 2.10 | 1.66 | 1.58 | |
| erklärte Varianz ^c | 11.6 | 10.9 | 8.4 | 6.7 | 6.3 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.52 | | 0.12 | | 0.38 | 0.44 |
| häufig Sorgen | 0.62 | | | 0.30 | | 0.48 |
| oft unglücklich | 0.71 | | | 0.22 | 0.12 | 0.58 |
| verliere Selbstvertrauen | 0.60 | 0.27 | | 0.28 | -0.11 | 0.53 |
| viele Ängste | 0.64 | | 0.14 | | | 0.44 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.39 | 0.20 | | 0.29 | 0.11 | 0.28 |
| tue, was man mir sagt | | 0.69 | -0.15 | | | 0.51 |
| schlage mich, zwinge andere | | 0.17 | 0.11 | 0.35 | 0.67 | 0.61 |
| lüge oder moegele | 0.29 | 0.24 | -0.33 | -0.16 | 0.13 | 0.29 |
| nehme Dinge | 0.20 | | -0.17 | -0.17 | 0.68 | 0.56 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | -0.23 | 0.61 | 0.16 | 0.11 | 0.41 | 0.63 |
| dauernd in Bewegung | -0.14 | 0.67 | 0.12 | | 0.20 | 0.53 |
| lasse mich leicht ablenken | 0.25 | 0.73 | -0.12 | | | 0.62 |
| denke vorm Handeln | 0.36 | 0.41 | -0.21 | -0.32 | | 0.44 |
| mache Dinge zu Ende | 0.34 | 0.60 | -0.15 | | | 0.51 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | 0.27 | | | 0.60 | -0.12 | 0.46 |
| mind. einen Freund | 0.11 | | -0.42 | | | 0.20 |
| bei anderen beliebt | 0.11 | | -0.61 | 0.35 | | 0.51 |
| werde gehänselt | 0.40 | | -0.15 | | | 0.18 |
| besser mit Erwachsenen | | -0.20 | | 0.64 | | 0.47 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | | -0.12 | 0.56 | | -0.36 | 0.47 |
| teile normalerweise | | | 0.50 | | 0.18 | 0.29 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.11 | | 0.44 | | | 0.22 |
| nett zu jüngeren | | -0.15 | 0.26 | -0.35 | -0.23 | 0.27 |
| helfe freiwillig | | -0.22 | 0.61 | -0.10 | | 0.43 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 43.8%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.68; Bartlett χ^2 (df=300) = 872.77; p < 0.001

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Frankreich (FR), Jungen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | PRO | PEE+EMO | HYP | ? | VER | |
| Anfang: Eigenwert | 3.78 | 2.68 | 1.98 | 1.57 | 1.43 | |
| erklärte Varianz ^c | 15.1 | 10.7 | 7.9 | 6.3 | 5.7 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.62 | 2.55 | 2.38 | 2.02 | 1.87 | |
| erklärte Varianz ^c | 10.5 | 10.2 | 9.5 | 8.1 | 7.5 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | -0.28 | | 0.43 | | -0.53 | 0.54 |
| häufig Sorgen | | 0.56 | 0.21 | 0.14 | -0.31 | 0.48 |
| oft unglücklich | | 0.71 | | 0.15 | | 0.53 |
| verliere Selbstvertrauen | | 0.22 | | 0.61 | -0.24 | 0.48 |
| viele Ängste | 0.13 | 0.58 | 0.22 | 0.19 | | 0.44 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | | | 0.27 | 0.53 | | 0.37 |
| tue, was man mir sagt | -0.31 | -0.14 | 0.20 | | 0.51 | 0.42 |
| schlage mich, zwinge andere | | | 0.16 | | 0.65 | 0.46 |
| lüge oder moegele | -0.23 | | | 0.61 | 0.18 | 0.46 |
| nehme Dinge | -0.32 | | 0.35 | | 0.48 | 0.46 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | | -0.13 | 0.62 | 0.22 | 0.26 | 0.52 |
| dauernd in Bewegung | | | 0.75 | | | 0.56 |
| lasse mich leicht ablenken | -0.14 | | 0.57 | 0.38 | | 0.49 |
| denke vorm Handeln | -0.14 | | | 0.53 | 0.28 | 0.39 |
| mache Dinge zu Ende | -0.12 | 0.25 | 0.61 | | 0.18 | 0.48 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | -0.23 | 0.57 | | -0.15 | -0.36 | 0.53 |
| mind. einen Freund | | 0.42 | -0.19 | | 0.25 | 0.28 |
| bei anderen beliebt | -0.33 | 0.61 | | -0.10 | 0.14 | 0.52 |
| werde gehänselt | 0.23 | 0.45 | -0.11 | 0.47 | | 0.49 |
| besser mit Erwachsenen | | 0.36 | | -0.29 | -0.22 | 0.27 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | 0.66 | | -0.22 | | -0.14 | 0.51 |
| teile normalerweise | 0.48 | | 0.27 | -0.21 | | 0.35 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.72 | -0.13 | | | | 0.54 |
| nett zu jüngeren | 0.56 | | | | | 0.32 |
| helfe freiwillig | 0.71 | | -0.10 | -0.20 | | 0.55 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 45.8%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.66; Bartlett χ^2 (df=300) = 759.19; p < 0.001

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Ungarn (HU), beide Geschlechter

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO | PRO | VER+PEE | ? | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 4.05 | 2.57 | 1.71 | 1.47 | 1.08 | |
| erklärte Varianz ^c | 16.2 | 10.3 | 6.8 | 5.9 | 4.3 | |
| Rotiert: Eigenwert | 3.20 | 2.59 | 1.95 | 1.85 | 1.30 | |
| erklärte Varianz ^c | 12.8 | 10.4 | 7.8 | 7.4 | 5.2 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.57 | | | | | 0.33 |
| häufig Sorgen | 0.72 | | | | | 0.52 |
| oft unglücklich | 0.75 | | 0.11 | | | 0.57 |
| verliere Selbstvertrauen | 0.56 | | 0.14 | | 0.24 | 0.40 |
| viele Ängste | 0.54 | | 0.22 | | | 0.35 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.57 | -0.21 | | 0.28 | -0.16 | 0.48 |
| tue, was man mir sagt | | -0.27 | -0.30 | | | 0.18 |
| schlage mich, zwinge andere | 0.10 | -0.12 | -0.14 | 0.33 | -0.64 | 0.56 |
| lüge oder mogele | 0.12 | -0.11 | 0.57 | 0.26 | | 0.42 |
| nehme Dinge | | | 0.30 | 0.28 | | 0.18 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | | | | 0.76 | | 0.59 |
| dauernd in Bewegung | | | | 0.78 | | 0.63 |
| lasse mich leicht ablenken | 0.55 | | | 0.26 | 0.37 | 0.51 |
| denke vorm Handeln | 0.18 | -0.34 | | 0.34 | 0.38 | 0.42 |
| mache Dinge zu Ende | 0.37 | -0.30 | | 0.19 | 0.53 | 0.54 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | 0.52 | -0.11 | 0.41 | | | 0.45 |
| mind. einen Freund | | -0.24 | 0.39 | | 0.11 | 0.23 |
| bei anderen beliebt | 0.13 | -0.31 | 0.49 | | 0.25 | 0.43 |
| werde gehänselt | 0.15 | | 0.69 | 0.10 | | 0.50 |
| besser mit Erwachsenen | 0.20 | | 0.44 | | -0.33 | 0.35 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | | 0.61 | -0.15 | -0.11 | | 0.42 |
| teile normalerweise | | 0.56 | -0.19 | 0.19 | | 0.38 |
| hilfsbereit wenn krank | | 0.69 | -0.16 | | | 0.51 |
| nett zu jüngeren | | 0.63 | | | | 0.40 |
| helfe freiwillig | | 0.70 | 0.12 | | | 0.51 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 43.5%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.82; Bartlett χ^2 (df=300) = 7655.84; p < 0.001

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Ungarn (HU), Mädchen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|--------------|-------------|-------------|--------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO | PRO | ? | PEE | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 4.15 | 2.32 | 1.82 | 1.39 | 1.09 | |
| erklärte Varianz ^c | 16.6 | 9.3 | 7.3 | 5.5 | 4.3 | |
| Rotiert: Eigenwert | 3.41 | 2.37 | 1.78 | 1.73 | 1.48 | |
| erklärte Varianz ^c | 13.6 | 9.5 | 7.1 | 6.9 | 5.9 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.48 | 0.12 | | 0.11 | 0.19 | 0.29 |
| häufig Sorgen | 0.73 | | | | | 0.53 |
| oft unglücklich | 0.73 | | | | | 0.54 |
| verliere Selbstvertrauen | 0.60 | | | 0.11 | 0.10 | 0.39 |
| viele Ängste | 0.61 | | | | | 0.39 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.59 | -0.21 | 0.30 | | | 0.49 |
| tue, was man mir sagt | -0.22 | -0.27 | 0.19 | -0.14 | 0.17 | 0.20 |
| schlage mich, zwinge andere | | | 0.58 | -0.22 | -0.25 | 0.46 |
| lüge oder mogele | 0.14 | | 0.14 | 0.53 | 0.16 | 0.35 |
| nehme Dinge | | | | 0.11 | 0.37 | 0.16 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | 0.11 | | 0.77 | | 0.17 | 0.64 |
| dauernd in Bewegung | | 0.10 | 0.76 | 0.13 | 0.14 | 0.62 |
| lasse mich leicht ablenken | 0.54 | | | | 0.51 | 0.57 |
| denke vorm Handeln | 0.11 | -0.36 | 0.22 | | 0.46 | 0.40 |
| mache Dinge zu Ende | 0.35 | -0.30 | | | 0.57 | 0.54 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | 0.58 | | | 0.30 | | 0.43 |
| mind. einen Freund | | -0.13 | | 0.54 | 0.11 | 0.32 |
| bei anderen beliebt | 0.17 | -0.34 | -0.15 | 0.49 | | 0.40 |
| werde gehänselt | 0.19 | | | 0.67 | | 0.49 |
| besser mit Erwachsenen | 0.29 | | | 0.36 | -0.46 | 0.43 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | | 0.53 | | -0.21 | -0.15 | 0.34 |
| teile normalerweise | -0.10 | 0.59 | 0.15 | | 0.18 | 0.42 |
| hilfsbereit wenn krank | | 0.68 | | -0.20 | | 0.51 |
| nett zu jüngeren | -0.11 | 0.54 | | | | 0.32 |
| helfe freiwillig | | 0.69 | | 0.13 | -0.13 | 0.51 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 43.1%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.81; Bartlett χ^2 (df=300) = 4730.12; p < 0.001

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Ungarn (HU), Jungen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | PRO | EMO | PEE | ? | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 4.12 | 2.61 | 1.65 | 1.36 | 1.16 | |
| erklärte Varianz ^c | 16.5 | 10.5 | 6.6 | 5.4 | 4.7 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.70 | 2.62 | 2.60 | 1.67 | 1.31 | |
| erklärte Varianz ^c | 10.8 | 10.5 | 10.4 | 6.7 | 5.2 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | | 0.35 | 0.25 | -0.13 | 0.45 | 0.40 |
| häufig Sorgen | | 0.55 | 0.16 | | 0.22 | 0.39 |
| oft unglücklich | | 0.51 | 0.44 | -0.22 | | 0.51 |
| verliere Selbstvertrauen | | 0.68 | | | | 0.49 |
| viele Ängste | | 0.30 | 0.53 | | | 0.38 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | -0.15 | 0.32 | 0.29 | 0.23 | 0.30 | 0.35 |
| tue, was man mir sagt | -0.28 | -0.17 | -0.15 | | | 0.13 |
| schlage mich, zwinge andere | | | | | 0.74 | 0.57 |
| lüge oder mogele | | 0.15 | 0.61 | 0.18 | | 0.44 |
| nehme Dinge | | | 0.48 | 0.22 | | 0.29 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | 0.10 | 0.12 | 0.11 | 0.74 | | 0.58 |
| dauernd in Bewegung | | | 0.17 | 0.76 | 0.16 | 0.64 |
| lasse mich leicht ablenken | | 0.69 | 0.10 | 0.21 | | 0.53 |
| denke vorm Handeln | -0.41 | 0.33 | | 0.32 | -0.10 | 0.40 |
| mache Dinge zu Ende | -0.33 | 0.57 | | 0.19 | -0.11 | 0.48 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | | 0.46 | 0.47 | -0.19 | | 0.48 |
| mind. einen Freund | -0.28 | | 0.30 | -0.20 | -0.33 | 0.33 |
| bei anderen beliebt | -0.35 | 0.17 | 0.46 | | -0.35 | 0.49 |
| werde gehänselt | | 0.18 | 0.64 | | | 0.45 |
| besser mit Erwachsenen | | | 0.53 | | 0.16 | 0.31 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | 0.68 | | | -0.10 | | 0.48 |
| teile normalerweise | 0.53 | | -0.15 | 0.17 | 0.21 | 0.38 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.68 | | -0.11 | | | 0.48 |
| nett zu jüngeren | 0.62 | | | | | 0.41 |
| helfe freiwillig | 0.69 | -0.11 | | | -0.13 | 0.51 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 43.6%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.81; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 3066.85$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in den Niederlanden (NL), beide Geschlechter

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|--------------|-------------|-------------|--------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO | PRO | HYP | VER | PEE | |
| Anfang: Eigenwert | 3.79 | 2.27 | 1.81 | 1.36 | 1.12 | |
| erklärte Varianz ^c | 15.2 | 9.1 | 7.2 | 5.4 | 4.5 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.46 | 2.33 | 2.13 | 1.82 | 1.62 | |
| erklärte Varianz ^c | 9.8 | 9.3 | 8.5 | 7.3 | 6.5 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.51 | 0.12 | | 0.24 | -0.10 | 0.35 |
| häufig Sorgen | 0.70 | | 0.13 | | 0.11 | 0.52 |
| oft unglücklich | 0.65 | | | 0.19 | 0.18 | 0.49 |
| verliere Selbstvertrauen | 0.68 | | 0.16 | -0.12 | | 0.50 |
| viele Ängste | 0.54 | | | | 0.24 | 0.35 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.23 | | 0.15 | 0.63 | | 0.48 |
| tue, was man mir sagt | | -0.18 | 0.10 | 0.32 | -0.36 | 0.27 |
| schlage mich, zwinge andere | | | | 0.58 | | 0.35 |
| lüge oder moegele | 0.16 | | | 0.57 | 0.26 | 0.43 |
| nehme Dinge | | | 0.10 | 0.40 | 0.29 | 0.26 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | | | 0.79 | 0.19 | 0.11 | 0.68 |
| dauernd in Bewegung | | | 0.77 | | 0.18 | 0.64 |
| lasse mich leicht ablenken | 0.20 | | 0.67 | 0.15 | -0.18 | 0.55 |
| denke vorm Handeln | 0.18 | -0.32 | 0.32 | 0.24 | -0.29 | 0.38 |
| mache Dinge zu Ende | 0.27 | -0.32 | 0.44 | 0.14 | -0.29 | 0.47 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | 0.27 | -0.22 | | | 0.41 | 0.29 |
| mind. einen Freund | | -0.30 | | | | 0.11 |
| bei anderen beliebt | 0.34 | -0.38 | | 0.11 | 0.32 | 0.37 |
| werde gehänselt | 0.26 | | | 0.23 | 0.53 | 0.40 |
| besser mit Erwachsenen | 0.10 | | | | 0.55 | 0.32 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | | 0.51 | | -0.40 | 0.13 | 0.44 |
| teile normalerweise | 0.10 | 0.52 | -0.14 | | -0.25 | 0.37 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.11 | 0.68 | | | | 0.48 |
| nett zu jüngeren | | 0.58 | | -0.12 | | 0.35 |
| helfe freiwillig | | 0.65 | -0.15 | | 0.17 | 0.48 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 41.4%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.79; Bartlett χ^2 (df=300) = 4385.51; p < 0.001

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in den Niederlanden (NL), Mädchen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO | HYP | PRO | ? | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 3.87 | 2.26 | 1.73 | 1.30 | 1.18 | |
| erklärte Varianz ^c | 15.5 | 9.1 | 6.9 | 5.2 | 4.7 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.66 | 2.54 | 2.19 | 1.56 | 1.39 | |
| erklärte Varianz ^c | 10.6 | 10.2 | 8.8 | 6.2 | 5.6 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.42 | 0.14 | | 0.15 | 0.14 | 0.24 |
| häufig Sorgen | 0.64 | 0.16 | | | 0.25 | 0.51 |
| oft unglücklich | 0.64 | 0.16 | | 0.20 | 0.21 | 0.53 |
| verliere Selbstvertrauen | 0.66 | | | -0.14 | | 0.47 |
| viele Ängste | 0.62 | | | 0.11 | | 0.40 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.12 | 0.43 | | 0.26 | 0.27 | 0.34 |
| tue, was man mir sagt | -0.19 | 0.30 | -0.27 | | 0.11 | 0.22 |
| schlage mich, zwinge andere | -0.11 | 0.27 | | 0.27 | 0.46 | 0.37 |
| lüge oder moegele | 0.20 | 0.10 | | 0.48 | 0.15 | 0.31 |
| nehme Dinge | | | | 0.57 | | 0.34 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | | 0.77 | | 0.11 | | 0.61 |
| dauernd in Bewegung | 0.15 | 0.68 | | | | 0.50 |
| lasse mich leicht ablenken | 0.13 | 0.72 | -0.13 | | | 0.55 |
| denke vorm Handeln | | 0.36 | -0.38 | 0.25 | -0.32 | 0.44 |
| mache Dinge zu Ende | 0.19 | 0.54 | -0.37 | | -0.18 | 0.50 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | 0.32 | | -0.15 | -0.20 | 0.59 | 0.51 |
| mind. einen Freund | | | -0.31 | | 0.22 | 0.16 |
| bei anderen beliebt | 0.48 | -0.14 | -0.26 | 0.33 | -0.12 | 0.44 |
| werde gehänselt | 0.43 | | | 0.54 | | 0.49 |
| besser mit Erwachsenen | 0.22 | | | 0.17 | 0.53 | 0.36 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | | -0.12 | 0.46 | -0.38 | | 0.39 |
| teile normalerweise | 0.10 | | 0.46 | -0.16 | -0.33 | 0.36 |
| hilfsbereit wenn krank | | | 0.66 | | | 0.44 |
| nett zu jüngeren | -0.24 | | 0.56 | | | 0.38 |
| helfe freiwillig | | -0.22 | 0.65 | 0.15 | | 0.50 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 41.4%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.79; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 2344.71$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in den Niederlanden (NL), Jungen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | PRO | HYP | EMO | VER | PEE | |
| Anfang: Eigenwert | 3.83 | 2.27 | 1.82 | 1.36 | 1.26 | |
| erklärte Varianz ^c | 15.3 | 9.1 | 7.3 | 5.4 | 5.0 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.47 | 2.19 | 2.07 | 1.93 | 1.86 | |
| erklärte Varianz ^c | 9.9 | 8.8 | 8.3 | 7.7 | 7.5 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.12 | | 0.17 | 0.57 | | 0.37 |
| häufig Sorgen | | | 0.74 | | | 0.57 |
| oft unglücklich | | | 0.56 | 0.18 | 0.24 | 0.41 |
| verliere Selbstvertrauen | | 0.17 | 0.71 | | | 0.54 |
| viele Ängste | | -0.14 | 0.33 | 0.23 | 0.36 | 0.32 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | | 0.18 | 0.15 | 0.64 | | 0.48 |
| tue, was man mir sagt | -0.31 | 0.15 | -0.12 | 0.28 | -0.21 | 0.26 |
| schlage mich, zwinge andere | -0.17 | 0.18 | -0.19 | 0.48 | | 0.34 |
| lüge oder moegele | | 0.23 | 0.17 | 0.53 | 0.31 | 0.46 |
| nehme Dinge | | 0.15 | -0.14 | 0.32 | 0.36 | 0.28 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | | 0.77 | | | 0.16 | 0.64 |
| dauernd in Bewegung | 0.11 | 0.75 | | | 0.23 | 0.63 |
| lasse mich leicht ablenken | | 0.64 | 0.26 | 0.15 | -0.16 | 0.54 |
| denke vorm Handeln | -0.31 | 0.40 | 0.31 | 0.22 | -0.23 | 0.46 |
| mache Dinge zu Ende | -0.32 | 0.41 | 0.21 | 0.20 | -0.19 | 0.39 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | -0.24 | -0.11 | 0.29 | | 0.43 | 0.34 |
| mind. einen Freund | -0.28 | -0.14 | 0.11 | 0.12 | | 0.13 |
| bei anderen beliebt | -0.37 | | 0.23 | 0.18 | 0.41 | 0.39 |
| werde gehänselt | | | 0.23 | 0.18 | 0.59 | 0.44 |
| besser mit Erwachsenen | | | | -0.12 | 0.60 | 0.39 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | 0.58 | | | -0.33 | 0.11 | 0.46 |
| teile normalerweise | 0.52 | -0.14 | | 0.15 | -0.27 | 0.39 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.67 | | | 0.11 | -0.11 | 0.48 |
| nett zu jüngeren | 0.56 | | | -0.19 | | 0.36 |
| helfe freiwillig | 0.67 | | | 0.13 | | 0.47 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 42.1%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.77; Bartlett χ^2 (df=300) = 2262.26; p < 0.001

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Polen (PL), beide Geschlechter

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO | PRO | PEE | ? | VER | |
| Anfang: Eigenwert | 3.75 | 2.64 | 1.84 | 1.41 | 1.11 | |
| erklärte Varianz ^c | 15.0 | 10.6 | 7.4 | 5.6 | 4.4 | |
| Rotiert: Eigenwert | 3.01 | 2.69 | 1.88 | 1.60 | 1.57 | |
| erklärte Varianz ^c | 12.0 | 10.8 | 7.5 | 6.4 | 6.3 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.49 | | | 0.14 | | 0.27 |
| häufig Sorgen | 0.73 | | 0.14 | | | 0.57 |
| oft unglücklich | 0.74 | | 0.18 | | | 0.59 |
| verliere Selbstvertrauen | 0.60 | | 0.10 | | | 0.39 |
| viele Ängste | 0.63 | 0.13 | 0.19 | | | 0.46 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.59 | | | 0.20 | 0.23 | 0.44 |
| tue, was man mir sagt | | -0.61 | | | | 0.39 |
| schlage mich, zwinge andere | | -0.12 | -0.11 | 0.11 | 0.61 | 0.41 |
| lüge oder moegele | 0.18 | | | 0.12 | 0.61 | 0.42 |
| nehme Dinge | | | | | 0.49 | 0.24 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | 0.19 | -0.10 | | 0.77 | 0.13 | 0.66 |
| dauernd in Bewegung | | | | 0.81 | 0.16 | 0.69 |
| lasse mich leicht ablenken | 0.57 | | -0.12 | 0.34 | | 0.48 |
| denke vorm Handeln | | -0.52 | | 0.18 | -0.15 | 0.33 |
| mache Dinge zu Ende | 0.12 | -0.55 | | 0.15 | | 0.34 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | 0.24 | | 0.67 | | -0.11 | 0.52 |
| mind. einen Freund | | -0.13 | 0.63 | | -0.12 | 0.43 |
| bei anderen beliebt | 0.14 | -0.26 | 0.44 | | | 0.28 |
| werde gehänselt | 0.18 | 0.13 | 0.47 | | 0.40 | 0.43 |
| besser mit Erwachsenen | | 0.28 | 0.55 | | 0.19 | 0.42 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | | 0.51 | | 0.11 | -0.35 | 0.40 |
| teile normalerweise | | 0.44 | -0.32 | 0.12 | -0.13 | 0.32 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.13 | 0.62 | -0.23 | 0.19 | -0.15 | 0.52 |
| nett zu jüngeren | | 0.48 | | | -0.25 | 0.30 |
| helfe freiwillig | | 0.64 | -0.12 | | | 0.44 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 43.0%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.81; Bartlett χ^2 (df=300) = 4093.20; p < 0.001

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Polen (PL), Mädchen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|--------------|-------------|-------------|--------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO | PRO | PEE | ? | VER | |
| Anfang: Eigenwert | 3.65 | 2.48 | 1.96 | 1.40 | 1.19 | |
| erklärte Varianz ^c | 14.6 | 9.9 | 7.8 | 5.6 | 4.7 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.94 | 2.56 | 1.81 | 1.75 | 1.61 | |
| erklärte Varianz ^c | 11.8 | 10.2 | 7.2 | 7.0 | 6.4 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.49 | | | 0.23 | | 0.30 |
| häufig Sorgen | 0.71 | | 0.11 | | 0.19 | 0.56 |
| oft unglücklich | 0.70 | | 0.19 | | 0.12 | 0.54 |
| verliere Selbstvertrauen | 0.66 | -0.12 | | -0.15 | | 0.48 |
| viele Ängste | 0.66 | 0.12 | 0.13 | | | 0.47 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.53 | | | 0.25 | 0.25 | 0.42 |
| tue, was man mir sagt | -0.14 | -0.54 | | 0.17 | 0.11 | 0.35 |
| schlage mich, zwinge andere | 0.14 | | -0.28 | | 0.53 | 0.39 |
| lüge oder moegele | 0.12 | | 0.15 | 0.17 | 0.55 | 0.37 |
| nehme Dinge | | | | 0.18 | 0.24 | 0.09 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | 0.22 | | | 0.74 | 0.15 | 0.63 |
| dauernd in Bewegung | | | -0.10 | 0.77 | 0.10 | 0.62 |
| lasse mich leicht ablenken | 0.54 | | -0.11 | 0.44 | | 0.50 |
| denke vorm Handeln | | -0.49 | 0.10 | 0.14 | -0.20 | 0.31 |
| mache Dinge zu Ende | | -0.53 | | 0.22 | | 0.34 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | 0.27 | -0.14 | 0.64 | | | 0.51 |
| mind. einen Freund | | -0.12 | 0.64 | | -0.13 | 0.45 |
| bei anderen beliebt | 0.12 | -0.32 | 0.38 | | 0.15 | 0.29 |
| werde gehänselt | 0.14 | | 0.45 | | 0.49 | 0.47 |
| besser mit Erwachsenen | | 0.18 | 0.61 | | 0.21 | 0.45 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | | 0.43 | | | -0.54 | 0.48 |
| teile normalerweise | | 0.54 | -0.13 | 0.22 | | 0.37 |
| hilfsbereit wenn krank | | 0.65 | | 0.21 | -0.13 | 0.48 |
| nett zu jüngeren | | 0.42 | 0.13 | | -0.34 | 0.31 |
| helfe freiwillig | -0.17 | 0.66 | | | | 0.47 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 42.7%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.77; Bartlett χ^2 (df=300) = 2302.02; p < 0.001

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Polen (PL), Jungen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|--------------|--------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO | PRO | PEE | ? | VER | |
| Anfang: Eigenwert | 4.10 | 2.61 | 1.84 | 1.39 | 1.15 | |
| erklärte Varianz ^c | 16.4 | 10.4 | 7.4 | 5.5 | 4.6 | |
| Rotiert: Eigenwert | 3.17 | 2.67 | 2.10 | 1.58 | 1.57 | |
| erklärte Varianz ^c | 12.7 | 10.7 | 8.4 | 6.3 | 6.3 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.33 | | 0.24 | 0.12 | 0.11 | 0.19 |
| häufig Sorgen | 0.74 | | 0.13 | | | 0.57 |
| oft unglücklich | 0.74 | | 0.22 | | | 0.61 |
| verliere Selbstvertrauen | 0.62 | | | | | 0.39 |
| viele Ängste | 0.54 | 0.17 | 0.30 | | | 0.42 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.60 | -0.14 | | 0.20 | 0.19 | 0.46 |
| tue, was man mir sagt | 0.10 | -0.66 | | | | 0.46 |
| schlage mich, zwinge andere | | | | 0.22 | 0.65 | 0.48 |
| lüge oder mogele | 0.40 | -0.11 | | 0.12 | 0.48 | 0.42 |
| nehme Dinge | | | | | 0.64 | 0.41 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | 0.20 | -0.11 | | 0.75 | | 0.62 |
| dauernd in Bewegung | | | | 0.77 | 0.21 | 0.65 |
| lasse mich leicht ablenken | 0.61 | -0.18 | -0.10 | 0.24 | 0.10 | 0.48 |
| denke vorm Handeln | | -0.58 | | 0.25 | | 0.41 |
| mache Dinge zu Ende | 0.19 | -0.59 | | 0.12 | | 0.41 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | 0.28 | | 0.67 | 0.15 | -0.14 | 0.57 |
| mind. einen Freund | 0.12 | | 0.69 | | | 0.51 |
| bei anderen beliebt | 0.27 | -0.14 | 0.36 | -0.15 | | 0.24 |
| werde gehänselt | 0.31 | 0.27 | 0.38 | | 0.36 | 0.45 |
| besser mit Erwachsenen | 0.19 | 0.43 | 0.22 | | 0.13 | 0.29 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | -0.10 | 0.55 | | 0.18 | -0.19 | 0.39 |
| teile normalerweise | | 0.24 | -0.46 | | -0.26 | 0.35 |
| hilfsbereit wenn krank | | 0.52 | -0.39 | 0.23 | -0.15 | 0.51 |
| nett zu jüngeren | | 0.47 | -0.20 | | -0.20 | 0.30 |
| helfe freiwillig | | 0.51 | -0.43 | | 0.23 | 0.50 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 44.4%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.79; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 2094.06$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Schweden (SE), beide Geschlechter

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|--------------|-------------|-------------|--------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO | PRO | HYP | VER | PEE | |
| Anfang: Eigenwert | 3.96 | 2.40 | 1.77 | 1.33 | 1.17 | |
| erklärte Varianz ^c | 15.8 | 9.6 | 7.1 | 5.3 | 4.7 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.84 | 2.54 | 1.80 | 1.79 | 1.67 | |
| erklärte Varianz ^c | 11.3 | 10.2 | 7.2 | 7.2 | 6.7 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.62 | | | 0.17 | | 0.41 |
| häufig Sorgen | 0.68 | | | | 0.15 | 0.49 |
| oft unglücklich | 0.68 | | | 0.18 | 0.16 | 0.53 |
| verliere Selbstvertrauen | 0.60 | | 0.14 | -0.13 | 0.12 | 0.41 |
| viele Ängste | 0.55 | | | | 0.15 | 0.33 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.49 | -0.11 | 0.20 | 0.31 | | 0.39 |
| tue, was man mir sagt | | -0.28 | | 0.28 | -0.38 | 0.31 |
| schlage mich, zwinge andere | | -0.14 | | 0.70 | | 0.52 |
| lüge oder mogele | 0.11 | | 0.18 | 0.53 | 0.18 | 0.37 |
| nehme Dinge | | | | 0.59 | | 0.36 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | | | 0.81 | | | 0.67 |
| dauernd in Bewegung | | | 0.85 | 0.11 | | 0.73 |
| lasse mich leicht ablenken | 0.41 | -0.12 | 0.42 | 0.14 | | 0.38 |
| denke vorm Handeln | 0.22 | -0.42 | 0.13 | | -0.22 | 0.30 |
| mache Dinge zu Ende | 0.36 | -0.41 | 0.29 | | -0.11 | 0.40 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | 0.28 | | | | 0.56 | 0.40 |
| mind. einen Freund | 0.16 | -0.21 | -0.11 | | 0.51 | 0.35 |
| bei anderen beliebt | 0.24 | -0.46 | | | 0.37 | 0.41 |
| werde gehänselt | 0.23 | | | 0.39 | 0.45 | 0.41 |
| besser mit Erwachsenen | | | 0.13 | 0.11 | 0.61 | 0.41 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | | 0.58 | | -0.23 | | 0.39 |
| teile normalerweise | | 0.52 | | | -0.18 | 0.32 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.16 | 0.67 | | | -0.13 | 0.50 |
| nett zu jüngeren | | 0.47 | | -0.34 | | 0.34 |
| helfe freiwillig | | 0.71 | | | | 0.52 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 42.6%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.82; Bartlett χ^2 (df=300) = 12435.37; p < 0.001

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Schweden (SE), Mädchen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|-------------|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | EMO | PRO | PEE | VER | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 4.06 | 2.06 | 1.76 | 1.35 | 1.19 | |
| erklärte Varianz ^c | 16.2 | 8.2 | 7.0 | 5.4 | 4.8 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.83 | 2.24 | 1.93 | 1.73 | 1.69 | |
| erklärte Varianz ^c | 11.3 | 9.0 | 7.7 | 6.9 | 6.8 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.53 | | 0.18 | 0.31 | | 0.42 |
| häufig Sorgen | 0.67 | | 0.20 | | | 0.50 |
| oft unglücklich | 0.60 | | 0.31 | 0.29 | | 0.54 |
| verliere Selbstvertrauen | 0.68 | -0.13 | | -0.15 | | 0.50 |
| viele Ängste | 0.59 | | | -0.16 | | 0.38 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.46 | -0.13 | | 0.37 | 0.18 | 0.40 |
| tue, was man mir sagt | | -0.20 | -0.27 | 0.47 | | 0.34 |
| schlage mich, zwinge andere | | | | 0.63 | | 0.41 |
| lüge oder mogele | 0.11 | | 0.18 | 0.61 | | 0.42 |
| nehme Dinge | | | | 0.35 | | 0.13 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | | | | | 0.85 | 0.73 |
| dauernd in Bewegung | | | | | 0.85 | 0.75 |
| lasse mich leicht ablenken | 0.52 | | | 0.18 | 0.27 | 0.38 |
| denke vorm Handeln | 0.22 | -0.35 | -0.15 | 0.16 | 0.13 | 0.24 |
| mache Dinge zu Ende | 0.49 | -0.29 | | 0.11 | 0.23 | 0.40 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | 0.25 | | 0.61 | | | 0.45 |
| mind. einen Freund | | -0.15 | 0.59 | | | 0.39 |
| bei anderen beliebt | 0.18 | -0.41 | 0.42 | | | 0.38 |
| werde gehänselt | 0.10 | | 0.53 | 0.27 | | 0.37 |
| besser mit Erwachsenen | | | 0.61 | | 0.12 | 0.40 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | | 0.56 | | -0.21 | | 0.37 |
| teile normalerweise | | 0.52 | -0.17 | | | 0.30 |
| hilfsbereit wenn krank | | 0.64 | | | | 0.43 |
| nett zu jüngeren | | 0.51 | | -0.18 | | 0.29 |
| helfe freiwillig | -0.15 | 0.68 | 0.11 | | | 0.50 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 41.7%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.81; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 5972.59$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Schweden (SE), Jungen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|--------------|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | PRO | EMO | PEE | VER | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 4.02 | 2.40 | 1.77 | 1.26 | 1.08 | |
| erklärte Varianz ^c | 16.1 | 9.6 | 7.1 | 5.1 | 4.3 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.63 | 2.27 | 2.19 | 1.75 | 1.70 | |
| erklärte Varianz ^c | 10.5 | 9.1 | 8.8 | 7.0 | 6.8 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | | 0.53 | 0.15 | 0.17 | | 0.34 |
| häufig Sorgen | | 0.54 | 0.37 | | | 0.43 |
| oft unglücklich | | 0.37 | 0.47 | 0.26 | | 0.43 |
| verliere Selbstvertrauen | | 0.51 | 0.33 | -0.15 | 0.13 | 0.41 |
| viele Ängste | | 0.25 | 0.47 | | 0.11 | 0.30 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | -0.10 | 0.49 | 0.12 | 0.28 | 0.16 | 0.37 |
| tue, was man mir sagt | -0.34 | 0.22 | -0.31 | 0.23 | | 0.31 |
| schlage mich, zwinge andere | -0.14 | 0.13 | | 0.71 | | 0.55 |
| lüge oder moegele | | 0.29 | 0.22 | 0.38 | 0.14 | 0.30 |
| nehme Dinge | | | 0.14 | 0.65 | 0.12 | 0.46 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | | | | | 0.84 | 0.72 |
| dauernd in Bewegung | | 0.15 | | | 0.84 | 0.74 |
| lasse mich leicht ablenken | -0.10 | 0.56 | | | 0.36 | 0.46 |
| denke vorm Handeln | -0.48 | 0.27 | -0.14 | 0.10 | 0.11 | 0.34 |
| mache Dinge zu Ende | -0.46 | 0.43 | | | 0.18 | 0.44 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | | 0.13 | 0.54 | | | 0.32 |
| mind. einen Freund | -0.23 | | 0.56 | | | 0.38 |
| bei anderen beliebt | -0.49 | 0.20 | 0.35 | -0.11 | | 0.42 |
| werde gehänselt | | 0.18 | 0.52 | 0.36 | | 0.44 |
| besser mit Erwachsenen | | | 0.46 | | | 0.22 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | 0.58 | -0.11 | | -0.16 | | 0.37 |
| teile normalerweise | 0.48 | 0.33 | -0.21 | | | 0.40 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.69 | 0.13 | | | | 0.50 |
| nett zu jüngeren | 0.41 | | | -0.44 | | 0.37 |
| helfe freiwillig | 0.71 | | | | | 0.52 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 42.2%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.83; Bartlett χ^2 (df=300) = 6288.02; p < 0.001

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Großbritannien (UK), beide Geschlechter

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | PRO | EMO | VER | HYP | ? | |
| Anfang: Eigenwert | 5.10 | 2.87 | 1.87 | 1.37 | 1.04 | |
| erklärte Varianz ^c | 20.4 | 11.5 | 7.5 | 5.5 | 4.2 | |
| Rotiert: Eigenwert | 2.94 | 2.67 | 2.49 | 2.18 | 1.98 | |
| erklärte Varianz ^c | 11.7 | 10.7 | 9.9 | 8.7 | 7.9 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | 0.10 | 0.48 | | 0.19 | 0.25 | 0.34 |
| häufig Sorgen | | 0.75 | | | | 0.58 |
| oft unglücklich | | 0.65 | 0.28 | 0.13 | | 0.52 |
| verliere Selbstvertrauen | | 0.58 | 0.20 | | | 0.38 |
| viele Ängste | | 0.49 | 0.46 | | | 0.45 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | | 0.27 | 0.15 | 0.47 | 0.36 | 0.45 |
| tue, was man mir sagt | -0.29 | -0.11 | 0.13 | 0.55 | | 0.41 |
| schlage mich, zwinge andere | -0.17 | | 0.54 | 0.24 | 0.29 | 0.46 |
| lüge oder moegele | -0.13 | | 0.67 | 0.22 | 0.12 | 0.54 |
| nehme Dinge | -0.20 | 0.12 | 0.63 | | 0.21 | 0.50 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | | | | | 0.84 | 0.72 |
| dauernd in Bewegung | | | 0.25 | | 0.76 | 0.65 |
| lasse mich leicht ablenken | | 0.17 | 0.27 | 0.50 | 0.45 | 0.55 |
| denke vorm Handeln | -0.33 | 0.12 | | 0.60 | | 0.49 |
| mache Dinge zu Ende | -0.17 | 0.12 | | 0.68 | | 0.51 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | -0.28 | 0.53 | | -0.37 | 0.31 | 0.60 |
| mind. einen Freund | -0.58 | 0.14 | 0.29 | | | 0.45 |
| bei anderen beliebt | -0.53 | 0.36 | | | | 0.43 |
| werde gehänselt | -0.19 | 0.34 | 0.64 | | | 0.57 |
| besser mit Erwachsenen | | 0.33 | 0.43 | -0.18 | | 0.34 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | 0.62 | | -0.22 | -0.27 | | 0.52 |
| teile normalerweise | 0.53 | 0.19 | -0.19 | | | 0.37 |
| hilfsbereit wenn krank | 0.72 | | -0.12 | | | 0.54 |
| nett zu jüngeren | 0.63 | | | -0.17 | -0.15 | 0.45 |
| helfe freiwillig | 0.53 | | 0.21 | -0.33 | -0.11 | 0.45 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 49.0%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.85; Bartlett χ^2 (df=300) = 3732.01; p < 0.001

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Großbritannien (UK), Mädchen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | PRO+PEE | VER+HYP | ? | ? | EMO | |
| Anfang: Eigenwert | 5.41 | 2.22 | 2.15 | 1.43 | 1.12 | |
| erklärte Varianz ^c | 21.7 | 8.9 | 8.6 | 5.7 | 4.5 | |
| Rotiert: Eigenwert | 3.23 | 2.82 | 2.32 | 2.18 | 1.79 | |
| erklärte Varianz ^c | 12.9 | 11.3 | 9.3 | 8.7 | 7.1 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | | 0.37 | 0.12 | -0.10 | 0.58 | 0.50 |
| häufig Sorgen | | -0.11 | | 0.43 | 0.65 | 0.63 |
| oft unglücklich | 0.21 | 0.13 | | 0.30 | 0.69 | 0.62 |
| verliere Selbstvertrauen | | | 0.11 | 0.68 | 0.13 | 0.50 |
| viele Ängste | | 0.10 | | 0.61 | 0.16 | 0.41 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.10 | 0.39 | 0.41 | | 0.39 | 0.48 |
| tue, was man mir sagt | 0.17 | 0.17 | 0.57 | | | 0.39 |
| schlage mich, zwingt andere | 0.36 | 0.51 | 0.17 | | | 0.42 |
| lüge oder moegele | 0.30 | 0.36 | 0.11 | 0.31 | | 0.33 |
| nehme Dinge | 0.37 | 0.39 | | 0.31 | | 0.39 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | | 0.76 | 0.17 | | | 0.60 |
| dauernd in Bewegung | | 0.76 | 0.12 | | | 0.61 |
| lasse mich leicht ablenken | | 0.54 | 0.48 | 0.18 | 0.18 | 0.58 |
| denke vorm Handeln | 0.26 | 0.13 | 0.64 | | | 0.51 |
| mache Dinge zu Ende | | 0.13 | 0.70 | 0.25 | 0.11 | 0.59 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | 0.36 | 0.31 | -0.44 | 0.23 | 0.24 | 0.53 |
| mind. einen Freund | 0.57 | | | 0.27 | | 0.41 |
| bei anderen beliebt | 0.51 | | | 0.41 | | 0.43 |
| werde gehänselt | 0.38 | 0.39 | -0.10 | 0.51 | | 0.57 |
| besser mit Erwachsenen | | 0.41 | -0.33 | 0.26 | 0.23 | 0.40 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | -0.64 | | -0.24 | | | 0.48 |
| teile normalerweise | -0.52 | | -0.21 | -0.21 | 0.24 | 0.42 |
| hilfsbereit wenn krank | -0.73 | | | | | 0.55 |
| nett zu jüngeren | -0.64 | -0.17 | -0.16 | | | 0.47 |
| helfe freiwillig | -0.45 | | -0.33 | 0.28 | -0.30 | 0.49 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 49.3%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.83; Bartlett $\chi^2_{(df=300)} = 1912.95$; $p < 0.001$

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation in Großbritannien (UK), Jungen

| Extrahierter Faktor | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Komm. ^a |
|------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Inhaltliche Zuordnung ^b | PRO | EMO | VER | HYP | PEE | |
| Anfang: Eigenwert | 5.08 | 3.33 | 1.75 | 1.39 | 1.06 | |
| erklärte Varianz ^c | 20.3 | 13.3 | 7.0 | 5.6 | 4.2 | |
| Rotiert: Eigenwert | 3.41 | 2.99 | 2.32 | 2.12 | 1.77 | |
| erklärte Varianz ^c | 13.6 | 12.0 | 9.3 | 8.5 | 7.1 | |
| Emotionale Probleme | | | | | | |
| häufig Kopfschmerzen | | 0.61 | 0.17 | | | 0.41 |
| häufig Sorgen | | 0.77 | | | | 0.60 |
| oft unglücklich | | 0.55 | 0.20 | 0.19 | 0.36 | 0.51 |
| verliere Selbstvertrauen | | 0.60 | | 0.11 | 0.12 | 0.40 |
| viele Ängste | | 0.56 | 0.39 | | 0.24 | 0.52 |
| Verhaltensprobleme | | | | | | |
| leicht wütend | 0.13 | 0.40 | 0.29 | 0.37 | -0.34 | 0.51 |
| tue, was man mir sagt | 0.55 | -0.25 | 0.17 | 0.15 | 0.14 | 0.44 |
| schlage mich, zwinge andere | 0.14 | 0.20 | 0.66 | 0.23 | | 0.54 |
| lüge oder moegele | 0.11 | 0.14 | 0.66 | 0.22 | 0.13 | 0.54 |
| nehme Dinge | | 0.23 | 0.66 | 0.16 | 0.23 | 0.57 |
| Hyperaktivität | | | | | | |
| unruhig, kann nicht stillsitzen | | 0.16 | 0.13 | 0.70 | | 0.53 |
| dauernd in Bewegung | | | 0.20 | 0.72 | 0.23 | 0.62 |
| lasse mich leicht ablenken | 0.17 | 0.16 | 0.25 | 0.64 | | 0.53 |
| denke vorm Handeln | 0.65 | | -0.11 | 0.14 | | 0.46 |
| mache Dinge zu Ende | 0.53 | | -0.19 | 0.44 | | 0.50 |
| Peer-Probleme | | | | | | |
| bin meistens für mich | | 0.60 | -0.15 | 0.16 | 0.34 | 0.53 |
| mind. einen Freund | 0.44 | | 0.16 | | 0.57 | 0.55 |
| bei anderen beliebt | 0.52 | 0.20 | | | 0.36 | 0.46 |
| werde gehänselt | | 0.37 | 0.33 | 0.11 | 0.59 | 0.60 |
| besser mit Erwachsenen | -0.17 | 0.27 | 0.21 | | 0.52 | 0.42 |
| Prosoziales Verhalten | | | | | | |
| versuche nett zu sein | -0.65 | | -0.35 | | | 0.56 |
| teile normalerweise | -0.42 | 0.18 | -0.32 | 0.29 | | 0.40 |
| hilfsbereit wenn krank | -0.66 | | -0.24 | 0.16 | -0.12 | 0.54 |
| nett zu jüngeren | -0.61 | -0.10 | | | | 0.38 |
| helfe freiwillig | -0.64 | | | | 0.27 | 0.49 |

^a = Kommunalität; ^b = die inhaltliche Zuordnung erfolgt zu jener Skala, von der über die Hälfte der Items (≥ 3) die Hauptladung auf dem jeweiligen Faktor zeigen; ^c = durch alle Faktoren erklärte Gesamtvarianz = 50.4%; Kaiser-Meyer-Olkin = 0.83; Bartlett χ^2 (df=300) = 2108.20; p < 0.001

Auswertungen bzgl. fehlender Werte

Itemspezifische Häufigkeiten fehlender Werte (%) im selbst- und elternberichteten SDQ

| LAND | AT | | CH | | CZ | | DE | | EL | | ES | | FR | | HU | | NL | | PL | | SE | | UK | | | |
|---|----------------|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|-----|-----|-----|
| | S | E | S | E | S | E | S | E | S | E | S | E | S | E | S | E | S | E | S | E | S | E | S | E | | |
| SDQ-Item | n ^a | | 930 | 900 | 543 | 1082 | 1029 | 1028 | 1068 | 1059 | 1148 | 1020 | 532 | 527 | 323 | 603 | 1845 | 1077 | 1205 | 1180 | 1032 | 1005 | 3277 | - | 638 | 504 |
| Emotionale Probleme | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kopf- / Bauchweh ^d | 0.3 | 0.3 | 0.6 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.1 | 0.4 | 0.2 | 0.2 | 0.4 | | 0.5 | 0.3 | 0.1 | 0.2 | 0.1 | 0.2 | 1.1 | 0.6 | | | 0.5 | | |
| Sorgen ^d | 0.6 | | 0.9 | 0.6 | 0.2 | 0.2 | 1.2 | 0.2 | 0.9 | 0.7 | 0.6 | 0.9 | 0.3 | 0.7 | 0.9 | 0.3 | 0.2 | 0.4 | 0.2 | 1.0 | 0.8 | | | 1.4 | 0.4 | |
| Unglücklich ^d | 0.3 | | 0.9 | 0.7 | 0.3 | 0.3 | 0.2 | 0.1 | 0.5 | 0.4 | 0.4 | 0.6 | | 0.8 | 0.6 | 0.4 | 0.4 | 0.7 | 0.5 | 1.0 | 0.6 | | | 1.9 | 0.2 | |
| Verliert Selbstvertrauen ^d | 0.3 | 0.2 | 0.6 | 0.7 | 0.5 | 0.2 | 0.4 | 0.2 | 0.9 | 1.1 | 0.8 | 1.1 | 0.6 | 0.7 | 0.9 | 0.3 | 0.2 | | 0.5 | 1.3 | 0.9 | | | 1.6 | 0.2 | |
| Viele Ängste ^d | 0.5 | 0.3 | 1.8 | 1.1 | 0.2 | 0.1 | 0.6 | 0.1 | 1.6 | 1.1 | 0.2 | 1.1 | 0.6 | 1.2 | 0.9 | 0.2 | | | 0.5 | 0.8 | 1.0 | | | 2.0 | | |
| Verhaltensprobleme | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Leicht wütend ^d | 0.4 | | 0.9 | 0.4 | 0.5 | 0.1 | 0.5 | 0.2 | 0.5 | 0.4 | 0.4 | 0.9 | 0.9 | 0.3 | 0.5 | 0.2 | 0.2 | 0.3 | 0.2 | 0.7 | 0.6 | | | 0.8 | 0.2 | |
| Im allgemeinen folgsam ^{c, d} | 0.4 | 0.4 | 1.5 | 0.5 | 0.4 | | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 0.6 | 0.6 | 1.3 | 0.6 | 0.7 | 0.3 | 0.2 | | 0.2 | 0.1 | 0.5 | 0.9 | | | 1.3 | 0.6 | |
| Streitet oder schikaniert ^d | | 0.1 | 0.7 | 0.3 | 0.6 | 0.1 | 0.1 | 0.3 | 1.0 | 0.9 | 0.8 | 0.8 | 0.6 | 0.3 | 1.1 | 0.4 | 0.3 | 0.1 | 0.4 | 1.1 | 0.6 | | | 1.6 | 0.2 | |
| Lügt oder mogelt ^d | 0.8 | 0.1 | 1.1 | 0.6 | 0.5 | 0.3 | 0.4 | 0.1 | 0.7 | 0.7 | 0.8 | 1.7 | 0.3 | 0.7 | 0.9 | 0.5 | 0.2 | | 0.4 | 1.1 | 0.8 | | | 1.9 | 0.2 | |
| Stiehlt ^d | 0.4 | 0.2 | 1.5 | 1.8 | 0.2 | 0.4 | 0.7 | 0.2 | 2.0 | 1.5 | 0.4 | 0.9 | 0.6 | 0.8 | 0.7 | 0.1 | 0.2 | 0.2 | 0.3 | 1.0 | 1.0 | | | 2.2 | 0.2 | |
| Hyperaktivität | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unruhig, überaktiv ^d | 0.1 | 0.2 | 0.4 | 0.6 | 0.2 | | 0.2 | | 0.7 | 0.3 | | 0.2 | 0.6 | | 0.4 | 0.2 | | 0.1 | 0.2 | 1.2 | 0.3 | | | 0.5 | 0.6 | |
| Ständig zappelig ^d | 0.2 | 0.1 | 1.3 | 1.3 | 0.2 | | 0.7 | 0.2 | 0.5 | 0.7 | 0.6 | 1.5 | 0.6 | 0.5 | 0.8 | 0.2 | | 0.3 | 0.2 | 1.2 | 0.6 | | | 1.9 | 0.4 | |
| Leicht ablenkbar ^d | 0.5 | 0.3 | 1.8 | 0.6 | 0.5 | 0.3 | 0.5 | 0.1 | 0.5 | 1.9 | 0.6 | 1.1 | | 0.8 | 0.8 | 0.3 | 0.2 | 0.3 | 0.4 | 1.2 | 0.7 | | | 2.2 | 0.2 | |
| Denkt vorm Handeln ^{c, d} | 0.9 | 0.2 | 1.3 | 1.4 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 2.8 | 1.4 | 0.2 | 0.8 | 0.3 | 0.5 | 0.6 | 0.8 | 0.2 | 0.7 | 0.4 | 1.3 | 1.1 | | | 2.0 | 0.2 | |
| Führt Aufgaben zu Ende ^{c, d} | 0.3 | 0.3 | 1.7 | 1.5 | 0.2 | 0.1 | 0.4 | | 2.1 | 1.0 | | 0.4 | 0.6 | 0.5 | 0.8 | 0.2 | 0.2 | | 0.5 | 1.0 | 0.7 | | | 2.0 | 0.2 | |
| Peer-Probleme | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Meistens für sich ^d | 0.1 | 0.3 | 2.0 | 0.7 | 0.1 | 0.1 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.9 | 0.2 | 1.3 | | 0.5 | 0.5 | 0.2 | 0.5 | 0.3 | | 0.7 | 0.7 | | | 0.8 | 0.2 | |
| Mind. einen Freund ^{c, d} | 0.2 | 0.1 | 0.6 | 0.6 | 0.3 | 0.3 | 0.4 | 0.2 | 1.0 | 0.8 | | 1.7 | 0.3 | 0.7 | 1.0 | 0.6 | 0.4 | 0.2 | 0.2 | 1.2 | 0.5 | | | 1.6 | | |
| Bei anderen beliebt ^{c, d} | 0.3 | 0.2 | 2.4 | 0.7 | 0.7 | 0.2 | 0.4 | 0.1 | 0.4 | 0.8 | 0.8 | 1.7 | 1.2 | 1.5 | 1.2 | 0.3 | 0.4 | 0.3 | 0.5 | 1.0 | 1.0 | | | 1.4 | 0.2 | |
| Wird gehänselt ^d | 0.5 | 0.2 | 1.1 | 0.5 | 0.8 | 0.5 | 0.2 | 0.5 | 5.4 | 1.6 | 0.4 | 1.7 | 0.6 | 1.8 | 0.7 | 0.2 | 0.2 | 0.6 | 0.2 | 1.6 | 0.9 | | | 2.4 | 0.4 | |
| Besser mit Erwachsenen ^d | 0.9 | 0.8 | 1.7 | 1.7 | 0.5 | 0.1 | 0.7 | 0.5 | 1.3 | 2.3 | 0.4 | 1.5 | 0.9 | 1.3 | 0.8 | 0.5 | 0.1 | 0.1 | 0.5 | 1.0 | 1.4 | | | 2.7 | 0.6 | |
| Range der Missinganteile unter den SDQ-Problem-Items | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Minimum | | | 0.4 | 0.3 | 0.1 | | 0.1 | | 0.4 | 0.2 | | 0.2 | | | 0.3 | 0.1 | | | 0.5 | 0.3 | | | | 0.5 | 0.2 | |
| Maximum | 0.9 | 0.8 | 1.8 | 1.8 | 0.8 | 0.5 | 1.2 | 0.5 | 5.4 | 2.3 | 0.8 | 1.7 | 1.2 | 1.8 | 1.2 | 0.8 | 0.5 | 0.7 | 0.5 | 1.6 | 1.4 | | | 2.7 | 0.6 | |

^a Bei Ausschluss aller Personen, die keine einzige Angabe in den SDQ-Items gemacht haben

Itemspezifische Häufigkeiten fehlender Werte (%) in den KIDSCREEN-Skalen

| LAND | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE | NL | PL | SE | UK |
|---|-----|------|------|------|------|-----|-----|------|-----|------|------|------|-----|
| KIDSCREEN-Item n | 932 | 1097 | 1029 | 1071 | 1174 | 538 | 630 | 1856 | 901 | 1206 | 1035 | 3283 | 902 |
| Schule^a Have you... | | | | | | | | | | | | | |
| ... been happy at school? (k08_y01) | 0.5 | 0.5 | 0.1 | | 0.1 | | 0.2 | | 0.6 | 0.2 | 0.1 | 0.3 | |
| ... got on well at school? (k08_y03) | 0.8 | 0.7 | 0.3 | 0.6 | 0.5 | 0.4 | 0.5 | 0.1 | 0.6 | 0.3 | 0.6 | 0.7 | 0.3 |
| ... been satisfied with your teachers? (k08_y06) | 0.3 | 1.0 | 0.2 | 0.3 | 0.2 | 0.2 | 0.3 | 0.2 | 0.3 | 0.5 | | 0.9 | 0.3 |
| ... been able to pay attention? (k08_y07) | 0.8 | 0.6 | | 0.8 | 0.3 | 0.2 | 0.3 | 0.1 | 0.1 | 0.8 | | 0.6 | 0.2 |
| ... enjoyed going to school? (k08_y08) | 1.5 | 0.9 | 0.1 | 0.7 | 0.5 | 1.0 | 0.6 | 0.2 | 0.1 | 0.6 | 0.4 | 0.6 | 0.8 |
| ... got along well with your teachers? (k08_y10) | 1.2 | 0.8 | 0.1 | 0.9 | 0.5 | 0.6 | 0.6 | 0.3 | 0.6 | 0.8 | 0.2 | 0.7 | 0.6 |
| Familie Have you/your... | | | | | | | | | | | | | |
| ... parent(s) understood you? (k05_y03) | 0.8 | 1.6 | 0.3 | 0.7 | 0.3 | 1.1 | 1.3 | 0.4 | 0.3 | 0.7 | 0.3 | 1.1 | 0.6 |
| ... felt loved by your parent(s)? (k05_y04) | 0.5 | 1.5 | 0.3 | 0.4 | 0.6 | 1.5 | 1.3 | 0.3 | 0.6 | 0.8 | 0.2 | 1.3 | 1.1 |
| ... been happy at home? (k05_y05) | 0.8 | 0.6 | | 0.2 | 0.2 | 1.1 | 0.5 | 0.2 | 0.1 | 0.7 | 0.1 | 0.4 | 0.1 |
| ... parent(s) had enough time for you? (k05_y07) | 1.1 | 0.8 | | 0.6 | 0.6 | 1.1 | 1.1 | 0.4 | 0.2 | 1.0 | 0.5 | 0.5 | 0.3 |
| ... parent(s) treated you fairly? (k05_y08) | 0.9 | 1.1 | 0.3 | 0.5 | 0.9 | 1.3 | 1.3 | 0.2 | 0.3 | 1.0 | 0.9 | 0.6 | 0.4 |
| ... been able to talk to your parent(s) when you wanted to? (k05_y09) | 1.0 | 1.2 | | 0.3 | 0.3 | 1.1 | 0.5 | 0.2 | | 0.8 | 0.6 | 0.7 | 0.2 |
| Peers Have you... | | | | | | | | | | | | | |
| ... spent time with your friends? (k04_y03) | 0.3 | 0.7 | 0.1 | 0.1 | 0.3 | | 0.2 | | | 0.2 | | 0.2 | 0.9 |
| ... done things with other girls and boys? (k04_y04) | 0.1 | 0.5 | 0.1 | 0.1 | 0.7 | 0.6 | 2.1 | 0.1 | 0.9 | 0.4 | 0.3 | 0.4 | 2.1 |
| ... had fun with your friends? (k04_y05) | 0.1 | 0.3 | 0.1 | 0.1 | 0.3 | 0.2 | 0.5 | 0.2 | 0.6 | 0.2 | 0.3 | 0.7 | 1.0 |
| ... and your friends helped each other? (k04_y06) | 0.4 | 0.5 | 0.1 | 0.4 | 0.8 | 0.6 | 0.6 | 0.6 | 0.1 | 0.6 | 0.1 | 0.7 | 1.1 |
| ... been able to talk about everything with your friends? (k04_y07) | 0.6 | 0.9 | | 0.7 | 0.5 | | 0.3 | 0.1 | | 0.3 | 0.6 | 0.5 | 0.9 |
| ... been able to rely on your friends? (k04_y09) | 0.4 | 1.0 | 0.2 | 0.3 | 0.6 | 0.9 | 0.3 | 0.2 | 0.2 | 0.4 | 0.4 | 0.7 | 0.6 |
| Bullying Have (you)... | | | | | | | | | | | | | |
| ... been afraid of other girls and boys? (k09_y01) | 4.9 | 0.5 | 0.4 | 1.1 | 0.3 | 2.0 | 1.6 | 0.1 | 0.3 | 1.1 | 0.4 | 1.1 | 0.3 |
| ... other girls and boys made fun of you? (k09_y02) | 5.0 | 0.6 | 0.4 | 1.2 | 0.3 | 2.0 | 1.6 | 0.3 | 0.4 | 1.5 | 0.3 | 1.2 | 0.3 |
| ... other girls and boys bullied you? (k09_y03) | 5.2 | 0.5 | 0.4 | 1.3 | 0.3 | 2.0 | 1.6 | 0.1 | 0.3 | 1.0 | 0.3 | 1.4 | 0.8 |
| Range der Missinganteile unter den KIDSCREEN-Items | | | | | | | | | | | | | |
| Minimum | 0.1 | 0.3 | | | 0.1 | | 0.2 | | | 0.2 | | 0.2 | |
| Maximum | 5.2 | 1.6 | 0.4 | 1.3 | 0.9 | 2.0 | 2.1 | 0.6 | 0.9 | 1.5 | 0.9 | 1.4 | 2.1 |

^a nach Ausschluss derer, ohne Angabe in dieser Skala (z.B. wegen Ferien oder Krankheit): AT 888, CH 1080, CZ 1023, DE 1056, EL 1170, ES 525, FR 618, HU 1855, IE 901, NL 1195, PL 1032, SE 3282, UK 889

Häufigkeiten in SDQ bzw. Family Affluence Scale

Antworthäufigkeiten (%) im selbstberichteten SDQ-Symptomfragebogen (nicht zutreffend/ teilweise zutreffend / eindeutig zutreffend) ^{a,b,c}

| SDQ-Item | LAND (n) | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | NL | PL | SE | UK | Gesamt |
|--|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Kopf- / Bauchweh ^d | | 70/ 24/ 6 | 73/ 24/ 3 | 68/ 26/ 6 | 69/ 24/ 6 | 76/ 19/ 5 | 77/ 19/ 4 | 67/ 26/ 7 | 60/ 29/ 11 | 70/ 23/ 7 | 66/ 27/ 7 | 64/ 27/ 9 | 64/ 26/ 9 | 67/ 25/ 8 |
| Sorgen ^d | | 48/ 41/ 11 | 49/ 43/ 8 | 34/ 55/ 12 | 48/ 43/ 9 | 34/ 45/ 20 | 47/ 42/ 12 | 45/ 39/ 16 | 51/ 36/ 13 | 50/ 38/ 12 | 45/ 44/ 11 | 52/ 35/ 14 | 50/ 38/ 12 | 47/ 40/ 13 |
| Unglücklich ^d | | 77/ 18/ 5 | 77/ 21/ 3 | 59/ 36/ 6 | 78/ 19/ 4 | 60/ 30/ 10 | 71/ 23/ 6 | 63/ 28/ 9 | 57/ 32/ 11 | 80/ 17/ 3 | 64/ 29/ 7 | 75/ 18/ 7 | 63/ 28/ 9 | 69/ 24/ 7 |
| Verliere Selbstvertrauen ^d | | 49/ 39/ 12 | 49/ 40/ 11 | 34/ 50/ 16 | 53/ 38/ 9 | 31/ 42/ 27 | 44/ 39/ 17 | 44/ 37/ 20 | 48/ 37/ 15 | 39/ 42/ 18 | 37/ 50/ 13 | 37/ 48/ 15 | 36/ 45/ 19 | 41/ 43/ 16 |
| Viele Ängste ^d | | 74/ 21/ 5 | 75/ 22/ 3 | 60/ 35/ 5 | 79/ 18/ 3 | 69/ 25/ 7 | 74/ 22/ 5 | 65/ 29/ 6 | 77/ 18/ 5 | 84/ 14/ 2 | 73/ 23/ 4 | 70/ 25/ 5 | 72/ 21/ 7 | 73/ 23/ 5 |
| Leicht wütend ^d | | 45/ 45/ 10 | 54/ 38/ 8 | 35/ 52/ 12 | 52/ 41/ 7 | 34/ 45/ 21 | 37/ 46/ 17 | 37/ 41/ 22 | 48/ 39/ 13 | 73/ 24/ 3 | 40/ 42/ 18 | 56/ 36/ 8 | 42/ 42/ 16 | 49/ 40/ 12 |
| Tue was gesagt wird ^{c, d} | | 21/ 66/ 13 | 24/ 64/ 11 | 25/ 64/ 12 | 25/ 65/ 10 | 8 / 42/ 50 | 40/ 54/ 6 | 32/ 60/ 8 | 12/ 52/ 37 | 25/ 63/ 12 | 34/ 62/ 5 | 32/ 59/ 9 | 34/ 57/ 9 | 25/ 58/ 17 |
| Schlage mich oft ^d | | 88/ 11/ 2 | 83/ 16/ 1 | 18/ 59/ 23 | 89/ 10/ 1 | 69/ 25/ 6 | 89/ 10/ 1 | 86/ 13/ 1 | 38/ 51/ 11 | 84/ 15/ 1 | 81/ 17/ 2 | 89/ 9/ 2 | 72/ 22/ 6 | 73/ 22/ 5 |
| Lügen oder mogeln ^d | | 79/ 19/ 3 | 82/ 16/ 3 | 72/ 23/ 5 | 80/ 18/ 3 | 82/ 14/ 5 | 76/ 20/ 5 | 74/ 20/ 6 | 85/ 12/ 4 | 80/ 16/ 4 | 77/ 19/ 5 | 79/ 16/ 5 | 64/ 26/ 10 | 79/ 17/ 5 |
| Nehme Dinge ^d | | 89/ 9/ 2 | 85/ 14/ 1 | 87/ 12/ 1 | 90/ 10/ 1 | 93/ 5/ 2 | 87/ 11/ 2 | 80/ 17/ 3 | 95/ 4/ 1 | 89/ 8/ 3 | 93/ 5/ 2 | 88/ 9/ 3 | 81/ 14/ 5 | 89/ 9/ 2 |
| Unruhig, nicht stillsitzen ^d | | 43/ 40/ 16 | 43/ 42/ 15 | 42/ 48/ 10 | 50/ 38/ 12 | 38/ 42/ 20 | 35/ 38/ 28 | 38/ 43/ 19 | 41/ 45/ 14 | 36/ 42/ 22 | 43/ 45/ 13 | 32/ 48/ 20 | 36/ 46/ 19 | 39/ 44/ 17 |
| Zappelig, in Bewegung ^d | | 42/ 43/ 16 | 39/ 44/ 16 | 61/ 35/ 5 | 48/ 39/ 13 | 47/ 36/ 17 | 32/ 41/ 26 | 48/ 36/ 16 | 49/ 39/ 12 | 45/ 35/ 20 | 30/ 51/ 18 | 36/ 43/ 21 | 53/ 35/ 13 | 43/ 40/ 17 |
| Leicht ablenkbar ^d | | 43/ 45/ 12 | 39/ 52/ 9 | 38/ 53/ 9 | 46/ 45/ 9 | 37/ 47/ 16 | 28/ 47/ 25 | 33/ 45/ 23 | 43/ 43/ 13 | 38/ 45/ 17 | 42/ 48/ 10 | 50/ 37/ 13 | 43/ 40/ 18 | 43/ 44/ 13 |
| Denke vorher ^{c, d} | | 36/ 57/ 7 | 31/ 65/ 4 | 36/ 56/ 8 | 36/ 61/ 3 | 53/ 38/ 9 | 38/ 54/ 9 | 32/ 60/ 8 | 36/ 56/ 9 | 37/ 56/ 6 | 23/ 62/ 15 | 36/ 59/ 5 | 32/ 55/ 14 | 36/ 57/ 8 |
| Mache Dinge zu Ende ^{c, d} | | 32/ 58/ 10 | 32/ 61/ 7 | 32/ 59/ 9 | 37/ 57/ 7 | 40/ 50/ 10 | 31/ 58/ 12 | 23/ 58/ 18 | 31/ 61/ 9 | 31/ 57/ 13 | 40/ 53/ 6 | 51/ 43/ 5 | 32/ 52/ 16 | 38/ 54/ 9 |
| Meist für mich ^d | | 55/ 38/ 8 | 53/ 40/ 7 | 47/ 41/ 12 | 57/ 35/ 8 | 76/ 18/ 6 | 77/ 17/ 6 | 61/ 29/ 10 | 66/ 24/ 10 | 47/ 41/ 13 | 75/ 22/ 3 | 61/ 31/ 8 | 72/ 21/ 8 | 62/ 30/ 8 |
| Mind. einen guten Freund ^{c, d} | | 87/ 11/ 2 | 86/ 12/ 1 | 81/ 16/ 3 | 86/ 12/ 2 | 80/ 16/ 4 | 89/ 8/ 3 | 94/ 4/ 2 | 83/ 12/ 5 | 90/ 6/ 5 | 76/ 18/ 6 | 92/ 6/ 2 | 84/ 12/ 5 | 86/ 11/ 3 |
| Beliebt bei Gleichaltrigen ^{c, d} | | 47/ 48/ 5 | 47/ 49/ 4 | 51/ 47/ 3 | 47/ 49/ 4 | 61/ 37/ 3 | 67/ 32/ 1 | 62/ 35/ 3 | 62/ 34/ 4 | 75/ 23/ 2 | 55/ 39/ 6 | 51/ 45/ 5 | 51/ 43/ 7 | 56/ 40/ 4 |
| Gehänselt / schikaniert ^d | | 79/ 19/ 3 | 80/ 17/ 3 | 85/ 12/ 3 | 84/ 12/ 3 | 79/ 16/ 5 | 81/ 16/ 3 | 83/ 14/ 3 | 85/ 12/ 3 | 85/ 12/ 4 | 87/ 10/ 3 | 89/ 9/ 2 | 79/ 15/ 6 | 84/ 13/ 3 |
| Besser mit Erwachsenen ^d | | 53/ 38/ 8 | 55/ 41/ 5 | 40/ 52/ 9 | 52/ 41/ 7 | 53/ 33/ 14 | 58/ 34/ 8 | 49/ 41/ 10 | 55/ 36/ 9 | 64/ 30/ 6 | 55/ 40/ 6 | 47/ 43/ 9 | 57/ 33/ 9 | 52/ 39/ 9 |

^a prozentuale Angaben addieren sich durch die Rundung nicht immer auf 100

^b fehlende Werte wurden fallweise ausgeschlossen

^c positiv formulierte Items wurden rekodiert, so dass auch hier die zuerst aufgeführte Ausprägung die „unproblematische“ ist, während die letzte Verhaltensauffälligkeiten indiziert

^d signifikante Unterschiede der Mittelwertsausprägungen ($p < .001$) in den verschiedenen Ländern

Antworthäufigkeiten (%) im elternberichteten SDQ-Symptomfragebogen (nicht zutreffend/ teilweise zutreffend / eindeutig zutreffend) ^{a,b,c}

| SDQ-Item | LAND | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | NL | PL | SE | UK | Gesamt |
|--|------|------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|----|------------|------------|
| Kopf- / Bauchweh ^d | | 67/ 28/ 4 | 69/ 27/ 4 | 70/ 25/ 5 | 61/ 33/ 7 | 72/ 23/ 5 | 72/ 22/ 6 | 68/ 25/ 7 | 63/ 30/ 7 | 63/ 29/ 8 | 55/ 35/ 10 | | 68/ 25/ 7 | 66/ 28/ 6 |
| Sorgen ^d | | 76/ 21/ 4 | 77/ 19/ 4 | 41/ 51/ 8 | 76/ 20/ 4 | 34/ 50/ 16 | 57/ 38/ 5 | 43/ 45/ 12 | 59/ 32/ 10 | 71/ 23/ 6 | 51/ 42/ 7 | | 70/ 24/ 6 | 60/ 33/ 7 |
| Unglücklich ^d | | 86/ 13/ 1 | 87/ 11/ 2 | 63/ 32/ 5 | 85/ 13/ 2 | 75/ 20/ 6 | 81/ 15/ 5 | 83/ 14/ 5 | 76/ 20/ 5 | 82/ 14/ 4 | 70/ 25/ 5 | | 81/ 14/ 5 | 78/ 18/ 4 |
| Verliert Selbstvertrauen ^d | | 65/ 29/ 6 | 65/ 30/ 6 | 40/ 49/ 11 | 69/ 26/ 5 | 64/ 28/ 8 | 59/ 33/ 8 | 64/ 30/ 6 | 58/ 34/ 8 | 61/ 31/ 8 | 50/ 42/ 9 | | 66/ 29/ 5 | 60/ 33/ 7 |
| Viele Ängste ^d | | 77/ 20/ 3 | 79/ 19/ 3 | 75/ 21/ 3 | 80/ 18/ 2 | 70/ 23/ 6 | 75/ 20/ 4 | 74/ 24/ 3 | 80/ 18/ 3 | 86/ 12/ 2 | 79/ 17/ 4 | | 80/ 17/ 3 | 78/ 19/ 3 |
| Leicht wütend ^d | | 51/ 40/ 10 | 56/ 38/ 6 | 39/ 51/ 10 | 60/ 34/ 6 | 39/ 46/ 15 | 50/ 41/ 9 | 53/ 34/ 13 | 51/ 41/ 8 | 71/ 25/ 4 | 37/ 50/ 13 | | 63/ 29/ 8 | 52/ 39/ 9 |
| Im allgemeinen folgsam ^{c, d} | | 30/ 63/ 7 | 32/ 61/ 7 | 35/ 57/ 9 | 34/ 60/ 7 | 36/ 53/ 11 | 46/ 48/ 7 | 55/ 40/ 5 | 62/ 35/ 3 | 55/ 40/ 6 | 35/ 58/ 7 | | 60/ 36/ 5 | 42/ 51/ 7 |
| Streitet oder schikaniert ^d | | 79/ 20/ 1 | 85/ 13/ 2 | 80/ 17/ 3 | 86/ 11/ 2 | 82/ 15/ 3 | 87/ 12/ 2 | 94/ 6/ 1 | 96/ 4/ 1 | 93/ 6/ 1 | 88/ 10/ 2 | | 94/ 5/ 1 | 87/ 11/ 2 |
| Lügt oder mogelt ^d | | 74/ 24/ 2 | 78/ 19/ 3 | 74/ 25/ 2 | 77/ 21/ 3 | 80/ 17/ 3 | 77/ 20/ 3 | 78/ 19/ 3 | 92/ 8/ 1 | 87/ 12/ 1 | 73/ 23/ 4 | | 90/ 9/ 1 | 80/ 18/ 2 |
| Stiehlt ^d | | 97/ 2/ 1 | 96/ 3/ 1 | 94/ 5/ 2 | 96/ 3/ 1 | 97/ 2/ 2 | 97/ 3/ 1 | 96/ 3/ 1 | 99/ 1/ 0 | 93/ 5/ 2 | 96/ 3/ 1 | | 97/ 2/ 1 | 96/ 3/ 1 |
| Unruhig, überaktiv ^d | | 72/ 22/ 6 | 76/ 18/ 5 | 50/ 42/ 9 | 75/ 20/ 4 | 53/ 29/ 18 | 56/ 27/ 17 | 77/ 18/ 8 | 67/ 26/ 7 | 69/ 23/ 9 | 62/ 30/ 9 | | 73/ 20/ 8 | 66/ 26/ 8 |
| Ständig zappelig ^d | | 81/ 15/ 3 | 81/ 16/ 3 | 69/ 26/ 5 | 83/ 14/ 3 | 60/ 29/ 11 | 59/ 31/ 10 | 71/ 21/ 7 | 70/ 21/ 9 | 70/ 21/ 8 | 73/ 22/ 5 | | 79/ 15/ 6 | 73/ 21/ 6 |
| Leicht ablenkbar ^d | | 49/ 43/ 8 | 54/ 40/ 7 | 40/ 50/ 10 | 48/ 42/ 9 | 44/ 43/ 13 | 41/ 42/ 17 | 46/ 39/ 16 | 68/ 26/ 6 | 48/ 39/ 13 | 54/ 41/ 6 | | 64/ 28/ 8 | 51/ 40/ 10 |
| Denkt vorm Handeln ^{c, d} | | 37/ 58/ 4 | 46/ 51/ 3 | 31/ 58/ 12 | 40/ 54/ 6 | 55/ 41/ 5 | 34/ 55/ 11 | 37/ 56/ 7 | 48/ 48/ 4 | 41/ 51/ 9 | 28/ 59/ 13 | | 39/ 51/ 10 | 40/ 53/ 7 |
| Führt Aufgaben zu Ende ^{c, d} | | 44/ 49/ 7 | 49/ 46/ 5 | 36/ 56/ 9 | 44/ 49/ 7 | 52/ 42/ 7 | 37/ 51/ 13 | 45/ 45/ 10 | 57/ 41/ 2 | 48/ 43/ 9 | 52/ 42/ 6 | | 49/ 41/ 10 | 47/ 46/ 7 |
| Meistens für sich ^d | | 70/ 23/ 7 | 68/ 26/ 6 | 40/ 44/ 17 | 68/ 25/ 6 | 80/ 15/ 5 | 77/ 18/ 5 | 52/ 34/ 15 | 73/ 21/ 7 | 60/ 28/ 11 | 68/ 27/ 5 | | 65/ 27/ 8 | 66/ 26/ 8 |
| Mind. einen Freund ^{c, d} | | 85/ 11/ 4 | 80/ 16/ 4 | 85/ 12/ 3 | 86/ 10/ 4 | 84/ 13/ 3 | 84/ 14/ 3 | 88/ 8/ 4 | 86/ 10/ 4 | 83/ 12/ 6 | 66/ 27/ 7 | | 88/ 10/ 3 | 83/ 13/ 4 |
| Bei anderen beliebt ^{c, d} | | 75/ 23/ 2 | 77/ 21/ 2 | 62/ 34/ 4 | 72/ 26/ 2 | 81/ 18/ 2 | 76/ 22/ 1 | 77/ 23/ 1 | 78/ 20/ 2 | 80/ 18/ 1 | 71/ 27/ 3 | | 75/ 24/ 1 | 75/ 23/ 2 |
| Wird gehänselt ^d | | 80/ 18/ 3 | 82/ 15/ 2 | 85/ 14/ 2 | 83/ 14/ 3 | 89/ 8/ 3 | 86/ 11/ 3 | 79/ 18/ 3 | 86/ 13/ 1 | 85/ 12/ 3 | 85/ 12/ 3 | | 83/ 13/ 4 | 84/ 13/ 3 |
| Besser mit Erwachsenen ^d | | 57/ 36/ 7 | 63/ 31/ 6 | 40/ 52/ 8 | 64/ 31/ 6 | 44/ 38/ 18 | 63/ 29/ 8 | 41/ 45/ 14 | 57/ 32/ 11 | 73/ 22/ 6 | 43/ 46/ 11 | | 60/ 32/ 8 | 55/ 36/ 9 |

^a prozentuale Angaben addieren sich durch die Rundung nicht immer auf 100

^b fehlende Werte wurden fallweise ausgeschlossen

^c positiv formulierte Items wurden rekodiert, so dass auch hier die zuerst aufgeführte Ausprägung die „unproblematische“ ist, während die letzte Verhaltensauffälligkeiten indiziert

^d signifikante Unterschiede der Mittelwertsausprägungen ($p < .001$) in den verschiedenen Ländern

Häufigkeit verschiedener Symptombelastungen (mit Algorithmus-Relevanz) ^{a,b}

| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE | NL | PL | SE | UK | Ges |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|----|------|------|------|------|------|
| Selbstbericht | | | | | | | | | | | | | | |
| Gesamt der Subskalen ^b | | | | | | | | | | | | | | |
| Alle unauffällig | 86.7 | 90.2 | 73.3 | 89.7 | 74.3 | 85.7 | 77.8 | 75.3 | | 88.0 | 84.4 | 72.4 | 69.5 | 78.9 |
| Mind. eine grenzwertig | 6.7 | 5.3 | 14.1 | 5.6 | 12.4 | 8.4 | 10.0 | 12.2 | | 6.8 | 8.7 | 14.2 | 14.5 | 10.8 |
| Mind. eine auffällig | 6.7 | 4.5 | 12.6 | 4.7 | 13.2 | 5.9 | 12.2 | 12.4 | | 5.3 | 6.9 | 13.4 | 16.0 | 10.3 |
| Anteil "Auffälliger" | 50.0 | 45.9 | 47.2 | 45.6 | 51.6 | 41.3 | 55.0 | 50.4 | | 43.8 | 44.2 | 48.6 | 52.5 | 48.8 |
| Emotionale Probleme | | | | | | | | | | | | | | |
| Unauffällig (0-5.99) | 91.4 | 94.3 | 88.0 | 94.1 | 87.1 | 92.7 | 87.0 | 88.0 | | 92.8 | 90.2 | 89.1 | 87.9 | 89.9 |
| Grenzwertig (6-6.99) | 3.7 | 2.8 | 5.4 | 2.6 | 5.9 | 3.2 | 5.0 | 4.6 | | 3.7 | 4.6 | 4.9 | 6.8 | 4.5 |
| Auffällig (7-10) | 5.0 | 3.0 | 6.6 | 3.3 | 7.0 | 4.1 | 8.1 | 7.3 | | 3.5 | 5.2 | 5.9 | 5.2 | 5.5 |
| Anteil "Auffälliger" | 57.5 | 51.7 | 55.0 | 55.9 | 54.3 | 56.2 | 61.8 | 61.3 | | 48.6 | 53.1 | 54.6 | 43.3 | 55.0 |
| Verhaltensprobleme ^c | | | | | | | | | | | | | | |
| Unauffällig (0-4.99) | 94.7 | 94.6 | 82.3 | 95.2 | 85.4 | 91.7 | 89.7 | 88.0 | | 95.1 | 92.8 | 93.6 | 83.7 | 91.0 |
| Grenzwertig (5-5.99) | 3.3 | 3.0 | 10.5 | 3.5 | 7.9 | 5.8 | 5.6 | 7.4 | | 3.3 | 5.2 | 3.9 | 7.0 | 5.4 |
| Auffällig (6-10) | 1.9 | 2.4 | 7.2 | 1.3 | 6.7 | 2.4 | 4.7 | 4.6 | | 1.9 | 1.9 | 2.5 | 9.3 | 3.6 |
| Anteil "Auffälliger" | 36.5 | 44.4 | 40.7 | 27.1 | 45.9 | 29.3 | 45.6 | 38.3 | | 36.5 | 26.8 | 39.1 | 57.1 | 40.0 |
| Hyperaktivität | | | | | | | | | | | | | | |
| Unauffällig (0-5.99) | 79.3 | 80.6 | 87.8 | 86.7 | 80.9 | 68.6 | 73.0 | 84.4 | | 75.4 | 81.9 | 81.7 | 77.1 | 81.2 |
| Grenzwertig (6-6.99) | 10.2 | 9.9 | 5.9 | 6.3 | 9.1 | 15.0 | 11.8 | 8.1 | | 10.3 | 9.6 | 9.2 | 11.2 | 9.2 |
| Auffällig (7-10) | 10.4 | 9.5 | 6.2 | 7.0 | 10.0 | 16.4 | 15.2 | 7.5 | | 14.3 | 8.4 | 9.1 | 11.7 | 9.6 |
| Anteil "Auffälliger" | 50.5 | 49.0 | 51.2 | 52.6 | 52.4 | 52.2 | 56.3 | 48.1 | | 58.1 | 46.7 | 49.7 | 51.1 | 51.1 |
| Elternbericht | | | | | | | | | | | | | | |
| Gesamt der Subskalen ^b | | | | | | | | | | | | | | |
| Unauffällig | 79.2 | 84.7 | 69.6 | 80.9 | 70.5 | 69.4 | 77.0 | 82.4 | | 79.5 | 72.2 | | 80.3 | 77.2 |
| Grenzwertig | 9.6 | 8.3 | 13.8 | 8.4 | 13.8 | 14.3 | 11.2 | 7.4 | | 6.9 | 13.6 | | 8.2 | 10.3 |
| Auffällig | 11.2 | 7.0 | 16.6 | 10.7 | 15.7 | 16.2 | 11.8 | 10.1 | | 13.6 | 14.2 | | 11.5 | 12.5 |
| Anteil "Auffälliger" | 53.8 | 45.8 | 54.6 | 56.0 | 53.2 | 53.1 | 51.3 | 57.7 | | 66.3 | 51.1 | | 58.4 | 54.8 |
| Emotionale Probleme ^c | | | | | | | | | | | | | | |
| Unauffällig (0-4.99) | 92.4 | 93.4 | 85.8 | 92.4 | 87.1 | 91.8 | 88.2 | 88.7 | | 90.3 | 84.8 | | 91.1 | 89.5 |
| Grenzwertig (5-5.99) | 3.6 | 3.2 | 6.9 | 2.7 | 6.4 | 3.8 | 7.8 | 4.3 | | 3.8 | 7.5 | | 3.8 | 4.9 |
| Auffällig (6-10) | 4.0 | 3.3 | 7.3 | 4.8 | 6.5 | 5.8 | 4.0 | 7.1 | | 5.8 | 7.8 | | 5.2 | 5.6 |
| Anteil "Auffälliger" | 52.6 | 50.8 | 51.4 | 64.0 | 50.4 | 60.4 | 33.9 | 62.3 | | 60.4 | 51.0 | | 57.8 | 53.3 |
| Verhaltensprobleme ^c | | | | | | | | | | | | | | |
| Unauffällig (0-3.99) | 86.4 | 91.4 | 83.1 | 89.4 | 83.7 | 88.0 | 90.8 | 95.9 | | 92.9 | 85.8 | | 93.4 | 89.1 |
| Grenzwertig (4-4.99) | 7.4 | 5.4 | 9.5 | 6.1 | 9.2 | 8.2 | 4.8 | 2.8 | | 4.4 | 7.7 | | 4.0 | 6.3 |
| Auffällig (5-10) | 6.1 | 3.2 | 7.4 | 4.4 | 7.1 | 3.8 | 4.3 | 1.3 | | 2.7 | 6.4 | | 2.6 | 4.6 |
| Anteil "Auffälliger" | 45.2 | 37.2 | 43.8 | 41.9 | 43.6 | 31.7 | 47.3 | 31.7 | | 38.0 | 45.4 | | 39.4 | 42.2 |
| Hyperaktivität | | | | | | | | | | | | | | |
| Unauffällig (0-5.99) | 92.1 | 94.2 | 87.7 | 92.4 | 87.3 | 81.1 | 89.7 | 92.4 | | 87.8 | 91.3 | | 89.3 | 90.0 |
| Grenzwertig (6-6.99) | 3.8 | 3.1 | 5.6 | 3.4 | 6.3 | 6.9 | 4.0 | 4.2 | | 4.1 | 5.1 | | 4.0 | 4.5 |
| Auffällig (7-10) | 4.1 | 2.7 | 6.7 | 4.2 | 6.4 | 12.0 | 6.3 | 3.4 | | 8.1 | 3.5 | | 6.8 | 5.5 |
| Anteil "Auffälliger" | 51.9 | 46.6 | 54.5 | 55.3 | 50.4 | 63.5 | 61.2 | 44.7 | | 66.4 | 40.7 | | 63.0 | 55.0 |

^a Differenzen zu 100% ergeben sich durch den Anteil der ProbandInnen, bei denen aufgrund unvollständiger Angaben kein Gesamtwert berechnet werden konnte.

^b Da der Algorithmus nicht den Gesamtproblemwert betrachtet, sondern prüft, inwiefern in wenigstens einer Subskala ein grenzwertiges oder auffälliges Urteil (mit einhergehender Belastung) vorliegt, wird hier berichtet, für welchen Anteil der ProbandInnen in den Subskalen wenigstens ein grenzwertiges bzw. auffälliges Urteil vorliegt. Eine auffällige Hyperaktivitätsskala im Selbsturteil trägt nicht zwangsläufig zu einem auffälligen Gesamtwert bei, da hier im Algorithmus die Selbstangabe nur gewertet wird, sofern von den Eltern keine Angaben vorliegen.

^c Hier weichen die Cut-Offs des SDQ-Algorithmus, die die Grundlage für die hier dargestellte Auswertung bilden, von den normalerweise verwendeten ab. Üblicherweise werden in der Verhaltensskala der Eltern 0-3-4, in der Verhaltensskala der Kinder 0-4-5 und in der emotionalen Skala der Eltern 0-4-5 als Grenzwerte verwendet

Häufigkeiten der FAS-Scores (0-7) in verschiedenen Ländern

| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE | NL | PL | SE | UK | Ges ^a |
|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----|-------|------------------|
| FAS = 0 | | | | | | | | | | | | | | |
| n | 0 | 0 | 34 | 0 | 8 | 1 | 2 | 30 | 2 | 0 | 34 | | 1 | 112 |
| % | 0.0 | 0.0 | 3.3 | 0.0 | 0.7 | 0.2 | 0.3 | 1.6 | 0.2 | 0.0 | 3.3 | | 0.1 | 0.9 |
| FAS = 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| n | 3 | 2 | 79 | 5 | 54 | 5 | 6 | 68 | 11 | 2 | 68 | | 5 | 308 |
| % | 0.3 | 0.2 | 7.7 | 0.5 | 4.6 | 0.9 | 1.0 | 3.7 | 1.2 | 0.2 | 6.6 | | 0.6 | 2.5 |
| FAS = 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| n | 21 | 17 | 154 | 22 | 130 | 35 | 15 | 178 | 41 | 25 | 127 | | 28 | 793 |
| % | 2.3 | 1.5 | 15.0 | 2.1 | 11.1 | 6.5 | 2.4 | 9.6 | 4.6 | 2.1 | 12.3 | | 3.1 | 6.4 |
| FAS = 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| n | 105 | 104 | 234 | 105 | 216 | 77 | 34 | 310 | 74 | 85 | 172 | | 88 | 1604 |
| % | 11.3 | 9.5 | 22.7 | 9.8 | 18.4 | 14.3 | 5.4 | 16.7 | 8.2 | 7.0 | 16.6 | | 9.8 | 13.0 |
| FAS = 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| n | 207 | 206 | 258 | 213 | 256 | 129 | 89 | 424 | 159 | 246 | 240 | | 146 | 2573 |
| % | 22.2 | 18.8 | 25.1 | 19.9 | 21.8 | 24.0 | 14.1 | 22.8 | 17.6 | 20.4 | 23.2 | | 16.2 | 20.8 |
| FAS = 5 | | | | | | | | | | | | | | |
| n | 253 | 302 | 168 | 308 | 238 | 143 | 179 | 419 | 236 | 343 | 243 | | 202 | 3034 |
| % | 27.1 | 27.5 | 16.3 | 28.8 | 20.3 | 26.6 | 28.4 | 22.6 | 26.2 | 28.4 | 23.5 | | 22.4 | 24.5 |
| FAS = 6 | | | | | | | | | | | | | | |
| n | 222 | 264 | 70 | 252 | 134 | 100 | 197 | 258 | 227 | 336 | 95 | | 220 | 2375 |
| % | 23.8 | 24.1 | 6.8 | 23.5 | 11.4 | 18.6 | 31.3 | 13.9 | 25.2 | 27.9 | 9.2 | | 24.4 | 19.2 |
| FAS = 7 | | | | | | | | | | | | | | |
| n | 112 | 183 | 29 | 153 | 59 | 42 | 94 | 125 | 144 | 159 | 41 | | 160 | 1301 |
| % | 12.0 | 16.7 | 2.8 | 14.3 | 5.0 | 7.8 | 14.9 | 6.7 | 16.0 | 13.2 | 4.0 | | 17.7 | 10.5 |
| Missing | | | | | | | | | | | | | | |
| n | 9 | 19 | 3 | 13 | 79 | 6 | 14 | 44 | 7 | 10 | 15 | | 52 | 271 |
| % | 1.0 | 1.7 | 0.3 | 1.2 | 6.7 | 1.1 | 2.2 | 2.4 | 0.8 | 0.8 | 1.4 | | 5.8 | 2.2 |
| Gesamt | | | | | | | | | | | | | | |
| n | 932 | 1097 | 1029 | 1071 | 1174 | 538 | 630 | 1856 | 901 | 1206 | 1035 | | 902 | 12371 |
| % | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | | 100.0 | 100.0 |

^a Gesamtangaben ohne Einbezug Schwedens, da die FAS in Schweden nicht eingesetzt wurde

Zusammenhang zwischen Alter (in Jahren) und der Chance psychischer Auffälligkeiten

Nach Land und Geschlecht stratifizierte altersspezifische Odds Ratios für die Chance des Vorliegens psychischer Auffälligkeiten gemäß konservativer und liberaler Dichotomisierung

| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE | NL | PL | SE | UK | Ges |
|--|---------|----------|---------|------------|---------|---------|------------|------------|----|------------|------------|------------|------------|------------|
| Liberaler Dichotomisierung^a | | | | | | | | | | | | | | |
| Mädchen | | | | | | | | | | | | | | |
| OR 13. Jahre | 1.0 | 0.9 | 0.6 | 3.3 | 0.6 | 2.0 | 0.5 | 1.5 | | 1.2 | 1.7 | 1.2 | 2.4 | 1.1 |
| KI _{95%} | 0.5-2.3 | 0.4-2.0 | 0.3-1.4 | 1.2-9.4 | 0.3-1.2 | 0.6-6.0 | 0.2-1.3 | 0.8-2.5 | | (0.5-2.8) | (0.6-4.6) | (0.6-2.1) | (1.1-5.1) | (0.9-1.3) |
| OR 14. Jahre | 1.5 | 1.1 | 1.0 | 3.6 | 0.7 | 1.2 | 1.4 | 1.0 | | 1.0 | 1.4 | 2.4 | 1.5 | 1.3 |
| KI _{95%} | 0.7-3.4 | 0.5-2.4 | 0.5-2.1 | 1.3-10.1 | 0.4-1.4 | 0.4-3.9 | 0.6-3.2 | 0.6-1.8 | | 0.4-2.5 | 0.5-3.7 | 1.3-4.4 | 0.7-3.4 | 1.1-1.7 |
| OR 15. Jahre | 1.1 | 0.6 | 1.1 | 4.2 | 1.1 | 1.6 | 0.9 | 1.8 | | 2.3 | 1.8 | 3.0 | 2.5 | 1.7 |
| KI _{95%} | 0.5-2.7 | 0.3-1.6 | 0.5-2.2 | 1.5-11.8 | 0.6-2.1 | 0.5-4.8 | 0.4-2.3 | 1.1-3.1 | | 1.1-5.1 | 0.7-4.9 | 1.7-5.4 | 1.1-5.6 | 1.4-2.1 |
| OR 16. Jahre | 1.5 | 0.7 | 0.7 | 2.1 | 1.2 | 1.6 | 1.1 | 1.8 | | 1.4 | 2.1 | | 1.3 | 1.6 |
| KI _{95%} | 0.7-3.4 | 0.3-1.8 | 0.3-1.5 | 0.7-6.1 | 0.6-2.4 | 0.5-4.9 | 0.5-2.7 | 1.0-3.0 | | 0.6-3.2 | 0.8-5.6 | | 0.5-3.4 | 1.3-2.0 |
| OR 17. Jahre | 1.4 | 0.8 | 0.8 | 4.2 | 1.4 | 1.5 | 0.4 | 1.9 | | 1.5 | 1.7 | | 0.8 | 1.7 |
| KI _{95%} | 0.6-3.3 | 0.3-1.9 | 0.4-1.6 | 1.5-12.0 | 0.7-2.7 | 0.4-5.2 | 0.1-1.3 | 1.1-3.1 | | 0.6-3.5 | 0.6-4.6 | | 0.3-2.5 | 1.3-2.1 |
| OR 18. Jahre | 1.3 | 0.2 | 1.5 | 3.5 | 1.8 | 2.3 | 0.8 | 1.6 | | 2.2 | 3.4 | | 0.4 | 2.1 |
| KI _{95%} | 0.4-3.9 | 0.0-1.7 | 0.7-3.5 | 1.0-12.1 | 0.7-4.2 | 0.7-7.4 | 0.2-2.8 | 0.7-3.5 | | 0.7-6.9 | 1.2-9.8 | | 0.0-3.4 | 1.6-2.8 |
| R² Nagelkerke | .008 | .016 | .019 | .039 | .028 | .016 | .039 | .016 | | .023 | .022 | .022 | .048 | 0.012 |
| Jungen | | | | | | | | | | | | | | |
| OR 13. Jahre | 2.0 | 1.4 | 1.0 | 1.3 | 1.4 | 2.2 | 1.0 | 1.0 | | 0.9 | 1.6 | 1.1 | 0.9 | 1.0 |
| KI _{95%} | 0.9-4.2 | 0.6-3.0 | 0.5-1.9 | 0.7-2.7 | 0.7-2.8 | 0.7-6.5 | 0.4-2.6 | 0.6-1.8 | | 0.4-1.8 | 0.7-4.1 | 0.6-1.9 | 0.4-1.8 | 0.8-1.2 |
| OR 14. Jahre | 1.1 | 0.8 | 1.6 | 1.0 | 1.0 | 1.6 | 1.0 | 0.7 | | 0.6 | 0.8 | 1.4 | 1.1 | 0.9 |
| KI _{95%} | 0.5-2.4 | 0.3-1.8 | 0.8-3.1 | 0.5-2.1 | 0.5-2.0 | 0.5-4.8 | 0.4-2.5 | 0.4-1.3 | | 0.3-1.5 | 0.3-2.1 | 0.8-2.5 | 0.6-2.3 | 0.8-1.2 |
| OR 15. Jahre | 0.8 | 0.5 | 1.1 | 1.1 | 1.1 | 1.7 | 1.5 | 1.0 | | 1.0 | 0.5 | 2.5 | 1.0 | 1.1 |
| KI _{95%} | 0.3-2.1 | 0.2-1.2 | 0.6-2.2 | 0.5-2.2 | 0.5-2.3 | 0.6-5.0 | 0.6-3.8 | 0.5-1.7 | | 0.5-2.1 | 0.2-1.3 | 1.4-4.5 | 0.5-2.1 | 0.9-1.3 |
| OR 16. Jahre | 1.7 | 0.4 | 1.1 | 0.9 | 1.1 | 1.3 | 0.5 | 1.0 | | 1.2 | 0.5 | | 0.5 | 1.1 |
| KI _{95%} | 0.8-3.6 | 0.1-1.1 | 0.6-2.2 | 0.4-2.0 | 0.5-2.4 | 0.4-4.1 | 0.2-1.5 | 0.6-1.9 | | 0.6-2.5 | 0.2-1.3 | | 0.2-1.5 | 0.9-1.4 |
| OR 17. Jahre | 0.9 | 1.0 | 0.9 | 0.8 | 1.1 | 2.0 | 0.9 | 0.7 | | 0.6 | 0.9 | | 0.1 | 1.1 |
| KI _{95%} | 0.3-2.2 | 0.4-2.6 | 0.5-1.8 | 0.4-1.8 | 0.5-2.7 | 0.6-6.5 | 0.3-2.5 | 0.4-1.3 | | 0.3-1.5 | 0.4-2.4 | | 0.0-1.0 | 0.9-1.4 |
| OR 18. Jahre | 0.2 | | 1.0 | 0.5 | 0.3 | 1.1 | 0.8 | 0.5 | | 0.7 | 0.5 | | 1.1 | 0.7 |
| KI _{95%} | 0.0-1.8 | | 0.4-2.3 | 0.2-1.6 | 0.1-1.2 | 0.3-4.6 | 0.2-2.8 | 0.1-2.0 | | 0.2-2.2 | 0.2-1.9 | | 0.3-3.7 | 0.5-1.1 |
| R² Nagelkerke | .043 | .068 | .009 | .013 | .019 | .017 | .039 | .009 | | .013 | .052 | .029 | .035 | 0.002 |
| Konservative Dichotomisierung^a | | | | | | | | | | | | | | |
| Mädchen | | | | | | | | | | | | | | |
| OR 13. Jahre | 0.3 | 5.2 | 1.2 | 1.4 | 0.9 | | 0.2 | 2.2 | | 0.8 | 3.0 | 1.2 | 3.1 | 1.2 |
| KI _{95%} | 0.0-1.4 | 0.6-44.5 | 0.3-4.2 | 0.3-5.8 | 0.3-2.7 | | 0.0-1.6 | 0.9-5.3 | | 0.2-2.5 | 0.4-24.7 | 0.5-2.8 | 0.8-11.2 | 0.9-1.8 |
| OR 14. Jahre | 0.8 | 3.2 | 1.7 | 1.1 | 0.9 | | 2.0 | 1.5 | | 1.1 | 0.4 | 1.9 | 1.9 | 1.4 |
| KI _{95%} | 0.2-2.8 | 0.4-29.2 | 0.5-5.8 | 0.2-5.0 | 0.3-2.7 | | 0.7-5.8 | 0.6-3.7 | | 0.3-3.3 | 0.0-6.5 | 0.8-4.5 | 0.5-7.5 | 1.0-2.0 |
| OR 15. Jahre | 0.9 | 2.7 | 1.4 | 2.8 | 1.9 | | 0.6 | 2.4 | | 1.5 | 3.0 | 2.8 | 2.9 | 2.0 |
| KI _{95%} | 0.2-3.2 | 0.3-26.6 | 0.4-4.9 | 0.7-10.6 | 0.7-5.4 | | 0.1-2.4 | 1.0-5.5 | | 0.5-4.1 | 0.4-25.0 | 1.2-6.4 | 0.7-11.4 | 1.4-2.8 |
| OR 16. Jahre | 0.7 | 2.8 | 1.0 | 0.8 | 2.0 | | 2.0 | 2.4 | | 1.0 | 3.4 | | 1.9 | 1.9 |
| KI _{95%} | 0.2-2.7 | 0.3-27.4 | 0.3-3.7 | 0.2-4.0 | 0.7-5.8 | | 0.6-6.2 | 1.0-5.7 | | 0.3-3.0 | 0.4-28.0 | | 0.4-9.0 | 1.3-2.7 |
| OR 17. Jahre | 1.1 | 4.9 | 2.1 | 2.7 | 2.6 | | 0.2 | 2.6 | | 0.8 | 4.6 | | 1.9 | 2.3 |
| KI _{95%} | 0.3-5.9 | 0.5-44.6 | 0.6-6.6 | 0.7-10.8 | 0.9-7.5 | | 0.0-2.0 | 1.1-5.8 | | 0.2-2.8 | 0.6-37.3 | | 0.4-9.7 | 1.6-3.2 |
| OR 18. Jahre | 0.5 | 3.2 | 0.9 | 2.3 | 2.5 | | 1.1 | 1.3 | | 2.4 | 10.1 | | | 2.1 |
| KI _{95%} | 0.1-4.2 | 0.2-53.5 | 0.2-4.3 | 0.4-11.9 | 0.7-9.0 | | 0.2-5.8 | 0.3-5.1 | | 0.6-9.2 | 1.2-82.6 | | | 1.4-3.3 |
| R² Nagelkerke | .026 | .024 | .016 | .036 | .038 | | .100 | .017 | | .015 | .084 | .008 | .035 | .012 |
| Jungen | | | | | | | | | | | | | | |
| OR 13. Jahre | 1.1 | 2.8 | 0.7 | 1.3 | 1.2 | 1.1 | 0.8 | 0.6 | | 0.7 | 5.5 | 0.6 | 1.2 | 0.9 |
| KI _{95%} | 0.3-3.4 | 0.6-13.6 | 0.2-2.1 | 0.5-3.7 | 0.4-4.1 | 0.2-5.4 | 0.2-2.6 | 0.2-1.8 | | 0.3-1.8 | 0.7-44.5 | 0.2-1.7 | 0.5-3.2 | 0.6-1.2 |
| OR 14. Jahre | 0.1 | 1.8 | 0.8 | 0.8 | 0.4 | 0.2 | 0.9 | 0.5 | | 0.7 | 1.4 | 1.0 | 1.3 | 0.7 |
| KI _{95%} | 0.0-1.1 | 0.3-9.1 | 0.3-2.3 | 0.2-2.6 | 0.1-1.9 | 0.0-2.2 | 0.3-2.8 | 0.1-1.5 | | 0.2-1.8 | 0.2-13.4 | 0.4-3.0 | 0.5-3.4 | 0.5-0.9 |
| OR 15. Jahre | 0.6 | 0.7 | 0.8 | 0.8 | 0.9 | 0.9 | 0.7 | 1.1 | | 0.5 | 0.3 | 1.7 | 0.4 | 0.7 |
| KI _{95%} | 0.2-2.7 | 0.1-4.8 | 0.3-2.2 | 0.2-2.5 | 0.2-3.4 | 0.2-4.4 | 0.2-2.3 | 0.4-2.8 | | 0.2-1.4 | 0.0-5.6 | 0.6-4.6 | 0.1-1.5 | 0.5-1.0 |
| OR 16. Jahre | 0.5 | | 0.6 | 0.6 | 1.8 | 0.5 | 0.1 | 1.1 | | 0.4 | 2.3 | | 0.5 | 0.7 |
| KI _{95%} | 0.1-2.1 | | 0.2-1.7 | 0.2-2.1 | 0.5-6.4 | 0.1-3.0 | 0.0-1.0 | 0.4-2.9 | | 0.1-1.2 | 0.3-20.3 | | 0.1-2.7 | 0.5-1.1 |
| OR 17. Jahre | 1.2 | 1.0 | 0.5 | 1.1 | 1.2 | 1.4 | 0.4 | 0.5 | | 0.2 | 2.8 | | | 0.9 |
| KI _{95%} | 0.3-4.1 | 0.1-7.6 | 0.1-1.5 | 0.4-3.3 | 0.3-5.0 | 0.3-7.0 | 0.1-1.8 | 0.1-1.8 | | 0.0-1.0 | 0.3-23.7 | | | 0.6-1.3 |
| OR 18. Jahre | | | 1.0 | 0.6 | 0.0 | 1.1 | 0.3 | 0.8 | | 0.3 | 1.1 | | 2.2 | 0.7 |
| KI _{95%} | | | 0.3-3.6 | 0.1-3.2 | 0.0-1.2 | 0.2-7.3 | 0.0-2.5 | 0.1-6.3 | | 0.0-2.3 | 0.1-18.9 | | 0.5-9.5 | 0.4-1.3 |
| R² Nagelkerke | .070 | .094 | .011 | .013 | .050 | .044 | .060 | .018 | | .031 | .086 | .021 | .061 | .003 |

^a für die leeren Zellen war aufgrund fehlender Fälle keine Auswertung möglich

Länderunterschiede der KIDSCREEN-Skalenwerte (Post-hoc)

Länderunterschiede KIDSCREEN-Parents: Bonferroni Post-hoc (A = p < 0.05; B= p < 0.01; C= p < 0.001)

| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE | NL | PL | SE | UK |
|-------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| AT Österreich | | | | | | | | | | | | | |
| CH Schweiz | | | | | | | | | | | | | |
| CZ Tschechien | C | C | | | | | | | | | | | |
| DE Deutschland | | C | C | | | | | | | | | | |
| EL Griechenland | C | C | | C | | | | | | | | | |
| ES Spanien | | A | C | | C | | | | | | | | |
| FR Frankreich | C | C | | C | | C | | | | | | | |
| HU Ungarn | C | C | A | C | | C | | | | | | | |
| IE Irland | C | C | C | | C | | | | | | | | |
| NL Niederlande | C | | C | C | C | C | | | | C | | | |
| PL Polen | C | C | | C | | C | | | C | C | | | |
| SE Schweden | C | B | C | C | C | C | | | C | | C | | |
| UK Großbritannien | C | C | C | | C | | | | | C | C | C | |

Länderunterschiede KIDSCREEN-Peers: Bonferroni Post-hoc (A = p < 0.05; B= p < 0.01; C= p < 0.001)

| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE | NL | PL | SE | UK |
|-------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| AT Österreich | | | | | | | | | | | | | |
| CH Schweiz | | | | | | | | | | | | | |
| CZ Tschechien | C | C | | | | | | | | | | | |
| DE Deutschland | | | C | | | | | | | | | | |
| EL Griechenland | C | C | A | B | | | | | | | | | |
| ES Spanien | A | C | C | C | C | | | | | | | | |
| FR Frankreich | C | C | A | C | C | C | | | | | | | |
| HU Ungarn | C | C | | C | | C | | | | | | | |
| IE Irland | | | C | | C | C | | | | | | | |
| NL Niederlande | | | C | A | C | C | | | | | | | |
| PL Polen | C | C | C | C | C | C | | | C | | | | |
| SE Schweden | | | C | A | C | C | | | C | | C | | |
| UK Großbritannien | B | | C | | | C | | A | | C | C | C | |

Länderunterschiede KIDSCREEN-Bullying: Bonferroni Post-hoc (A = p < 0.05; B= p < 0.01; C= p < 0.001)

| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE | NL | PL | SE | UK |
|-------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| AT Österreich | | | | | | | | | | | | | |
| CH Schweiz | | | | | | | | | | | | | |
| CZ Tschechien | | | | | | | | | | | | | |
| DE Deutschland | A | | C | | | | | | | | | | |
| EL Griechenland | C | A | C | | | | | | | | | | |
| ES Spanien | | | | | | | | | | | | | |
| FR Frankreich | | | C | | | | | | | | | | |
| HU Ungarn | C | C | C | C | C | C | | | | | | | |
| IE Irland | B | C | | C | C | C | | | | | | | |
| NL Niederlande | | B | | C | C | | | | | | | | |
| PL Polen | | | | | B | | | | C | | | | |
| SE Schweden | C | C | C | A | | C | | | C | | C | | |
| UK Großbritannien | C | C | C | C | C | C | | C | | C | | C | |

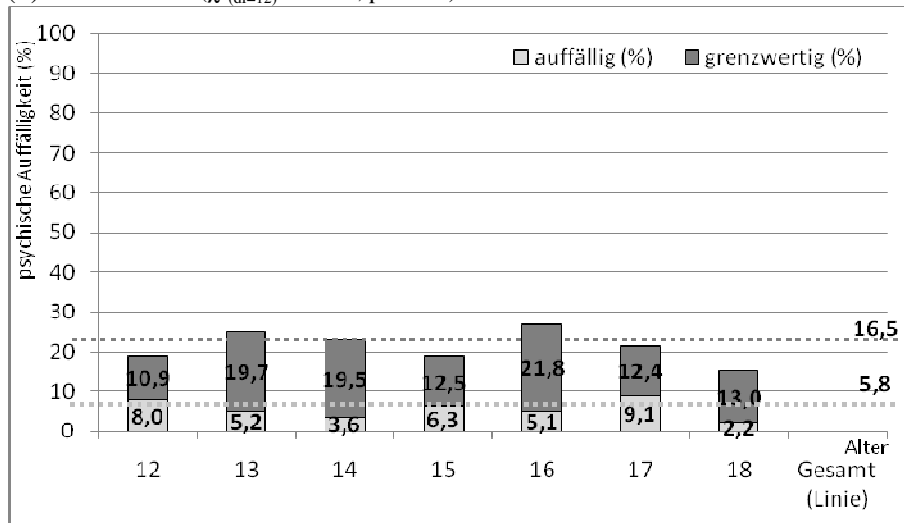
Länderunterschiede KIDSCREEN-Schule: Bonferroni Post-hoc (A = p < 0.05; B= p < 0.01; C= p < 0.001)

| | AT | CH | CZ | DE | EL | ES | FR | HU | IE | NL | PL | SE | UK |
|-------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| AT Österreich | | | | | | | | | | | | | |
| CH Schweiz | | | | | | | | | | | | | |
| CZ Tschechien | C | C | | | | | | | | | | | |
| DE Deutschland | | | C | | | | | | | | | | |
| EL Griechenland | | C | C | | | | | | | | | | |
| ES Spanien | | C | C | | | | | | | | | | |
| FR Frankreich | C | C | | C | C | C | | | | | | | |
| HU Ungarn | C | C | | C | C | C | | B | | | | | |
| IE Irland | C | C | | C | C | C | | C | | | | | |
| NL Niederlande | | | C | | C | B | | C | | C | | | |
| PL Polen | C | C | B | C | C | C | | | C | | C | | |
| SE Schweden | C | | C | C | C | C | | C | | C | | C | |
| UK Großbritannien | C | C | B | C | C | B | | C | | C | | C | |

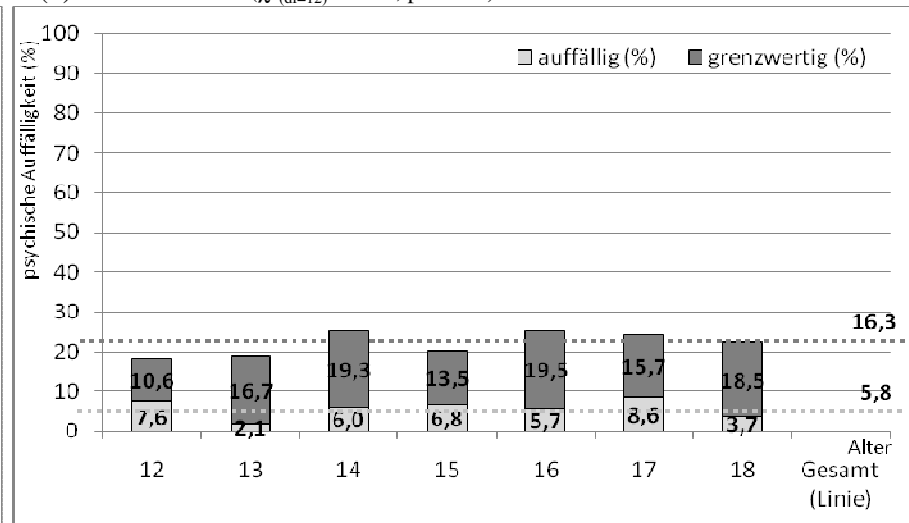
Graphische Darstellungen der Raten psychischer Auffälligkeiten nach Alter, Geschlecht & SES

Raten psychischer Auffälligkeiten in Österreich (AT): (1) Alle nach Alter (2) Nur Mädchen nach Alter, (2) Nur Jungen nach Alter, (4) Alle nach SES

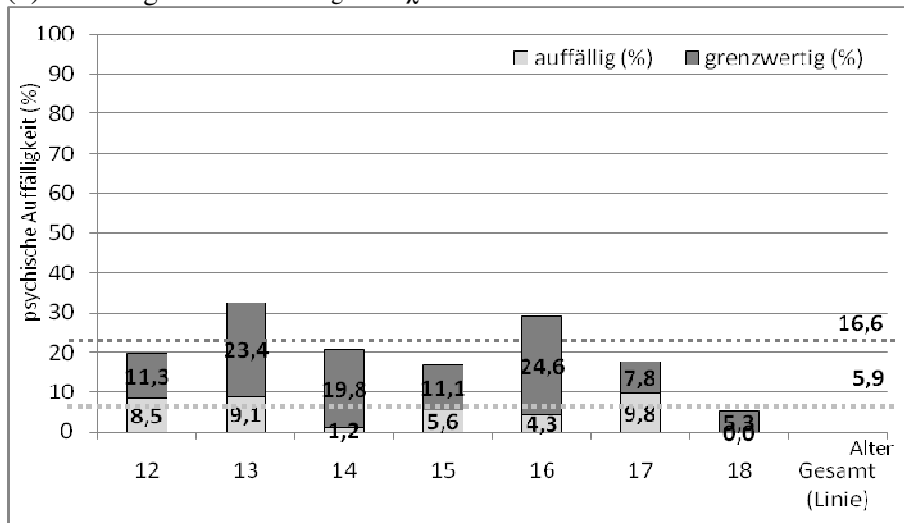
(1) AT: Gesamt ($\chi^2_{(df=12)}=17.540, p=0.130$)



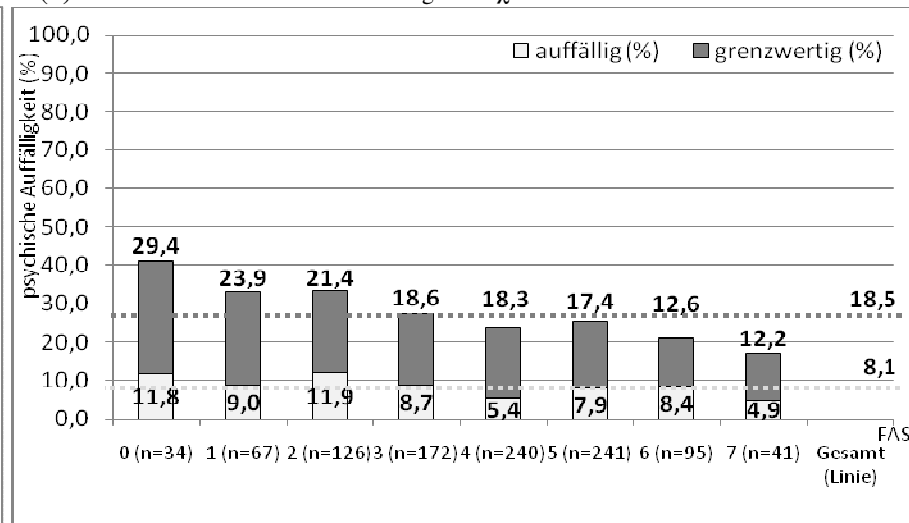
(2) AT: Mädchen ($\chi^2_{(df=12)}=7.270, p=0.839$)



(3) AT: Jungen: Voraussetzungen für χ^2 -Test nicht erfüllt: mind. 20% der Zellen mit n < 5

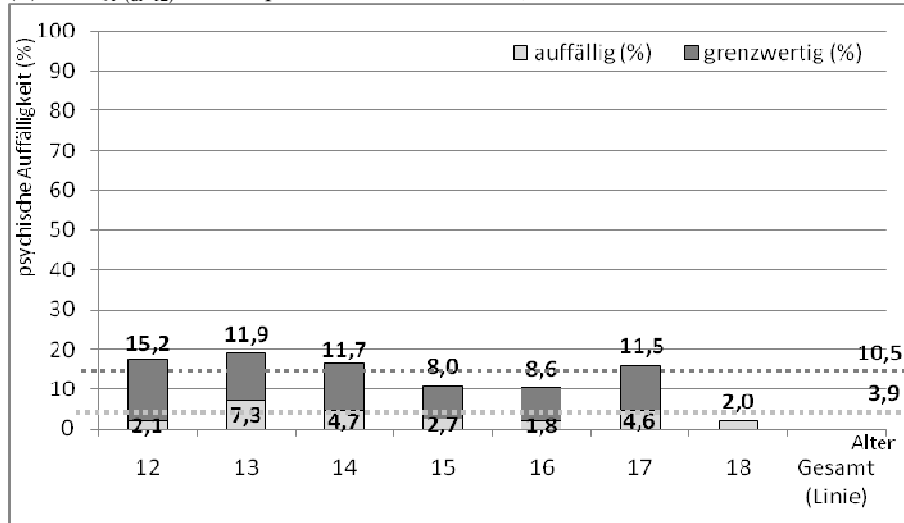


(4) AT: Gesamt FAS Voraussetzungen für χ^2 -Test nicht erfüllt: mind. 20% der Zellen mit n < 5

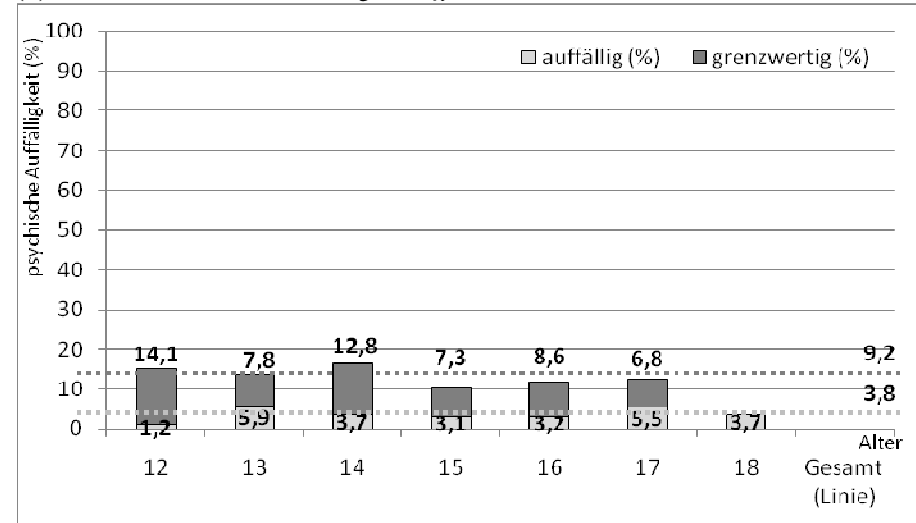


Raten psychischer Auffälligkeiten in der Schweiz (CH): (1) Alle nach Alter (2) Nur Mädchen nach Alter, (2) Nur Jungen nach Alter, (4) Alle nach SES

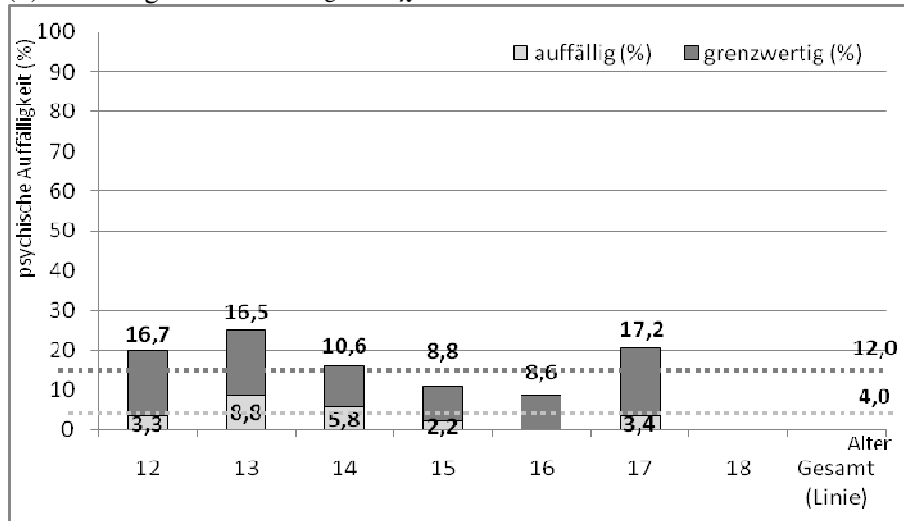
(1) CH ($\chi^2_{(df=12)}=23.467, p=0.024, \text{Cramer-V}=0.104$)



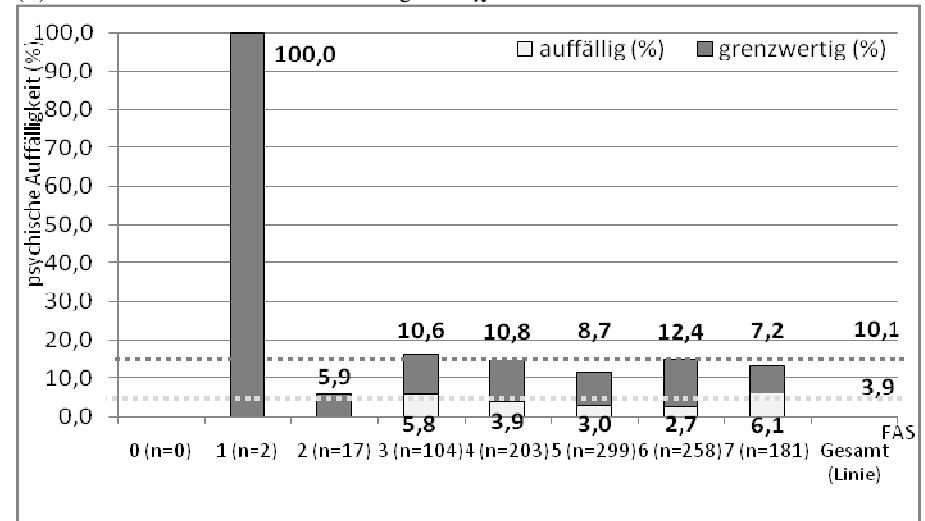
(2) CH: Mädchen Voraussetzungen für χ^2 -Test nicht erfüllt: mind. 20% der Zellen mit n<5



(3) CH: Jungen Voraussetzungen für χ^2 -Test nicht erfüllt: mind. 20% der Zellen mit n<5

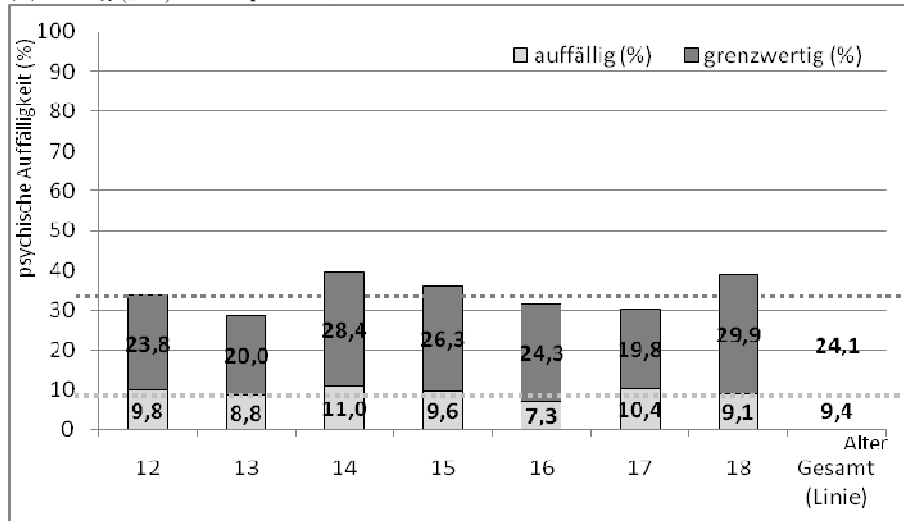


(4) CH: Gesamt FAS Voraussetzungen für χ^2 -Test nicht erfüllt: mind. 20% der Zellen mit n<5



Raten psychischer Auffälligkeiten in Tschechien (CZ): (1) Alle nach Alter (2) Nur Mädchen nach Alter, (2) Nur Jungen nach Alter, (4) Alle nach SES

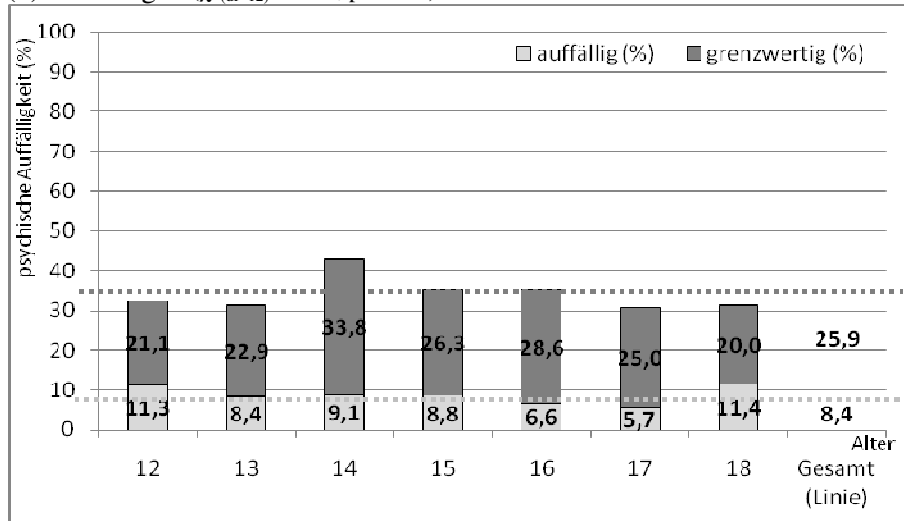
(1) CZ ($\chi^2_{(df=12)}=8.814, p=0.719$)



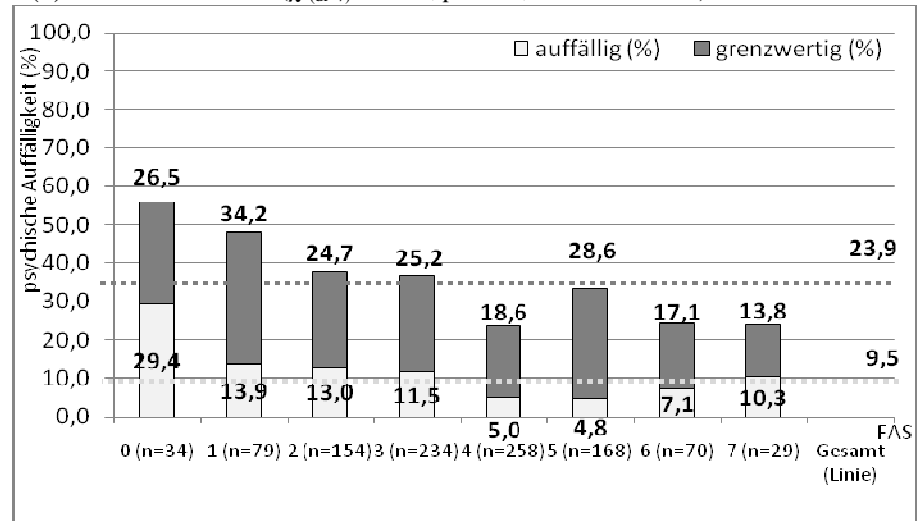
(2) CZ: Mädchen ($\chi^2_{(df=12)}=15.247, p=0.227$)



(3) CZ: Jungen ($\chi^2_{(df=12)}=7.016, p=0.857$)

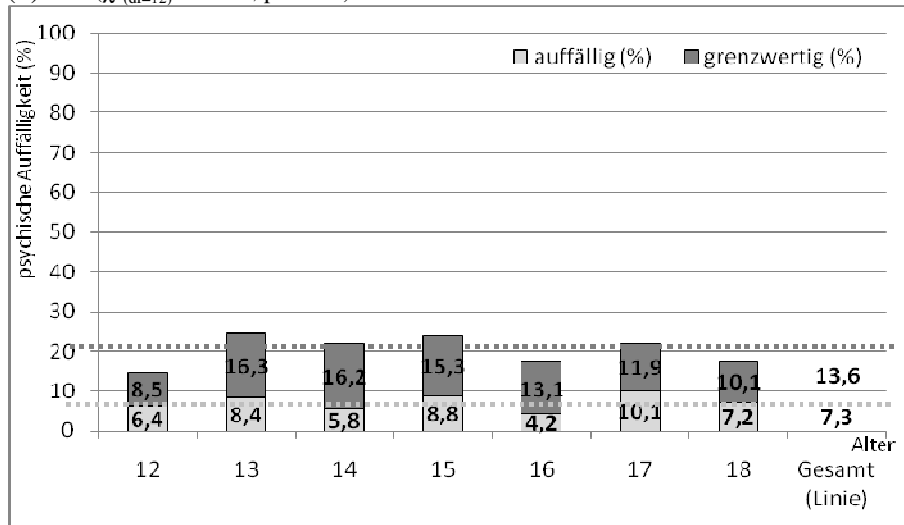


(4) CZ: Gesamt FAS ($\chi^2_{(df=7)}=32.645, p<0.001, \text{Cramer-V}=0.178$)

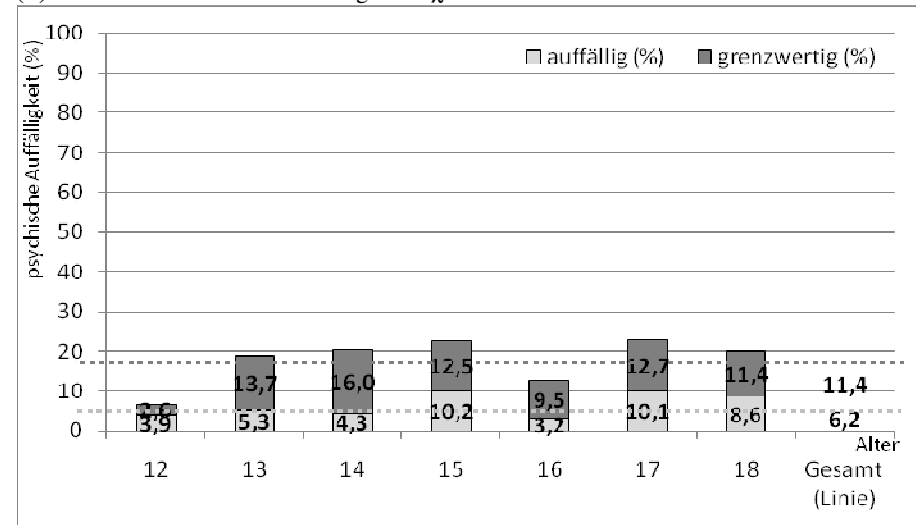


Raten psychischer Auffälligkeiten in Deutschland (DE): (1) Alle nach Alter (2) Nur Mädchen nach Alter, (2) Nur Jungen nach Alter, (4) Alle nach SES

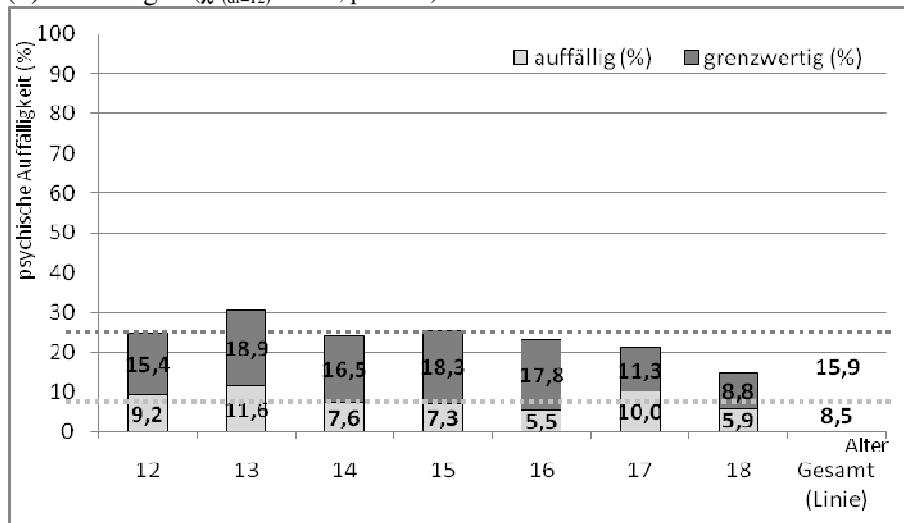
(1) DE ($\chi^2_{(df=12)}=13.062, p=0.365$)



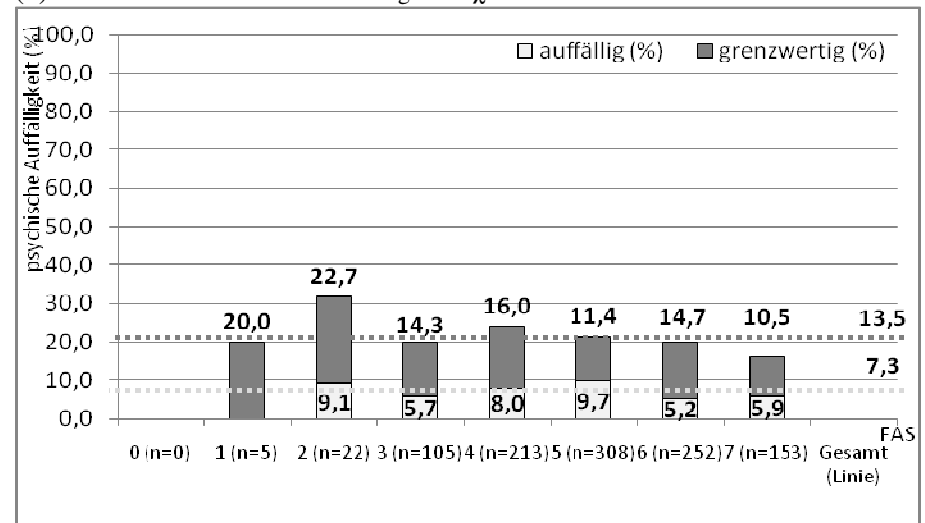
(2) DE: Mädchen Voraussetzungen für χ^2 -Test nicht erfüllt: mind. 20% der Zellen mit $n < 5$



(3) DE: Jungen ($\chi^2_{(df=12)}=6.812, p=0.870$)

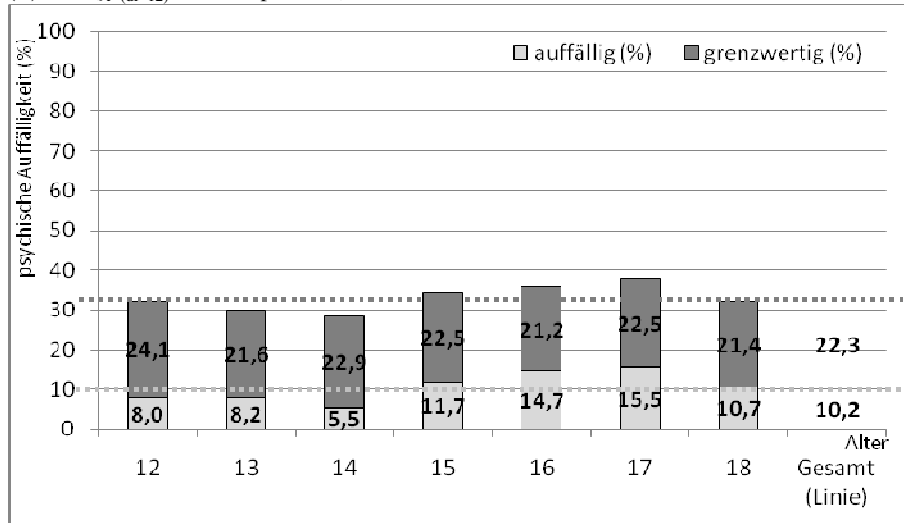


(4) DE: Gesamt FAS Voraussetzungen für χ^2 -Test nicht erfüllt: mind. 20% der Zellen mit $n < 5$

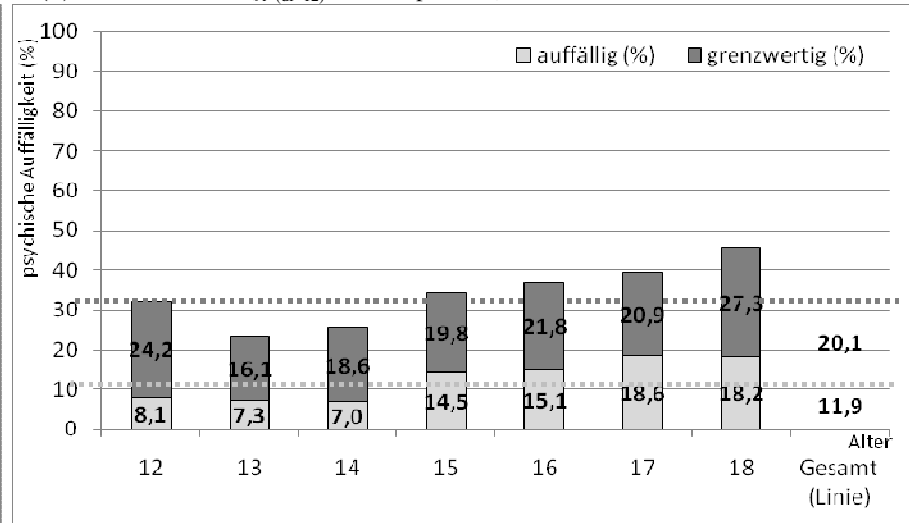


Raten psychischer Auffälligkeiten in Griechenland (EL): (1) Alle nach Alter (2) Nur Mädchen nach Alter, (2) Nur Jungen nach Alter, (4) Alle nach SES

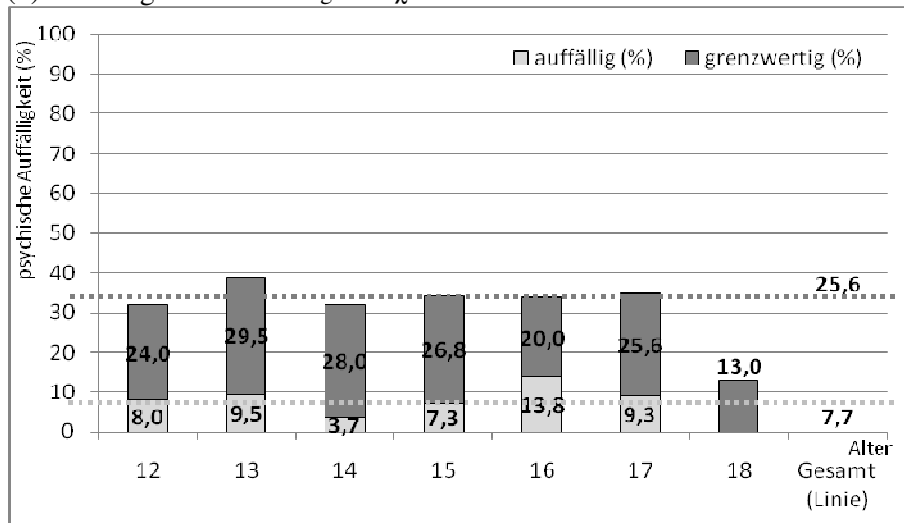
(1) EL ($\chi^2_{(df=12)}=16.368, p=0.175$)



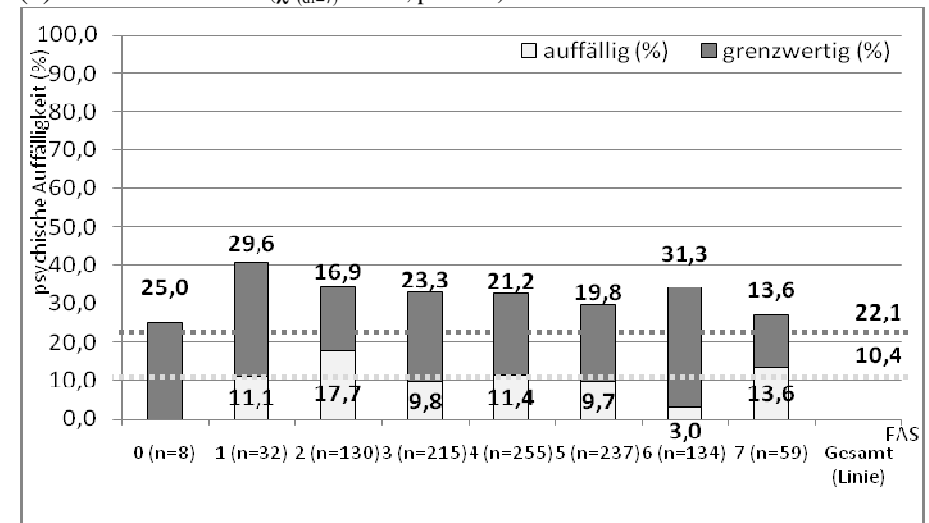
(2) EL: Mädchen ($\chi^2_{(df=12)}=19.210, p=0.084$)



(3) EL: Jungen Voraussetzungen für χ^2 -Test nicht erfüllt: 7 Zellen weisen n <5 auf

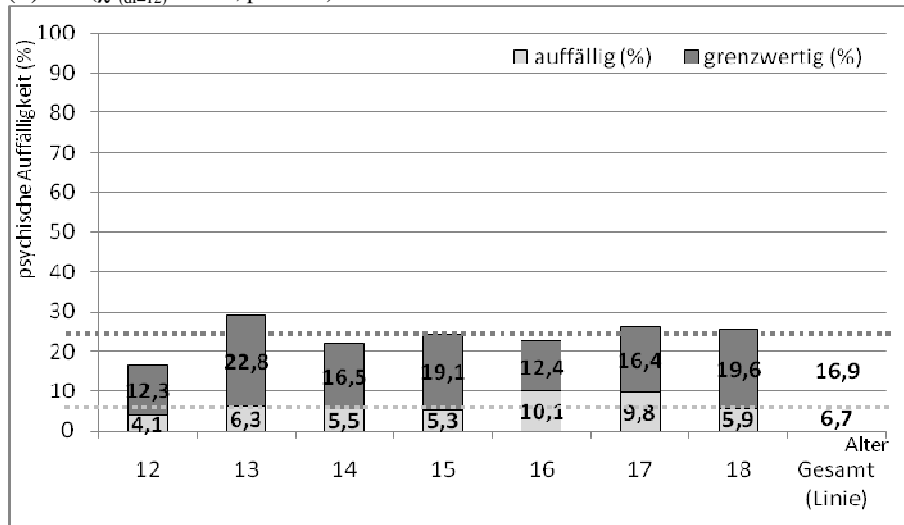


(4) EL: Gesamt FAS ($\chi^2_{(df=7)}=4.101, p=0.768$)

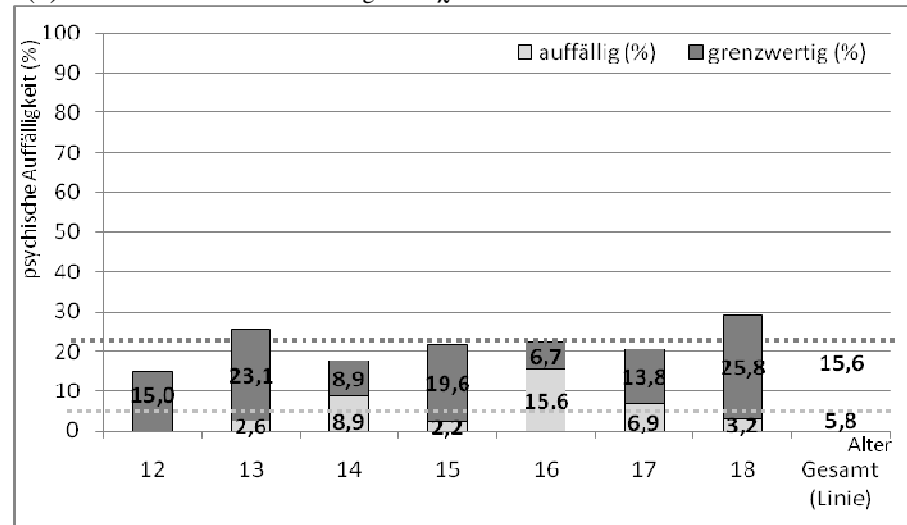


Raten psychischer Auffälligkeiten in Spanien (ES): (1) Alle nach Alter (2) Nur Mädchen nach Alter, (2) Nur Jungen nach Alter, (4) Alle nach SES

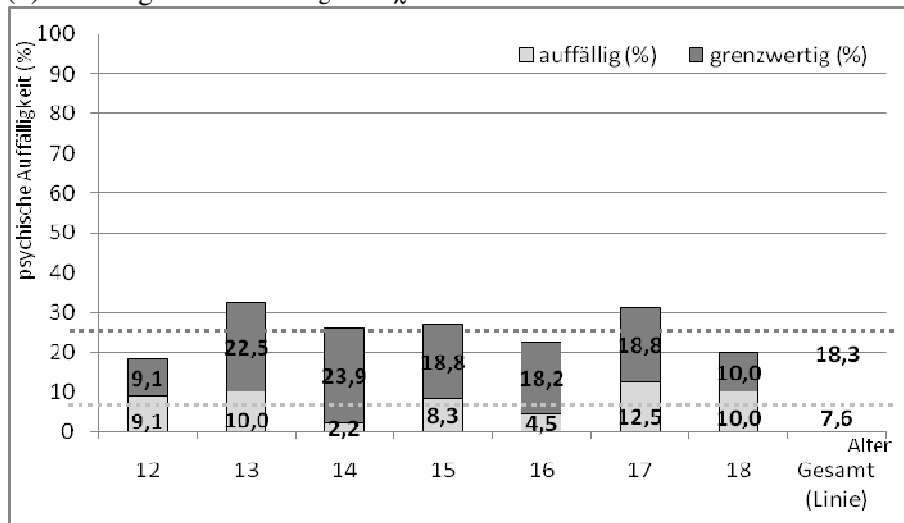
(1) ES ($\chi^2_{(df=12)}=8.774, p=0.722$)



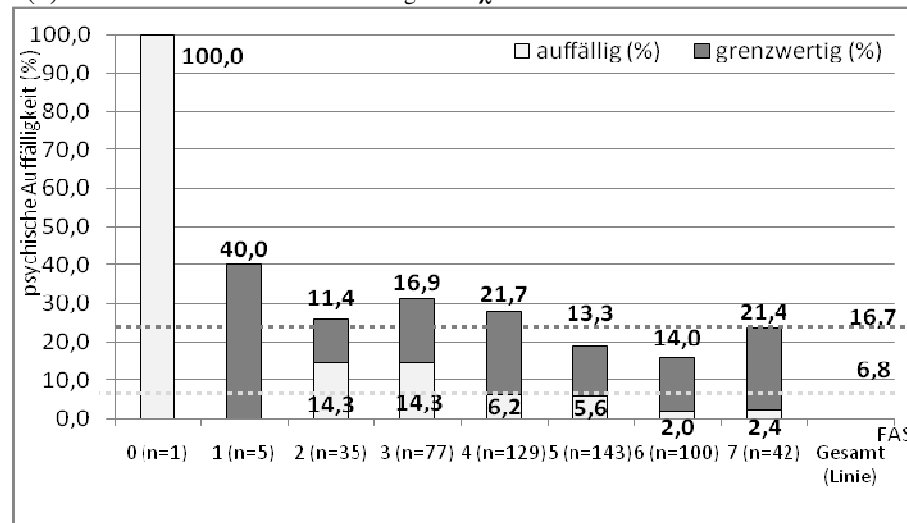
(2) ES: Mädchen Voraussetzungen für χ^2 -Test nicht erfüllt: mind. 20% der Zellen mit $n < 5$



(3) ES: Jungen Voraussetzungen für χ^2 -Test nicht erfüllt: mind. 20% der Zellen mit $n < 5$

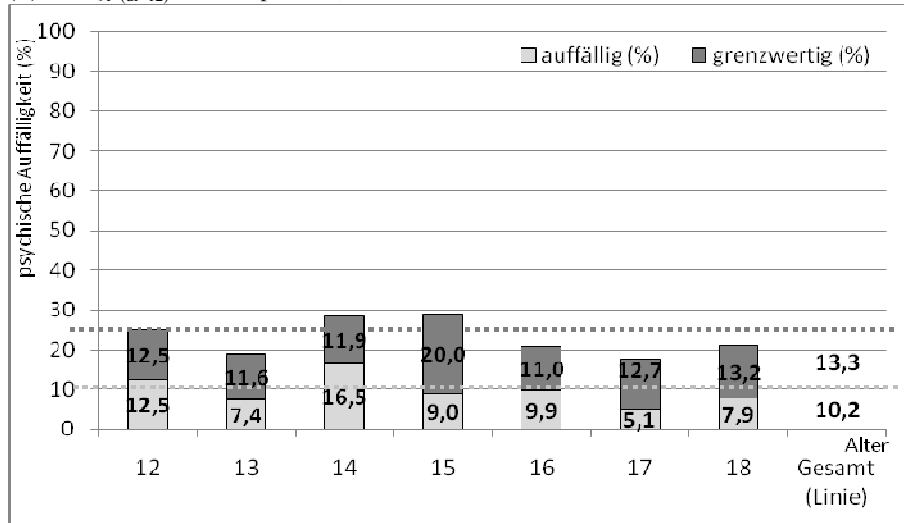


(4) ES: Gesamt FAS Voraussetzungen für χ^2 -Test nicht erfüllt: mind. 20% der Zellen mit $n < 5$

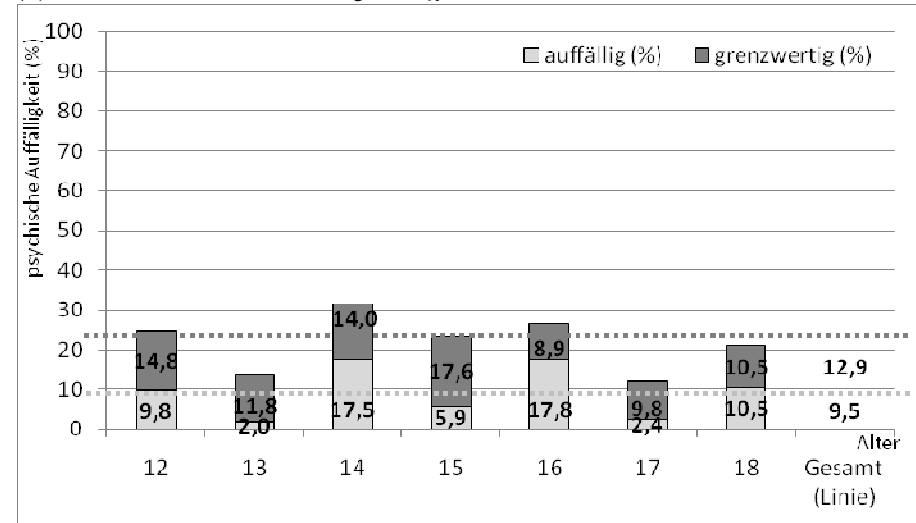


Raten psychischer Auffälligkeiten in Frankreich (FR): (1) Alle nach Alter (2) Nur Mädchen nach Alter, (2) Nur Jungen nach Alter, (4) Alle nach SES

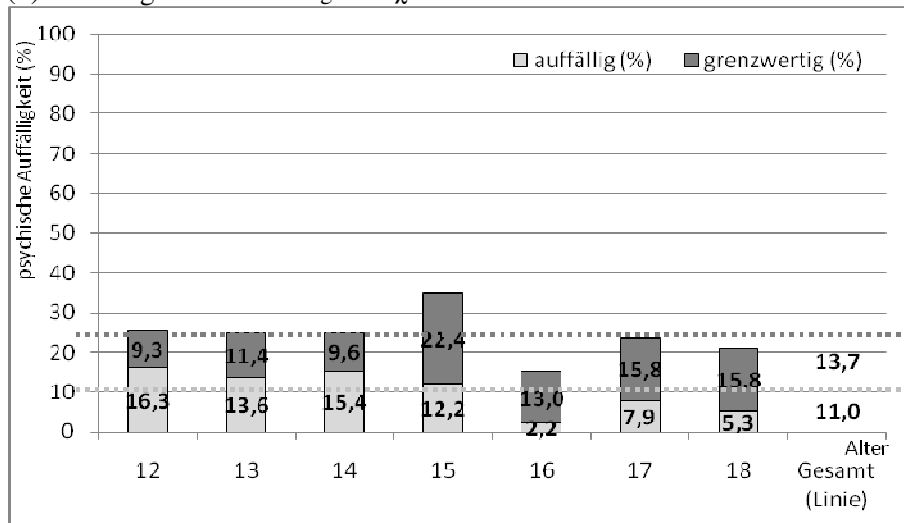
(1) FR ($\chi^2_{(df=12)}=13.582, p=0.328$)



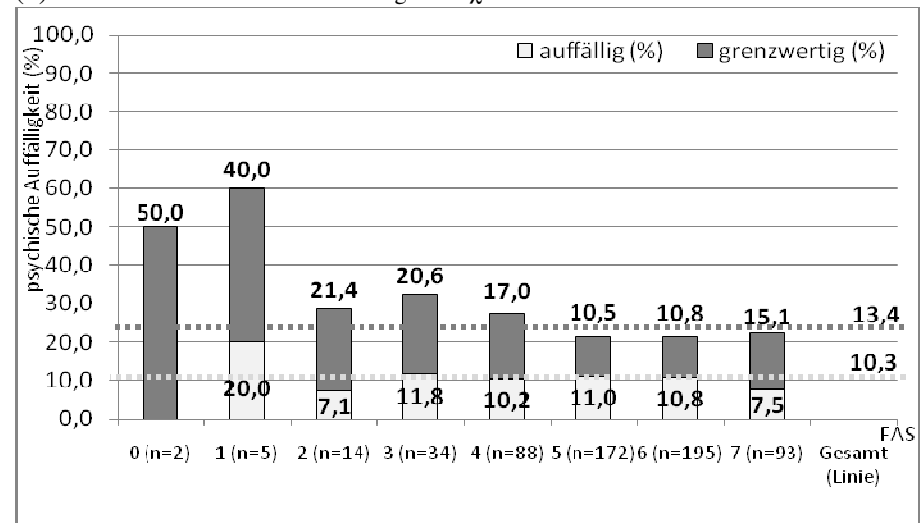
(2) FR: Mädchen Voraussetzungen für χ^2 -Test nicht erfüllt: mind. 20% der Zellen mit $n < 5$



(3) FR: Jungen Voraussetzungen für χ^2 -Test nicht erfüllt: mind. 20% der Zellen mit $n < 5$

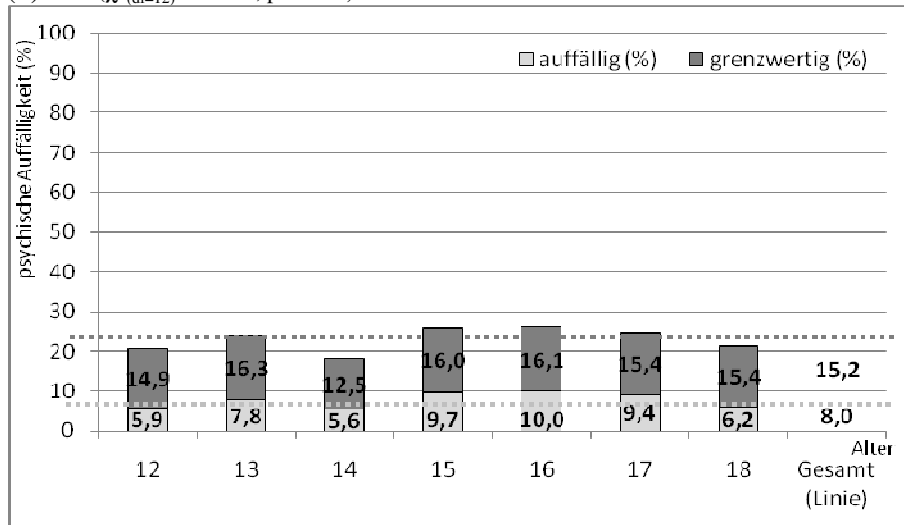


(4) FR: Gesamt FAS Voraussetzungen für χ^2 -Test nicht erfüllt: mind. 20% der Zellen mit $n < 5$

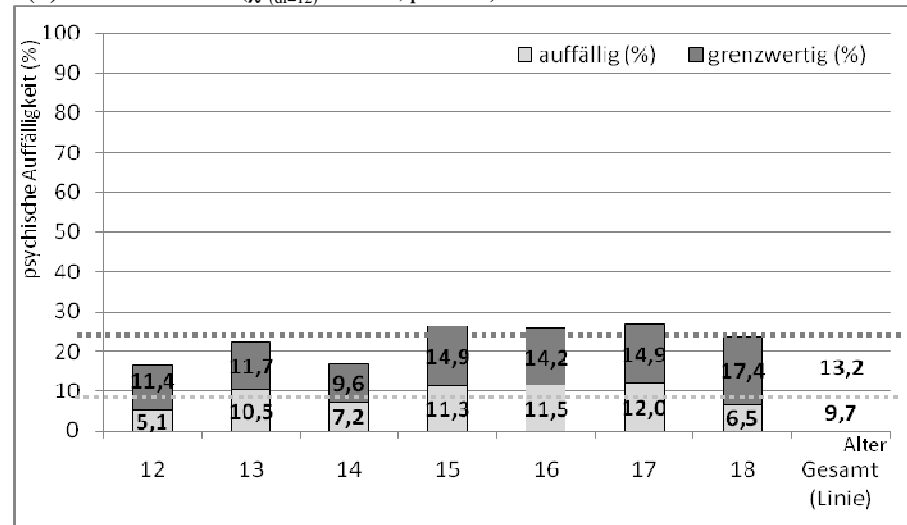


Raten psychischer Auffälligkeiten in Ungarn (HU): (1) Alle nach Alter (2) Nur Mädchen nach Alter, (2) Nur Jungen nach Alter, (4) Alle nach SES

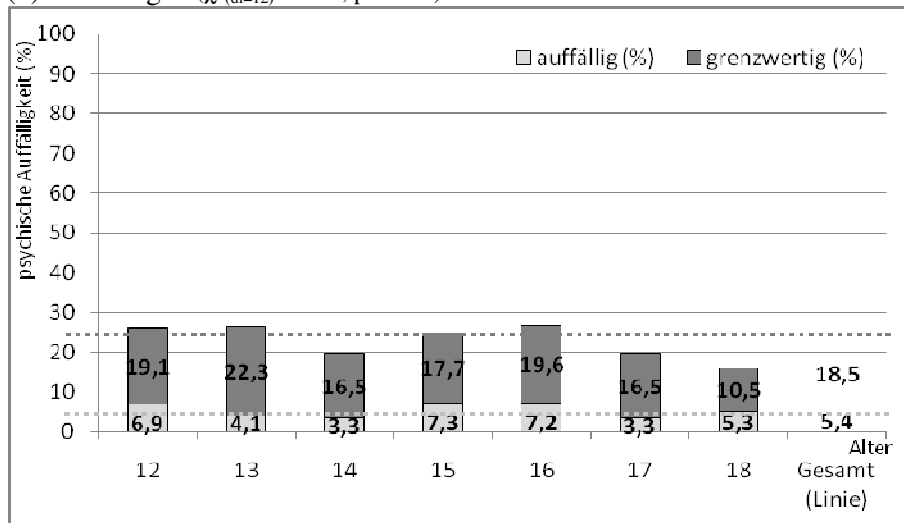
(1) HU ($\chi^2_{(df=12)}=11.080, p=0.522$)



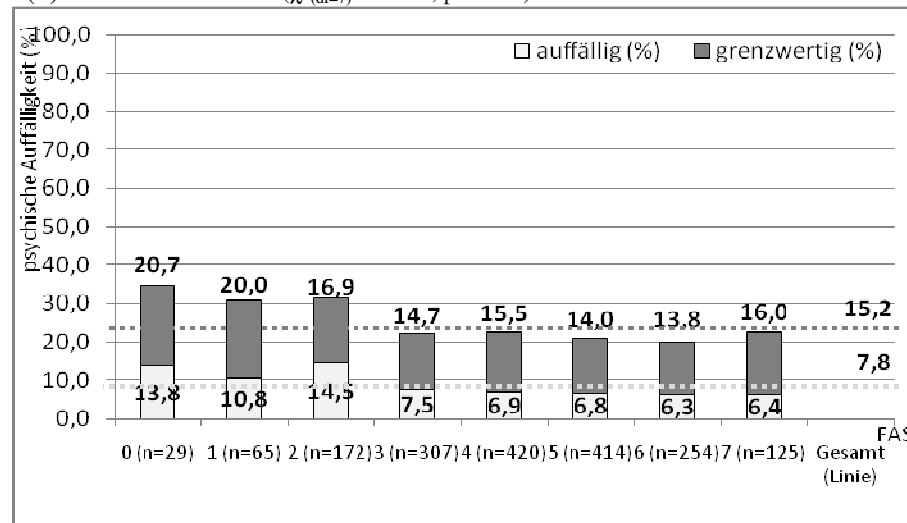
(2) HU: Mädchen ($\chi^2_{(df=12)}=13.919, p=0.306$)



(3) HU: Jungen ($\chi^2_{(df=12)}=7.120, p=0.850$)

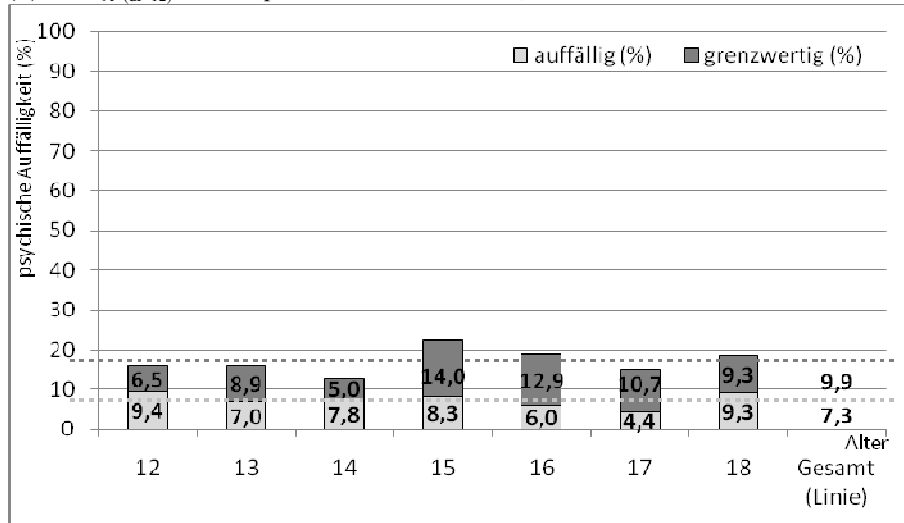


(4) HU: Gesamt FAS ($\chi^2_{(df=7)}=13.839, p=0.054$)

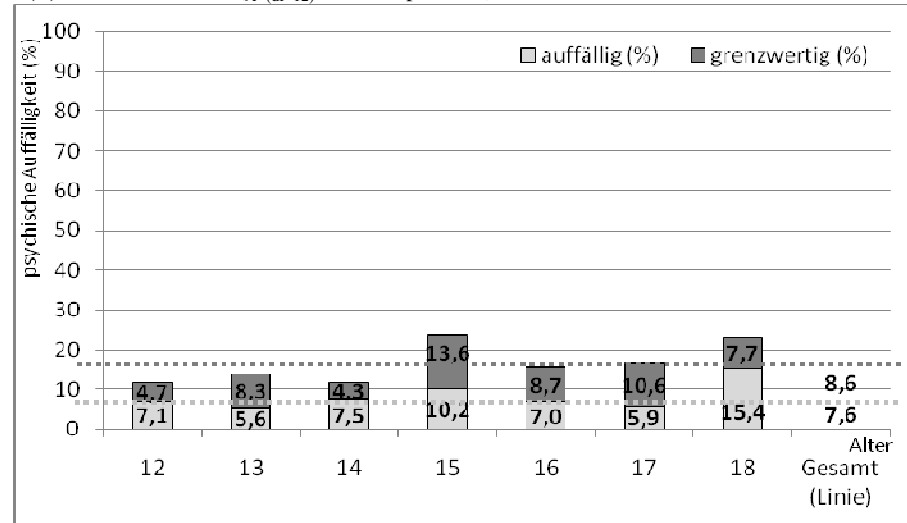


Raten psychischer Auffälligkeiten in den Niederlanden (NL): (1) Alle nach Alter (2) Nur Mädchen nach Alter, (2) Nur Jungen nach Alter, (4) Alle nach SES

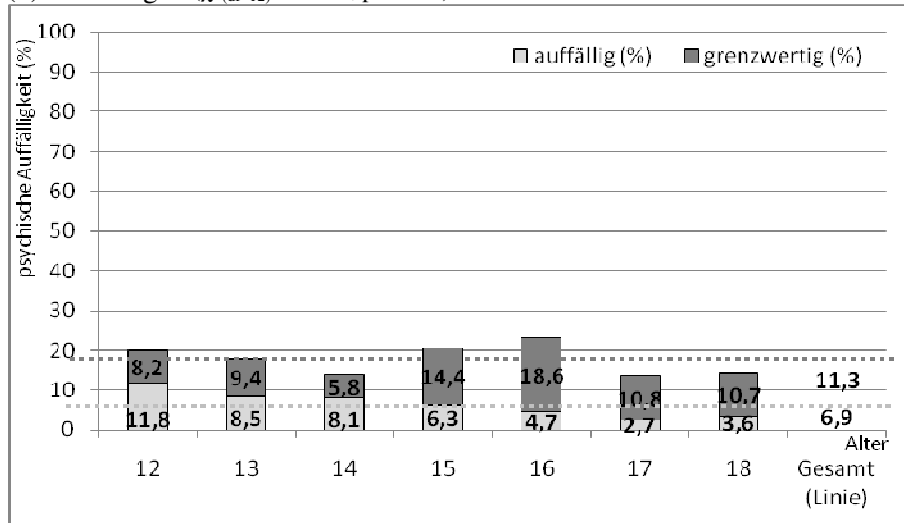
(1) NL ($\chi^2_{(df=12)}=17.819, p=0.121, \text{Cramer-V}=0.086$)



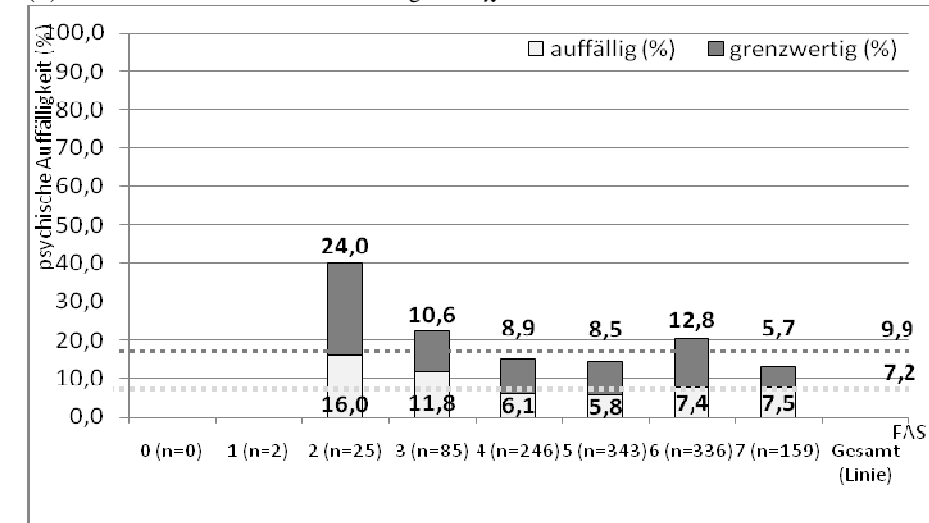
(2) NL: Mädchen ($\chi^2_{(df=12)}=12.859, p=0.379$)



(3) NL: Jungen ($\chi^2_{(df=12)}=15.681, p=0.206$)

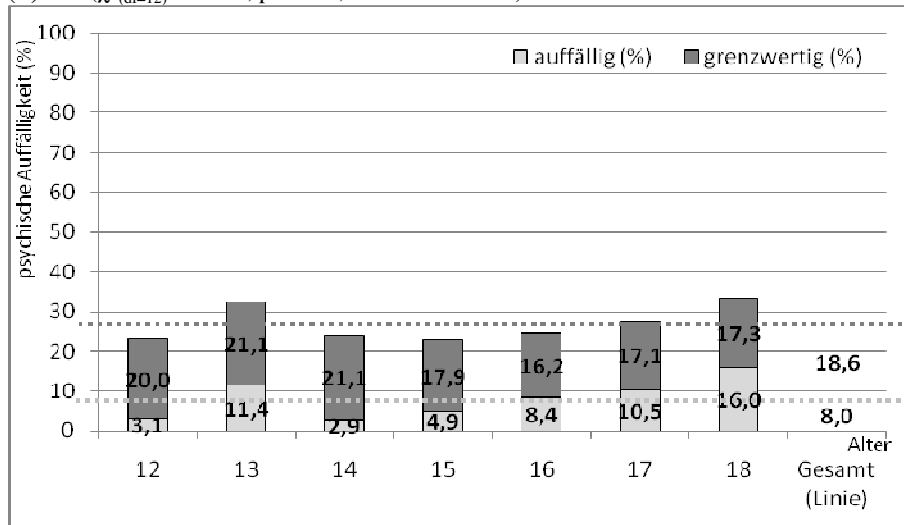


(4) NL: Gesamt FAS Voraussetzungen für χ^2 -Test nicht erfüllt: mind. 20% der Zellen mit $n < 5$

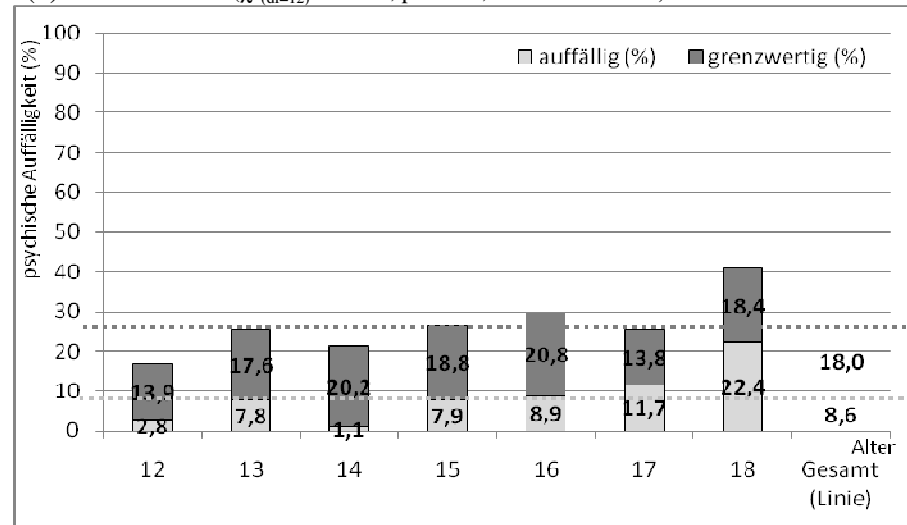


Raten psychischer Auffälligkeiten in Polen (PL): (1) Alle nach Alter (2) Nur Mädchen nach Alter, (2) Nur Jungen nach Alter, (4) Alle nach SES

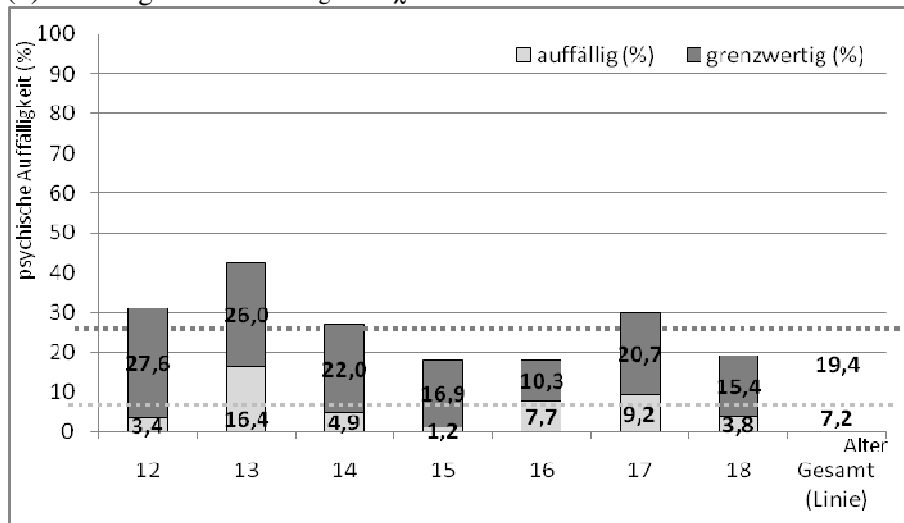
(1) PL ($\chi^2_{(df=12)}=23.972, p=0.021, \text{Cramer-V}=0.108$)



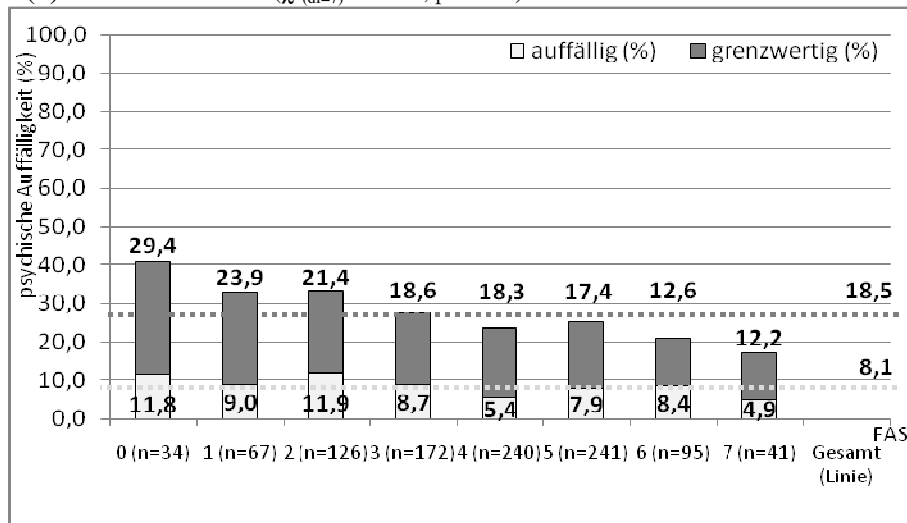
(2) PL: Mädchen ($\chi^2_{(df=12)}=23.698, p=0.022, \text{Cramer-V}=0.144$)



(3) PL: Jungen Voraussetzungen für χ^2 -Test nicht erfüllt: mind. 20% der Zellen mit $n < 5$

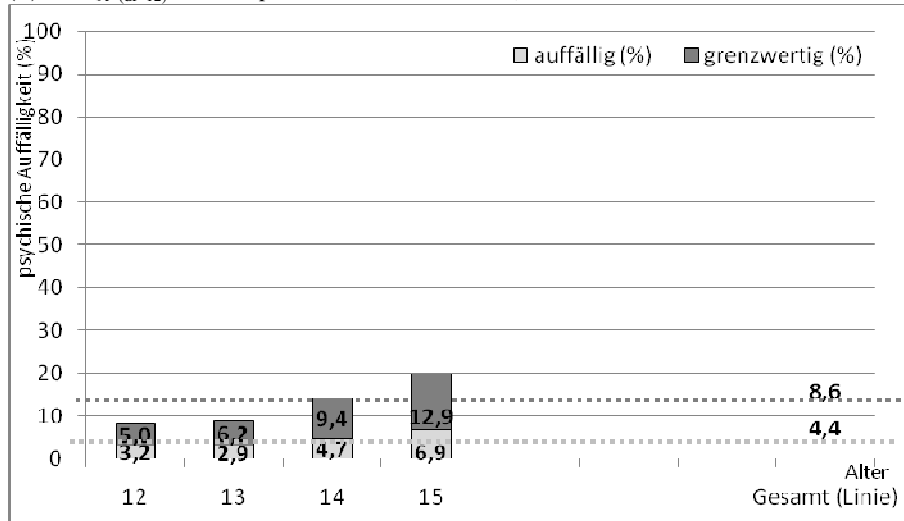


(4) PL: Gesamt FAS ($\chi^2_{(df=7)}=12.621, p=0.082$)

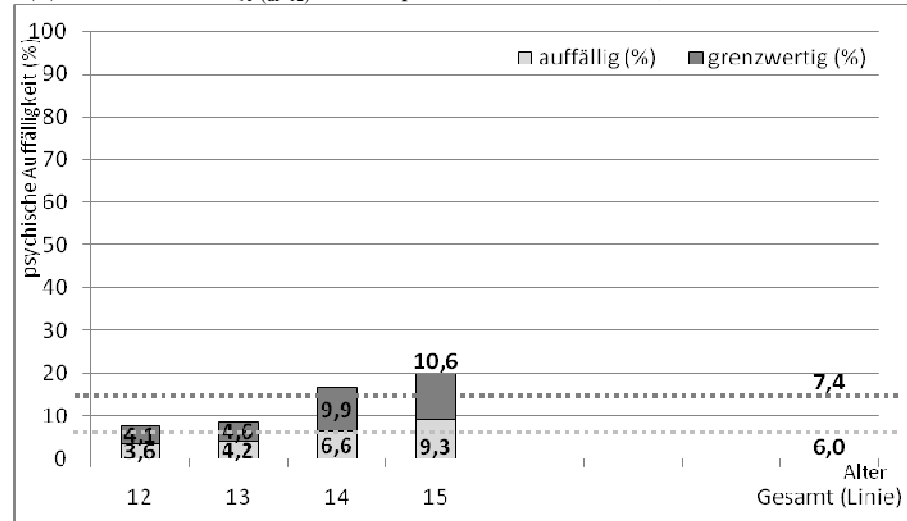


Raten psychischer Auffälligkeiten in Schweden (SE): (1) Alle nach Alter (2) Nur Mädchen nach Alter, (2) Nur Jungen nach Alter, (4) Alle nach SES

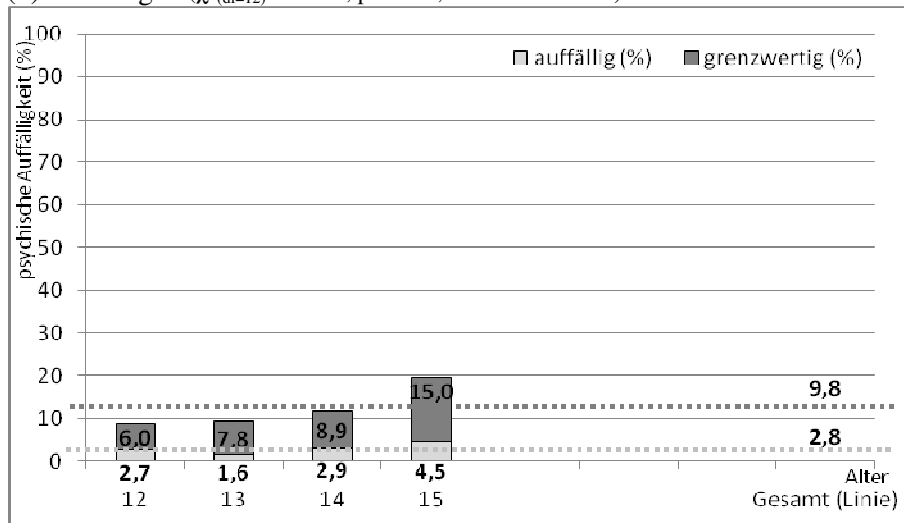
(1) SE ($\chi^2_{(df=12)}=56.797, p<0.001, \text{Cramer-V}=0.095$)



(2) SE: Mädchen ($\chi^2_{(df=12)}=34.935, p<0.001, \text{Cramer-V}=0.106$)



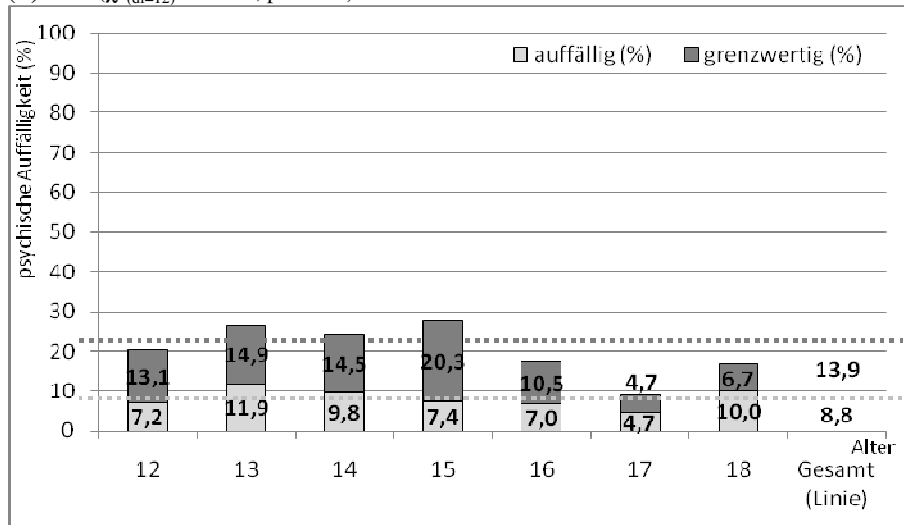
(3) SE: Jungen ($\chi^2_{(df=12)}=27.680, p<0.001, \text{Cramer-V}=0.094$)



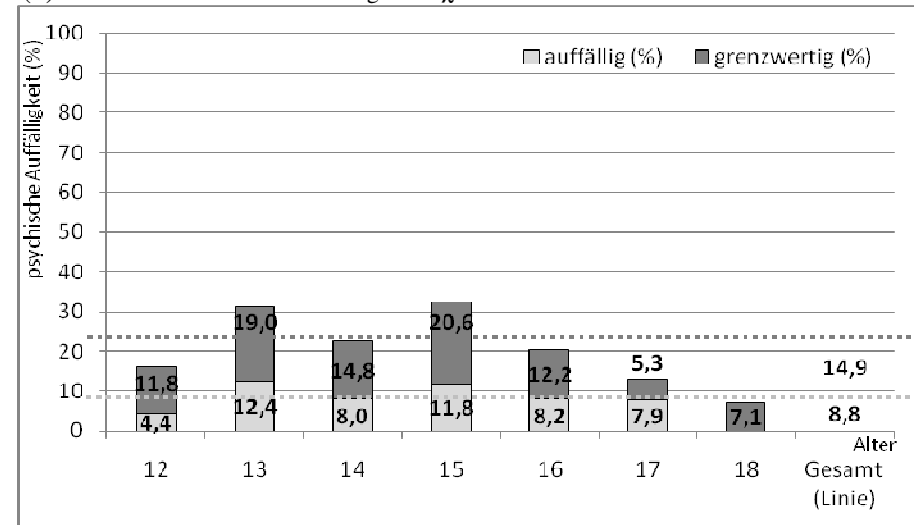
(4) SE: Keine Daten zur FAS vorhanden

Raten psychischer Auffälligkeiten in Großbritannien (UK): (1) Alle nach Alter (2) Nur Mädchen nach Alter, (2) Nur Jungen nach Alter, (4) Alle nach SES

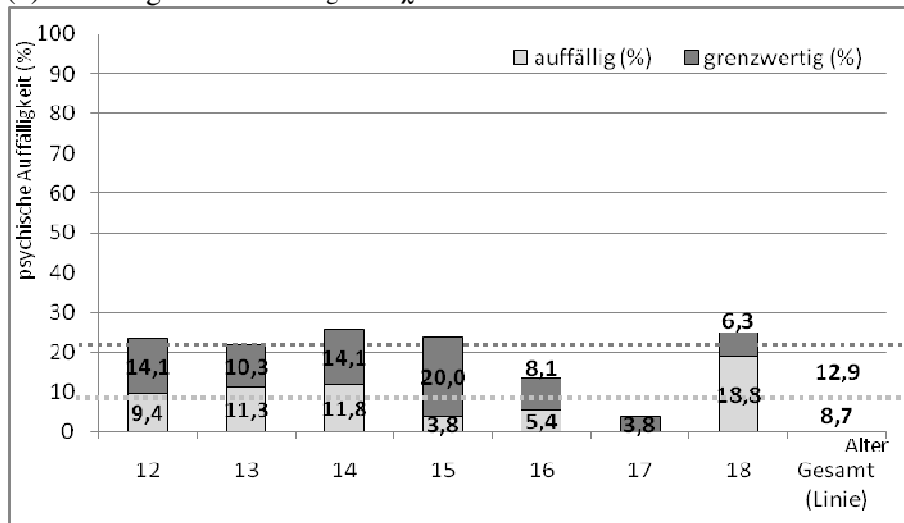
(1) UK ($\chi^2_{(df=12)}=18.101, p=0.113$)



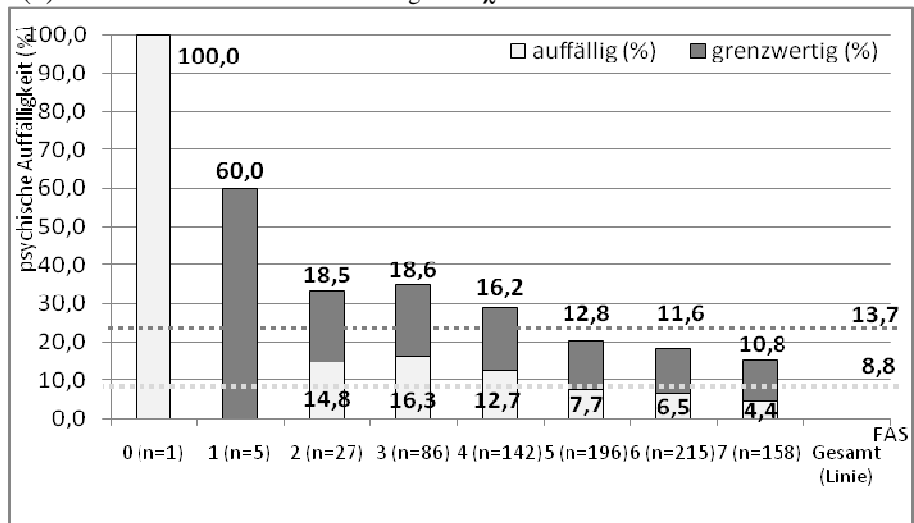
(2) UK: Mädchen Voraussetzungen für χ^2 -Test nicht erfüllt: 6 Zellen weisen n <5 auf



(3) UK: Jungen Voraussetzungen für χ^2 -Test nicht erfüllt: 7 Zellen weisen n <5 auf



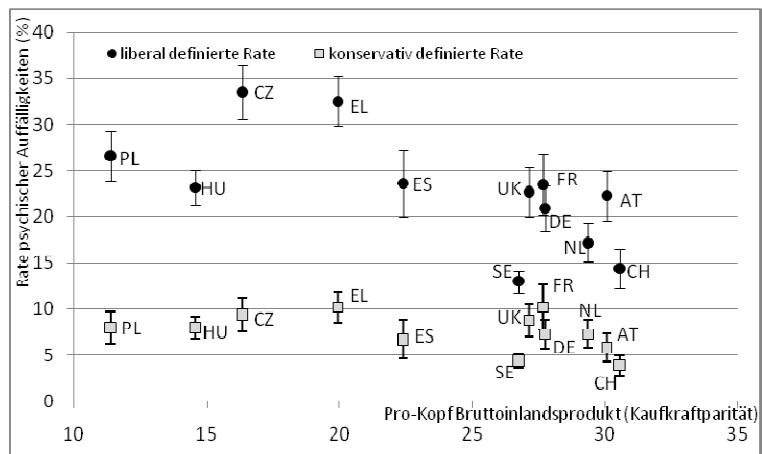
(4) UK: Gesamt FAS Voraussetzungen für χ^2 -Test nicht erfüllt: mind. 20% der Zellen mit n <5



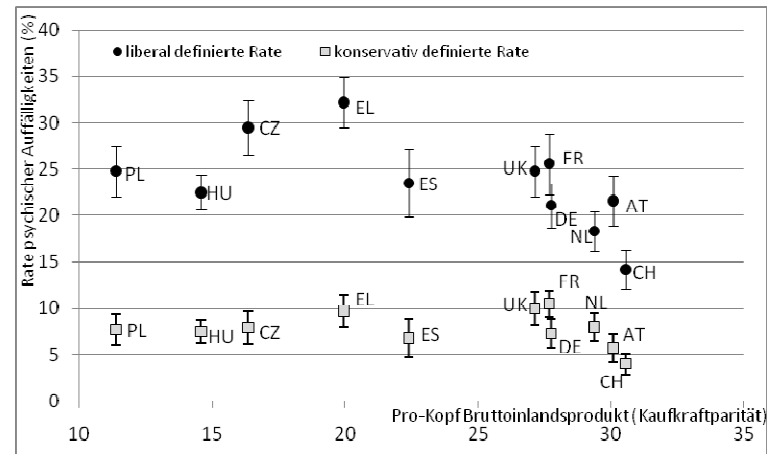
Graphische Darstellungen der Assoziationen auf Makroebene

Assoziationen der Raten psychischer Auffälligkeiten mit ökonomischen Makroindikatoren:

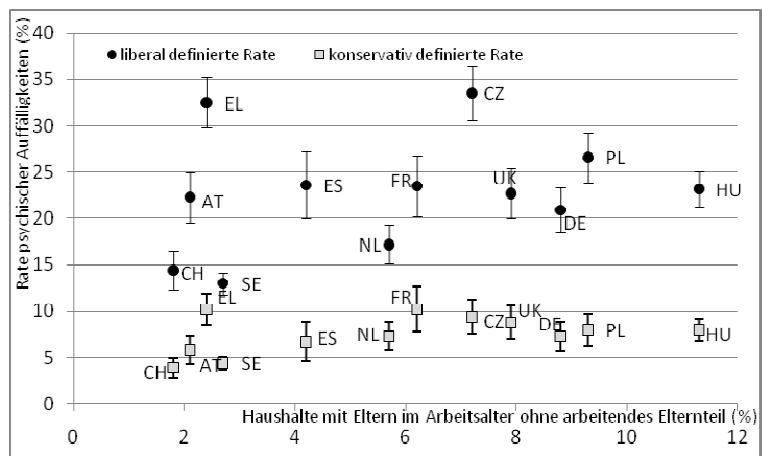
(1) Psychische Auffälligkeiten & Pro-Kopf-Bruttoinlandsprodukt



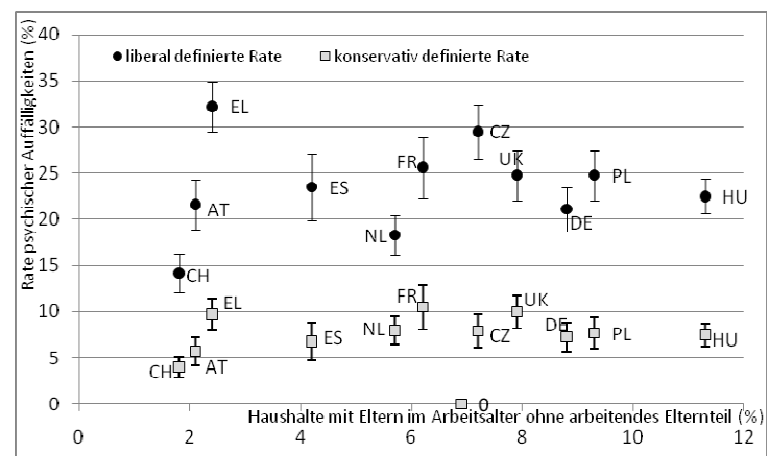
(b) Psychische Auffälligkeiten & Pro-Kopf-Bruttoinlandsprodukt (gewichtet)



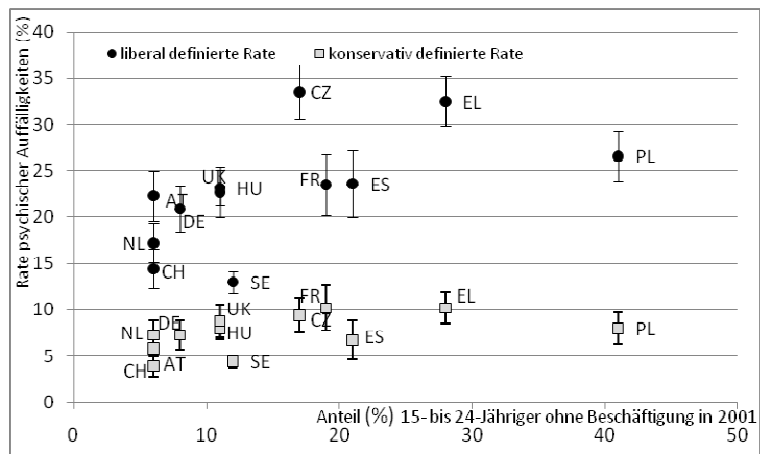
(2) Psychische Auffälligkeiten & elterliche Arbeitslosigkeit



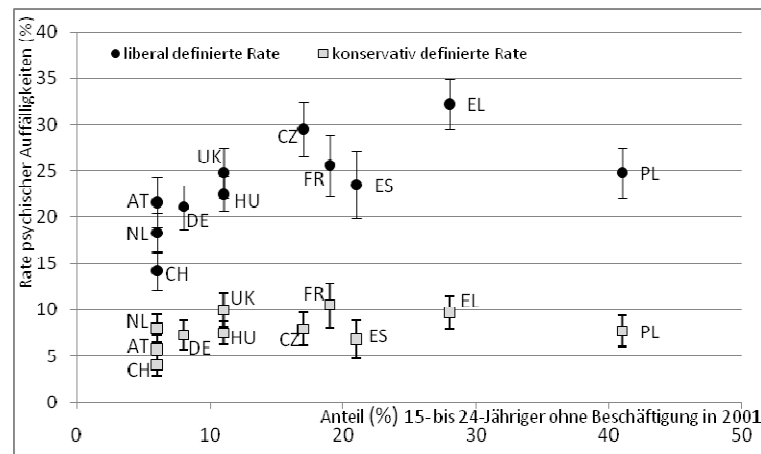
(b) Psychische Auffälligkeiten & elterliche Arbeitslosigkeit (gewichtet)



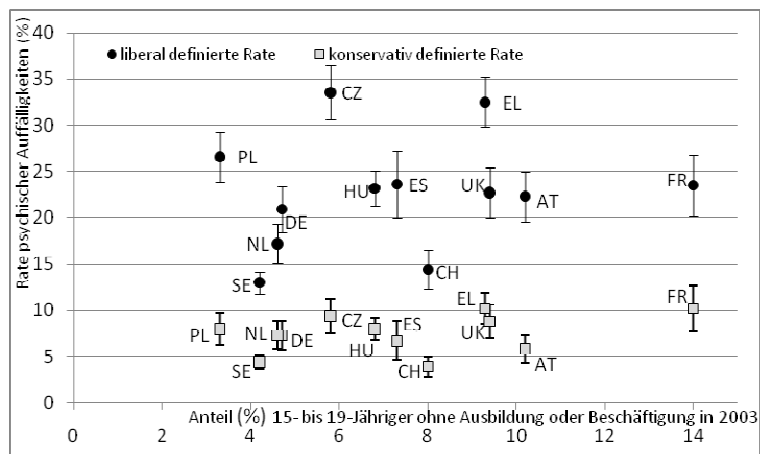
(3) Psychische Auffälligkeiten & Arbeitslosigkeit 15- bis 24-Jähriger



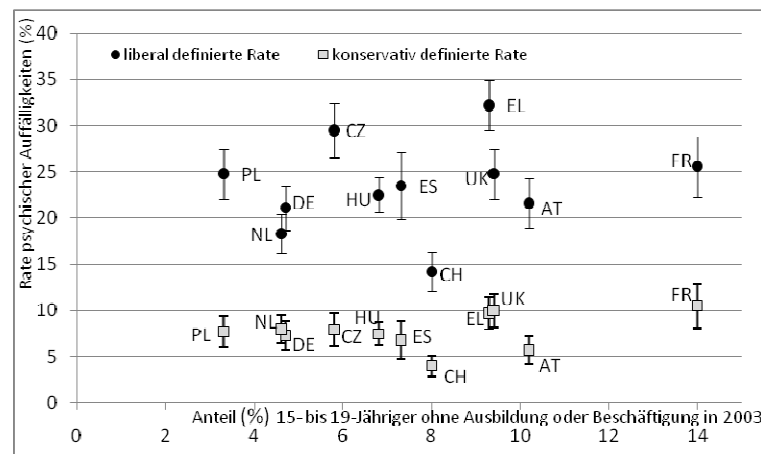
(b) Psychische Auffälligkeiten & Arbeitslosigkeit 15-bis 24-Jähriger (gewichtet)



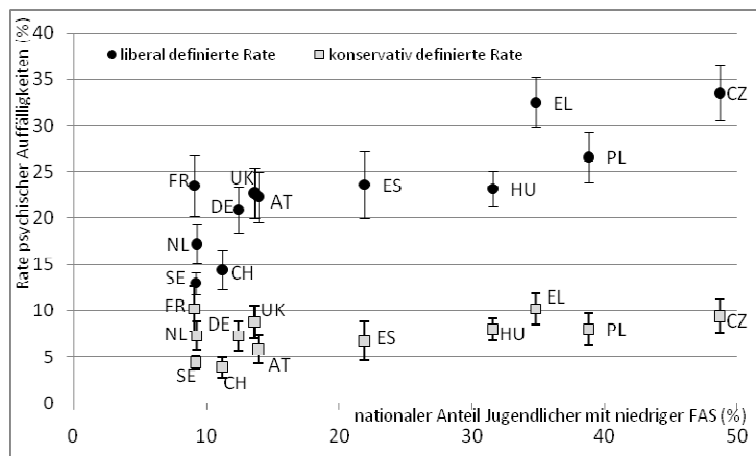
(4) Psychische Auffälligkeiten & Arbeitslosigkeit 15- bis 19-Jähriger



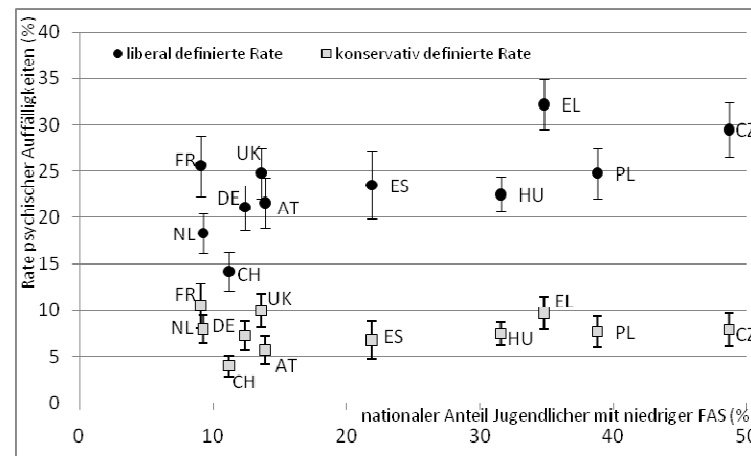
(b) Psychische Auffälligkeiten & Arbeitslosigkeit der 15-19-Jährigen (gewichtet)



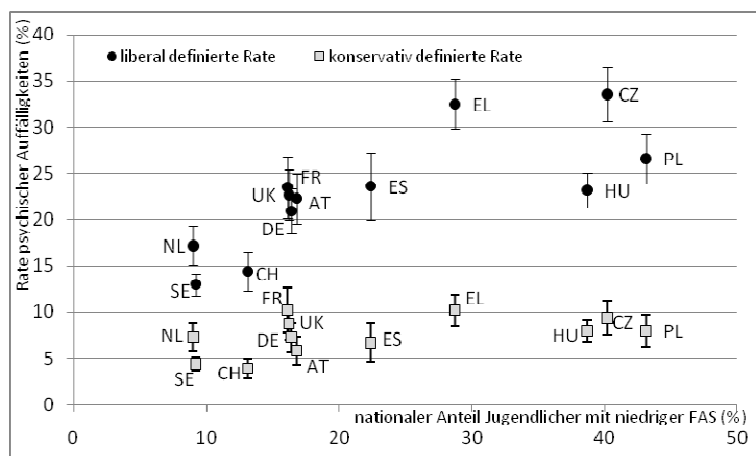
(5) Psychische Auffälligkeiten & FAS (nach eigenen Daten)



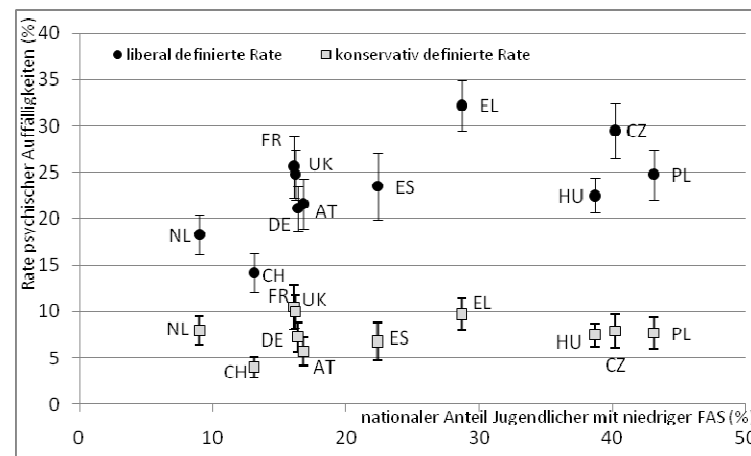
(b) Psychische Auffälligkeiten & FAS (nach eigenen Daten) (gewichtet)



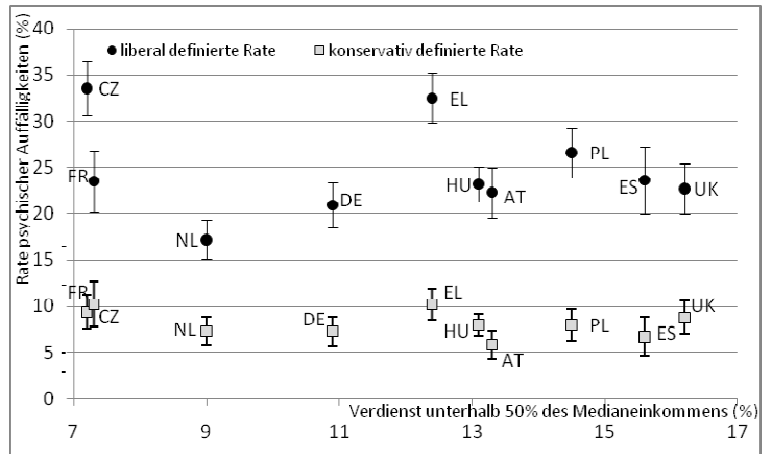
(6) Psychische Auffälligkeiten & FAS (nach UNICEF Daten)



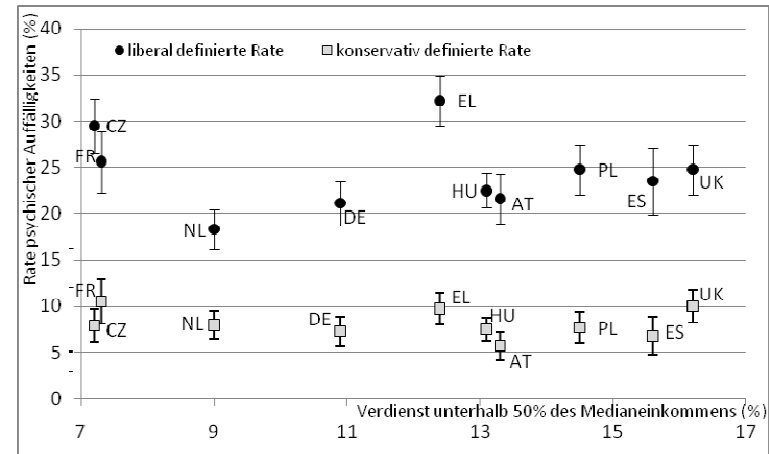
(b) Psychische Auffälligkeiten & FAS (nach UNICEF Daten) (gewichtet)



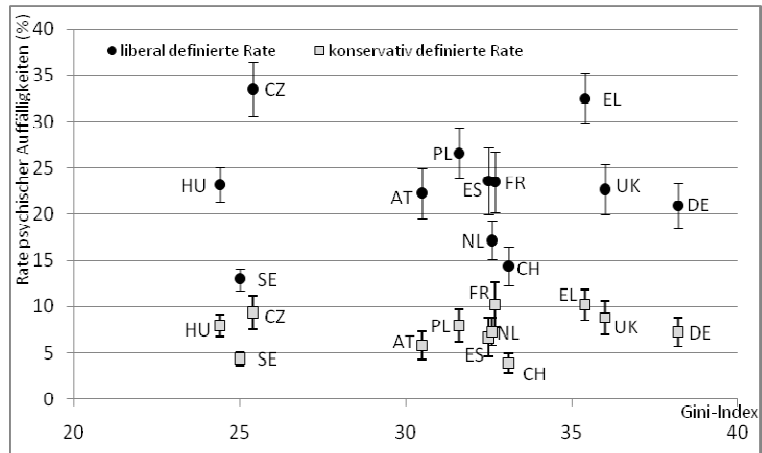
(7) Psychische Auffälligkeiten & Einkommen < 50% des Medians



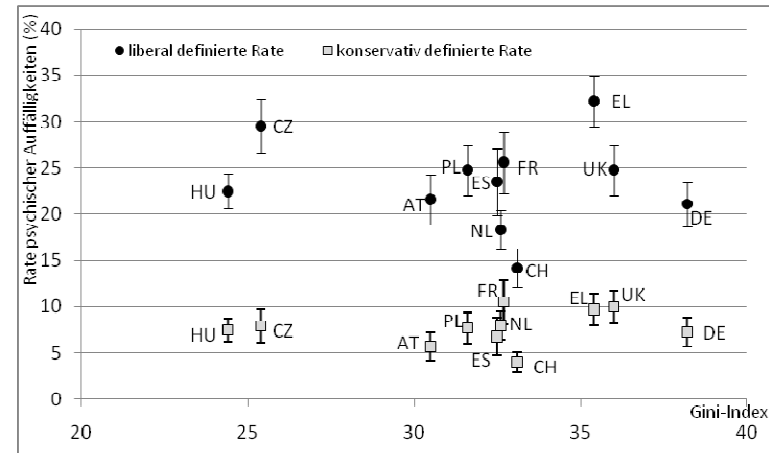
(b) Psychische Auffälligkeiten & Einkommen < 50% des Medians (gewichtet)



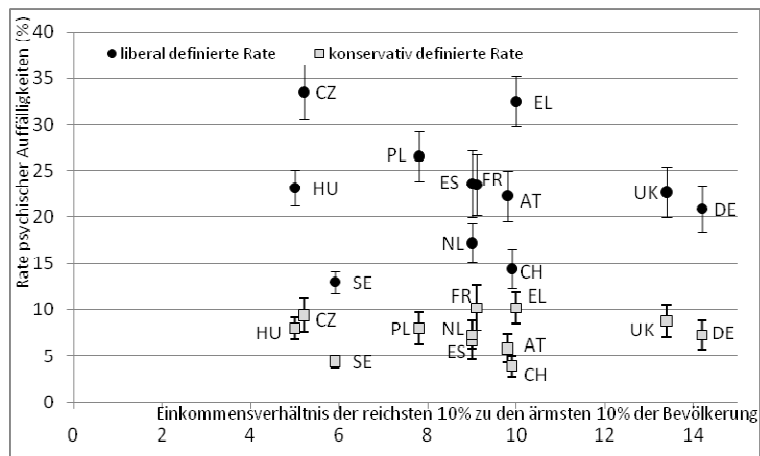
(8) Psychische Auffälligkeiten & Gini-Index



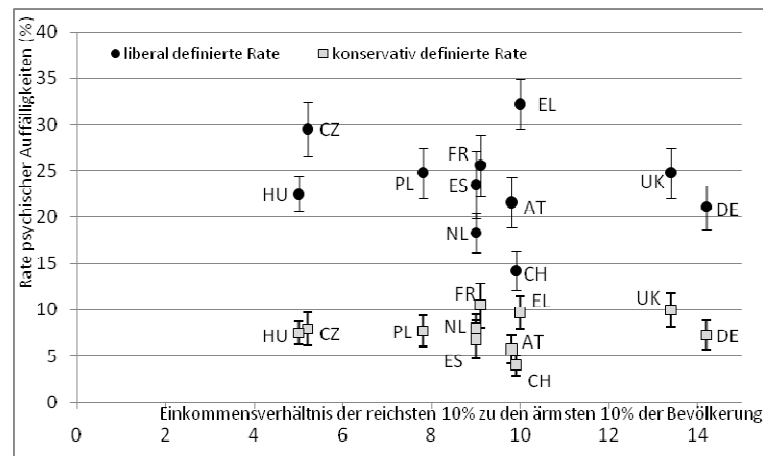
(b) Psychische Auffälligkeiten & Gini-Index (gewichtet)



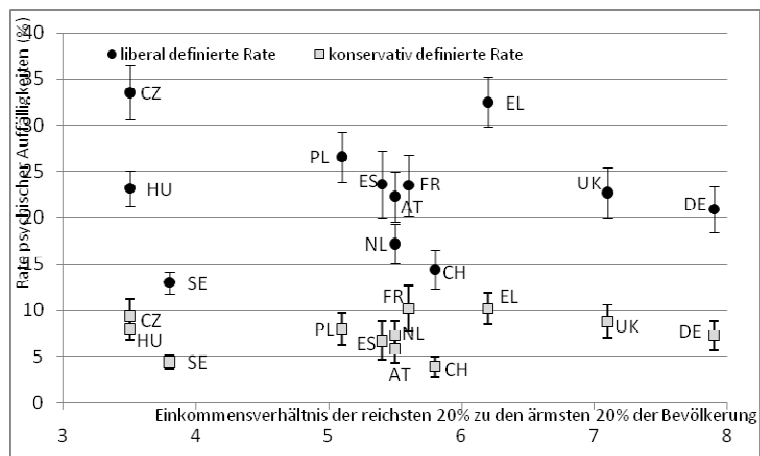
(9) Psychische Auffälligkeiten & 10/10-Verteilungsverhältnis



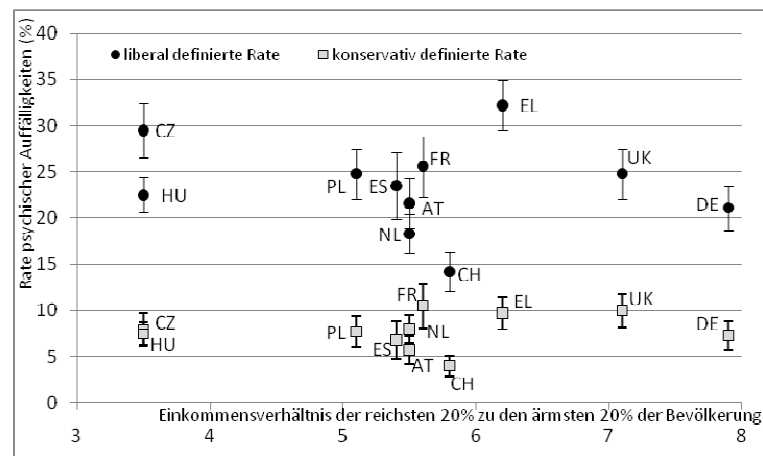
(b) Psychische Auffälligkeiten & 10/10-Verteilungsverhältnis (gewichtet)



(10) Psychische Auffälligkeiten & 20/20-Verteilungsverhältnis

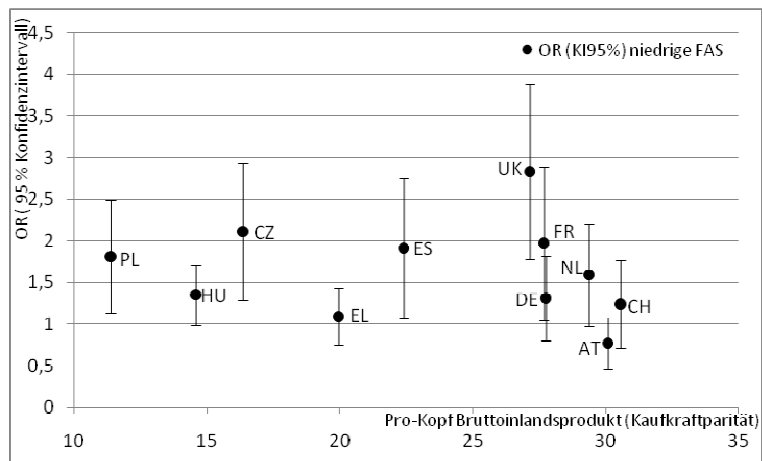


(b) Psychische Auffälligkeiten & 20/20-Verteilungsverhältnis (gewichtet)

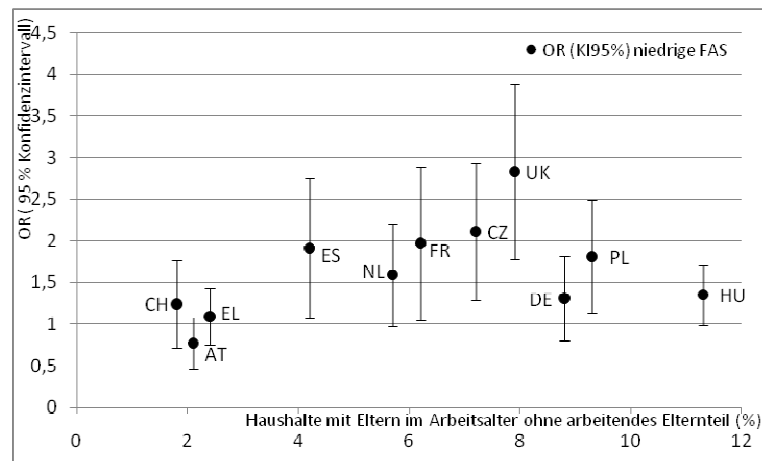


Abhängigkeit der Assoziationen zwischen Raten psychischer Auffälligkeiten und niedrigem SES von ökonomischen Makroindikatoren:

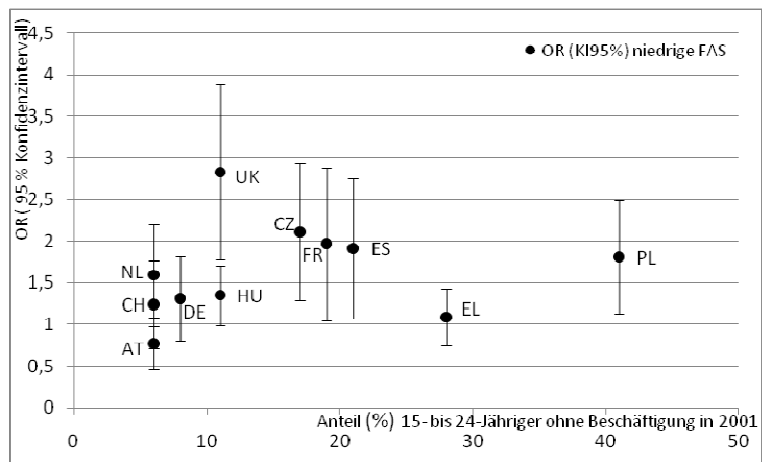
(1) Sozialer Gradient^a & BIP (Kaufkraftparität)



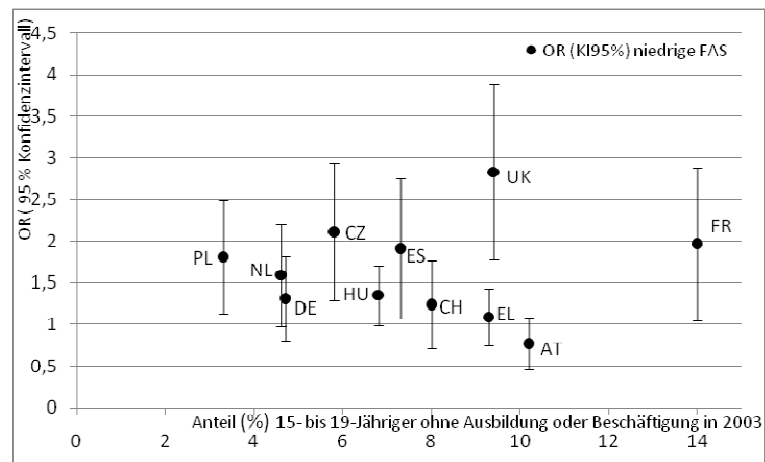
(2) Sozialer Gradient^a & elterliche Arbeitslosigkeit



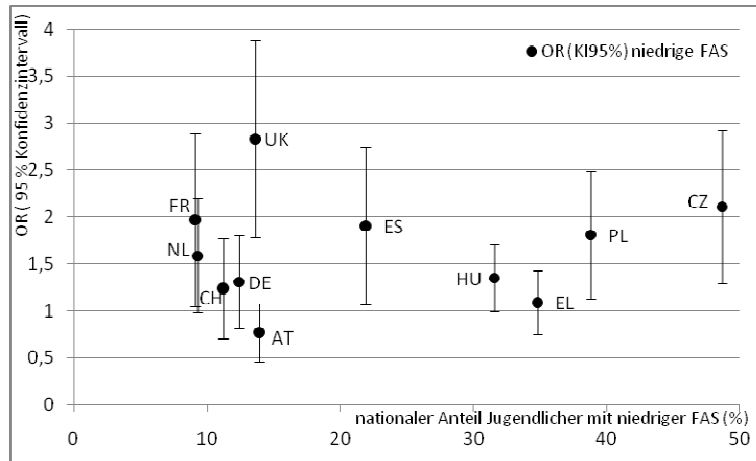
(3) Sozialer Gradient^a & Arbeitslosigkeit 15-24-Jähriger



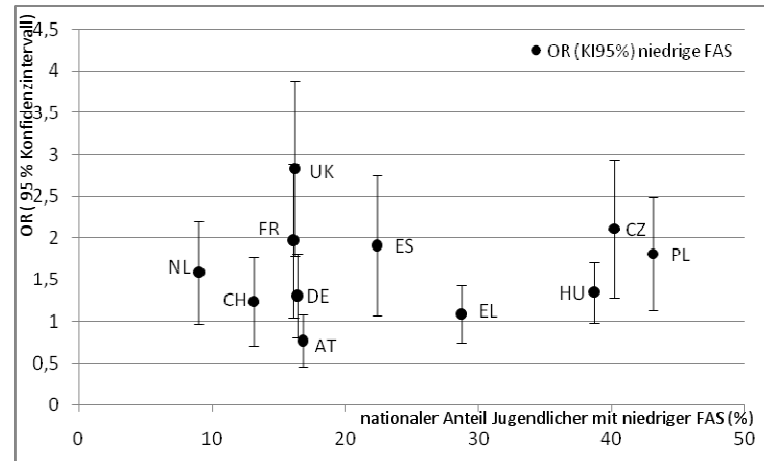
(4) Sozialer Gradient^a & Arbeitslosigkeit 15-19-Jähriger



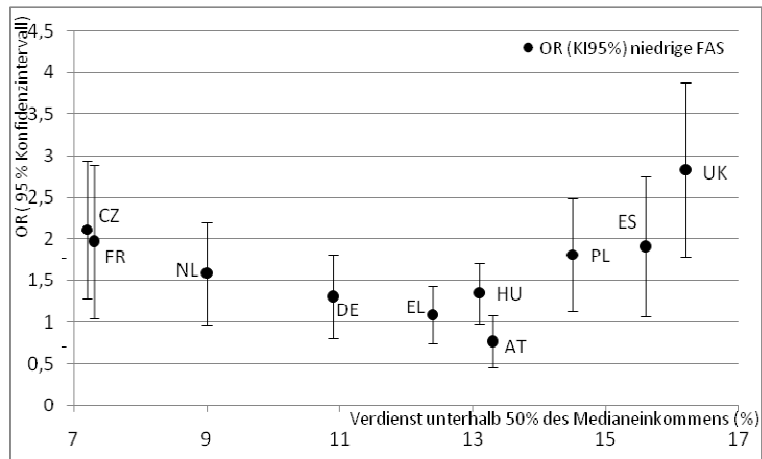
(5) Sozialer Gradient^a & FAS (eigene Daten)



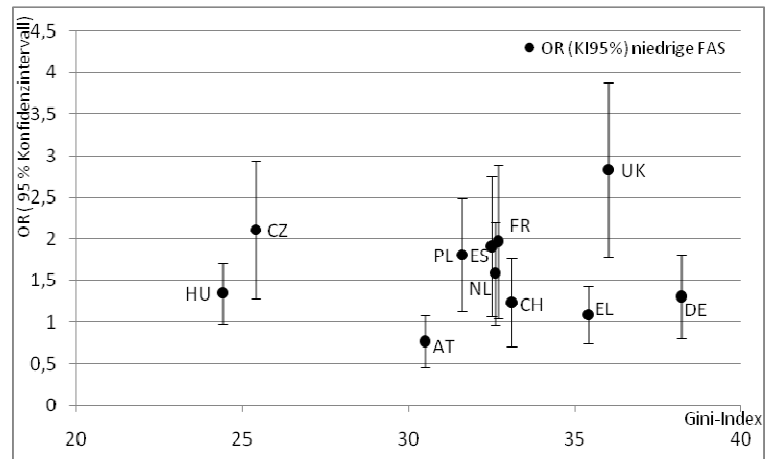
(6) Sozialer Gradient^a & FAS (UNICEF-Daten)



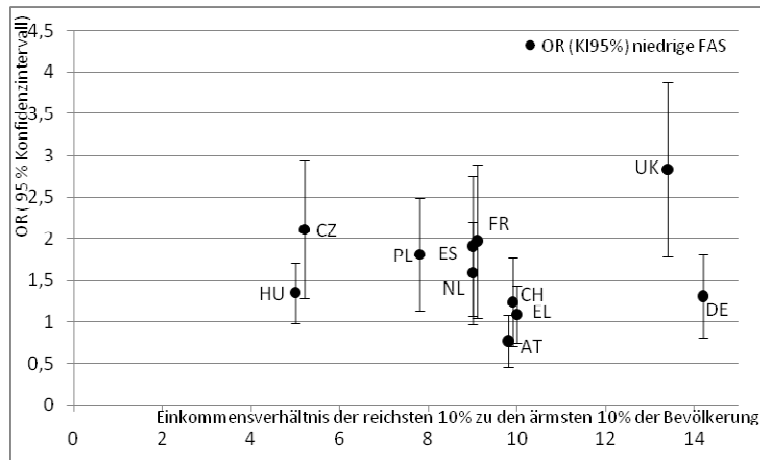
(7) Sozialer Gradient^a & Einkommen <50% Medians



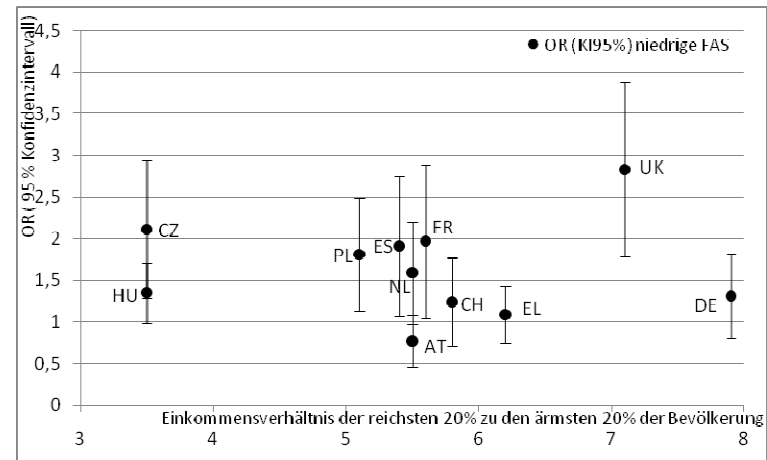
(8) Sozialer Gradient^a & Gini-Index



(9) Sozialer Gradient^a & 10 / 10 Wohlstandsverteilung



(10) Sozialer Gradient^a & 20 / 20 Wohlstandsverteilung



^a Sozialer Gradient bezeichnet hier die durch ein Odds Ratio ausgedrückte Erhöhung der Chance von Jugendlichen mit niedrigem SES psychische Auffälligkeiten aufzuweisen (Referenzgruppe: Jugendliche mit hohem SES)