

Barkmann, Claus und Schulte-Marktwort, Michael

**Psychosoziale Lebenssituation und Gesundheitsprobleme bei  
Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 55 (2006) 6, S. 444-458*

urn:nbn:de:bsz-psydok-46738

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

**Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

**Kontakt:**

**PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# Inhalt

## Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Branik, E.; Meng, H.: Die Funktion von Besprechungen für multidisziplinäre Behandlungsteams kinder- und jugendpsychiatrischer Stationen (The function of team-meetings for treatment teams on child and adolescent psychiatric wards) . . . . .	198
Henke, C.: Peer-Mediation an Schulen: Erfahrungen bei der Implementierung und der Ausbildung von Streitschlichtern (Peer-mediation in schools: Experiences in implementation and training of mediators) . . . . .	644
Krabbe, H.: Eltern-Jugendlichen-Mediation (Mediation between parents and youth) . . .	615
Mayer, S.; Normann, K.: Das Praxismodell des Familien-Notruf München zum Einbezug der Kinder in die Mediation (Children in family mediation: A practice model) . . . . .	600
Mickley, A.: Mediation an Schulen (Mediation in schools) . . . . .	625
Sampson, M.: Psychotherapeutischer Leitfaden zum technischen Umgang mit Schulängsten (A psychotherapeutic guide for dealing with school phobia) . . . . .	214

## Originalarbeiten / Original Articles

Barkmann, C.; Schulte-Markwort, M.: Psychosoziale Lebenssituation und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland (Life situation and health status of children and adolescents) . . . . .	444
Boeger, A.; Dörfler, T.; Schut-Ansteeg, T.: Erlebnispädagogik mit Jugendlichen: Einflüsse auf Symptombelastung und Selbstwert (Project adventure with adolescents: Influence on psychopathology and self-esteem) . . . . .	181
Bullinger, M.; Ravens-Sieberer, U.: Lebensqualität und chronische Krankheit: die Perspektive von Kindern und Jugendlichen in der Rehabilitation (Quality of life and chronic conditions: The perspective of children and adolescents in rehabilitation) . . . . .	23
Desman, C.; Schneider, A.; Ziegler-Kirbach, E.; Petermann, F.; Mohr, B.; Hampel, P.: Verhaltenshemmung und Emotionsregulation in einer Go-/Nogo-Aufgabe bei Jungen mit ADHS (Behavioural inhibition and emotion regulation among boys with ADHD during a go-/nogo-task) . . . . .	328
Fetzer, A.E.; Steinert, T.; Metzger, W.; Fegert, J.M.: Eine prospektive Untersuchung von Zwangsmaßnahmen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (A prospective analysis of coercive measures in an inpatient department of child and adolescent psychiatry) . . . . .	754
Fricke, L.; Mitschke, A.; Wiater, A.; Lehmkuhl, G.: Kölner Behandlungsprogramm für Kinder mit Schlafstörungen – Konzept, praktische Durchführung und erste empirische Ergebnisse (A new treatment program for children with sleep disorders – Concept, practicability, and first empirical results) . . . . .	141
Grimm, K.; Mackowiak, K.: Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger und aufmerksamkeitsgestörter Kinder (KES) (KES – Training for parents of children with conduct behaviour problems) . . . . .	363
Hampel, P.; Desman, C.: Stressverarbeitung und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (Coping and quality of life among children and adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) . . . . .	425
Kühnapfel, B.; Schepker, R.: Katamnestische Nachbefragung von freiwillig und nicht freiwillig behandelten Jugendlichen (Post hoc interviews with adolescents after voluntary and involuntary psychiatric admission) . . . . .	767

1	Leins, U.; Hinterberger, T.; Kaller, S.; Schober, F.; Weber, C.; Strehl, U.: Neurofeedback der langsamen kortikalen Potenziale und der Theta/Beta-Aktivität für Kinder mit einer ADHS: ein kontrollierter Vergleich (Neurofeedback for children with ADHD: A comparison of SCP- and Theta/Beta-Protocols) . . . . .	384
2		
3		
5	Preusche, I.; Koller, M.; Kubinger, K.D.: Sprachfreie Administration von Intelligenztests nicht ohne Äquivalenzprüfung – am Beispiel des AID 2 (An experiment for testing the psychometric equivalence of the non verbal instruction of the Adaptive Intelligence Diagnosticum) . .	559
	Retzlaff, R.; Hornig, S.; Müller, B.; Reuner, G.; Pietz, J.: Kohärenz und Resilienz in Familien mit geistig und körperlich behinderten Kindern (Family sense of coherence and resilience. A study on families with children with mental and physical disabilities) . . . . .	36
10		
	Richardt, M.; Remschmidt, H.; Schulte-Körne, G.: Einflussfaktoren auf den Verlauf Begleiteter Umgänge in einer Erziehungsberatungsstelle (Influencing factors on the course of supervised visitations in a parental counselling office) . . . . .	724
	Roessner, V.; Banaschewski, T.; Rothenberger, A.: Neuropsychologie bei ADHS und Tic-Störungen – eine Follow-up-Untersuchung (Neuropsychological performance in ADHD and tic-disorders: A prospective 1-year follow-up) . . . . .	314
15		
	Romer, G.; Stavenow, K.; Baldus, C.; Brüggemann, A.; Barkmann, C.; Riedesser, P.: Kindliches Erleben der chronischen körperlichen Erkrankung eines Elternteils: Eine qualitative Analyse von Interviews mit Kindern dialysepflichtiger Eltern (How children experience a parent being chronically ill: A qualitative analysis of interviews with children of hemodialysis patients) . . . . .	53
20		
	Sarimski, K.: Spektrum autistischer Störungen im frühen Kindesalter: Probleme der Beurteilung (Autistic spectrum disorders in very young children: Issues in the diagnostic process) .	475
	Schick, A.; Cierpka, M.: Evaluation des Faustlos-Curriculums für den Kindergarten (Evaluation of the Faustlos-Curriculum for Kindergartens) . . . . .	459
	Schmid, M.; Nützel, J.; Fegert, J.M.; Goldbeck, L.: Wie unterscheiden sich Kinder aus Tagesgruppen von Kindern aus der stationären Jugendhilfe? (A comparison of behavioral and emotional symptoms in German residential care and day-care child welfare institutions)	544
25		
	Stadler, C.; Holtmann, M.; Claus, D.; Büttner, G.; Berger, N.; Maier, J.; Poustka, F.; Schmeck, K.: Familiäre Muster bei Störungen von Aufmerksamkeit und Impulskontrolle (Familial patterns in disorders of attention and impulse control) . . . . .	350
30		
	Suchodoletz, W. v.; Macharey, G.: Stigmatisierung sprachgestörter Kinder aus Sicht der Eltern (Stigmatization of language impaired children from the parents' perspective) . .	711
	Trautmann-Villalba, P.; Laucht, M.; Schmidt, M.H.: Väterliche Negativität in der Interaktion mit Zweijährigen als Prädiktor internalisierender Verhaltensprobleme von Mädchen und Jungen im Grundschulalter (Father negativity in the interaction with toddlers as predictor of internalizing problems in girls and boys at school age) . . . . .	169
35		
	Wiehe, K.: Zwischen Schicksalsschlag und Lebensaufgabe – Subjektive Krankheitstheorien als Risiko- oder Schutzfaktoren der Bewältigung chronischer Krankheit im Kindesalter (Stroke of fate or personal challenge – Subjective theories of illness as risk or protective factors in coping with chronic pediatric illness) . . . . .	3
40		
	<b>Übersichtsarbeiten / Review Articles</b>	
42		
43	Bastine, R.; Römer-Wolf, B.; Decker, F.; Haid-Loh, A.; Mayer, S.; Normann, K.: Praxis der Familienmediation in der Beratung (Family mediation within the counselling system) .	584
44	Frölich, J.; Lehmkuhl, G.; Fricke, L.: Die medikamentöse Behandlung von Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter (Pharmacotherapy of sleep disorders in children and adolescents) . .	118
45		

1	Gantner, A.: Multidimensionale Familientherapie für cannabisabhängige Jugendliche – Ergebnisse und Erfahrungen aus der „INCANT“-Pilotstudie (Multidimensional Family Therapy for adolescent clients with cannabis use disorders – Results and experience from the INCANT pilot study) . . . . .	520
2		
3		
5	Hardt, J.; Hoffmann, S. O.: Kindheit im Wandel – Teil I: Antike bis zur Neuzeit (Childhood in flux – Part I: Ancient world until modern times) . . . . .	271
	Hardt, J.; Hoffmann, S. O.: Kindheit im Wandel – Teil II: Moderne bis heute (Childhood in flux – Part II: Modern times until today) . . . . .	280
	Jockers-Scherübl, M. C.: Schizophrenie und Cannabiskonsum: Epidemiologie und Klinik (Schizophrenia and cannabis consumption: Epidemiology and clinical symptoms) . . .	533
10	Libal, G.; Plener, P. L.; Fegert, J. M.; Kölch, M.: Chemical restraint: „Pharmakologische Ruhigstellung“ zum Management aggressiven Verhaltens im stationären Bereich in Theorie und Praxis (Chemical restraint: Management of aggressive behaviours in inpatient treatment – Theory and clinical practice) . . . . .	783
15	Nitschke-Janssen, M.; Branik, E.: Einflussfaktoren auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen – Eine retrospektive Auswertung in einer Schweizer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsklinik (Factors contributing to the use of seclusion and restraint – a retrospective analysis in a Swiss clinic for child and adolescent psychiatry) . . . . .	255
	Ollefs, B.; Schlippe, A. v.: Elterliche Präsenz und das Elterncoaching im gewaltlosen Widerstand (Parental presence and parental coaching in non-violent resistance) . . . . .	693
20	Paditz, E.: Schlafstörungen im Kleinkindesalter – Diagnostik, Differenzialdiagnostik und somatische Hintergründe (Sleep disorders in infancy – Aspects of diagnosis and somatic background) . . . . .	103
	Papoušek, M.; Wollwerth de Chuquisengo, R.: Integrative kommunikationszentrierte Eltern- Kleinkind-Psychotherapie bei frühkindlichen Regulationsstörungen (Integrative parent-infant psychotherapy for early regulatory and relationship disorders) . . . . .	235
25	Schepker, R.; Steinert, T.; Jungmann, J.; Bergmann, F.; Fegert, J. M.: Qualitätsmerkmale freiheitseinschränkender Maßnahmen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (Quality characteristics of freedom-restricting coercive measures in child and adolescent psychiatry) . . . . .	802
	Schnoor, K.; Schepker, R.; Fegert, J. M.: Rechtliche Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Legal and practical issues on coercive measures in child and adolescent psychiatry) . . . . .	814
30	Schredl, M.: Behandlung von Alpträumen (Treatment of nightmares) . . . . .	132
	Seiffge-Krenke, I.; Skaletz, C.: Chronisch krank und auch noch psychisch beeinträchtigt? Die Ergebnisse einer neuen Literaturrecherche (Chronically ill and psychologically impaired? Results of a new literature analysis) . . . . .	73
35	Tossmann, P.: Der Konsum von Cannabis in der Bundesrepublik Deutschland (The use of cannabis in the Federal Republic of Germany) . . . . .	509
	Zehnder, D.; Hornung, R.; Landolt, M. A.: Notfallpsychologische Interventionen im Kindesalter (Early psychological interventions in children after trauma) . . . . .	675

### Buchbesprechungen / Book Reviews

40		
42	Asendorpf, J. B. (Hg.) (2005): Soziale, emotionale und Persönlichkeitsentwicklung. Enzyklopädie der Psychologie: Entwicklungspsychologie. Bd. 3. (L. Unzner) . . . . .	740
43		
44	Aster, M. v.; Lorenz, J. H. (Hg.) (2005): Rechenstörungen bei Kindern. Neurowissenschaft, Psychologie, Pädagogik. (A. Seitz) . . . . .	410
45		

1	Becker, K.; Wehmeier, P.M.; Schmidt, M.H. (2005): Das noradrenerge Transmittersystem bei ADHS. Grundlagen und Bedeutung für die Therapie. ( <i>M. Mickley</i> ) . . . . .	575
2	Behringer, L.; Höfer, R. (2005): Wie Kooperation in der Frühförderung gelingt. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	574
3	Bernard-Opitz, V. (2005): Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Ein Praxis- handbuch für Therapeuten, Eltern und Lehrer. ( <i>K. Sarimski</i> ) . . . . .	411
5	Bieg, S.; Behr, M. (2005): Mich und Dich verstehen. Ein Trainingsprogramm zur Emotio- nalen Sensitivität bei Schulklassen und Kindergruppen im Grundschul- und Orientie- rungsstufenalter. ( <i>F. Caby</i> ) . . . . .	299
	Bois, R. d.; Resch, F. (2005): Klinische Psychotherapie des Jugendalters. Ein integratives Praxisbuch. ( <i>R. Mayr</i> ) . . . . .	664
10	Bortz, J. (2005): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. ( <i>J. Fliegner</i> ) . . . . .	744
	Brisch, K.H.; Hellbrügge, T. (Hg.) (2006): Kinder ohne Bindung: Deprivation, Adoption und Psychotherapie. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	842
	Christ-Steckhan, C. (2005): Elternberatung in der Neonatologie. ( <i>K. Sarimski</i> ) . . . . .	157
	Cierpka, M. (2005): FAUSTLOS – wie Kinder Konflikte gewaltfrei lösen lernen. ( <i>W. Nobach</i> ) . . . . .	95
15	Claus, H.; Peter, J. (2005): Finger, Bilder, Rechnen. Förderung des Zahlverständnisses im Zahlraum bis 10. ( <i>M. Mickley</i> ) . . . . .	226
	Damasch, E.; Metzger, H.-G. (Hg.) (2005): Die Bedeutung des Vaters. Psychoanalytische Perspektiven. Frankfurt a. ( <i>A. Eickhorst</i> ) . . . . .	494
	Diepold, B. (2005): Spiel-Räume. Erinnern und entwerfen. Aufsätze zur analytischen Kin- der- und Jugendlichenpsychotherapie (herausgegeben von P. Diepold). ( <i>M. Schulte- Markwort</i> ) . . . . .	419
20	Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.; Steinhausen, H.-C. (2006): KIDS-1 Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	841
	Doherty-Sneddon, G. (2005): Was will das Kind mir sagen? Die Körpersprache des Kindes verstehen lernen. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	294
25	Eiholzer, U. (2005): Das Prader-Willi-Syndrom. Über den Umgang mit Betroffenen. ( <i>K. Sarimski</i> ) . . . . .	158
	Feibel, T. (2004): Killerspiele im Kinderzimmer. Was wir über Computer und Gewalt wis- sen müssen. ( <i>G. Latzko</i> ) . . . . .	158
	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2005): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 50. ( <i>M. Hirsch</i> ) . . . . .	304
30	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2005): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 51. ( <i>M. Hirsch</i> ) . . . . .	745
	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2006): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 52. ( <i>M. Hirsch</i> ) . . . . .	843
	Häußler, A. (2005): Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus. ( <i>K. Sarimski</i> ) . . . . .	411
	Hopf, C. (2005): Frühe Bindungen und Sozialisation. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	294
	Jacobs, C.; Petermann, F. (2005): Diagnostik von Rechenstörungen. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	495
35	Katz-Bernstein, N. (2005): Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diag- nostik, Therapie. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	496
	Lackner, R. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Therapeutische Unterstützung für traumatisierte Kinder. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	229
	Langer, I.; Langer, S. (2005): Jugendliche begleiten und beraten. ( <i>M. Mickley</i> ) . . . . .	96
40	Leyendecker, C. (2005): Motorische Behinderungen. Grundlagen, Zusammenhänge und Förderungsmöglichkeiten. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	160
	Nissen, G. (2005): Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	571
43	Oelsner, W.; Lehmkuhl, G. (2005): Adoption. Sehnsüchte – Konflikte – Lösungen. ( <i>H. Hopf</i> ) . . . . .	302
44	Pal-Handl, K. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Elternratgeber für traumatisierte Kinder. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	229
45		

1	Pal-Handl, K.; Lackner, R.; Lueger-Schuster, B. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Ein Bilderbuch für Kinder. ( <i>D. Irblich</i> )	229
2	Petermann, F.; Macha, T. (2005): Psychologische Tests für Kinderärzte. ( <i>D. Irblich</i> )	156
3	Plahl, C.; Koch-Temming, H. (Hg.) (2005): Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen – Methoden – Praxisfelder. ( <i>K. Sarimski</i> )	412
5	Resch, F.; Schulte-Markwort, M. (Hg.) (2005): Jahrbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Dissoziation und Trauma. ( <i>K. Fröhlich-Gildhoff</i> )	416
	Ritscher, W. (Hg.) (2005): Systemische Kinder und Jugendhilfe. Anregungen für die Praxis. ( <i>G. Singe</i> )	847
10	Rittelmeyer, C. (2005): Frühe Erfahrungen des Kindes. Ergebnisse der pränatalen Psychologie und der Bindungsforschung – Ein Überblick. ( <i>L. Unzner</i> )	742
	Rohrmann, S.; Rohrmann, T. (2005): Hochbegabte Kinder und Jugendliche. Diagnostik – Förderung – Beratung. ( <i>D. Irblich</i> )	665
	Ruf, G.D. (2005): Systemische Psychiatrie. Ein ressourcenorientiertes Lehrbuch. ( <i>R. Mayr</i> )	741
15	Ruppert, F. (2005): Trauma, Bindung und Familienstellen. Seelische Verletzungen verstehen und heilen. ( <i>C. v. Bülow-Faerber</i> )	300
	Sarimski, K. (2005): Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen. ( <i>D. Irblich</i> )	94
	Schäfer, U.; Rütter, E. (2005): ADHS im Erwachsenenalter. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. ( <i>E. Rhode</i> )	413
20	Schindler, H.; Schlippe, A. v. (Hg.) (2005): Anwendungsfelder systemischer Praxis. Ein Handbuch. ( <i>I. Bohmann</i> )	573
	Schlottke, P.; Silbereisen, R.; Schneider, S.; Lauth, G. (Hg.) (2005): Störungen im Kindes- und Jugendalter – Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf. ( <i>K. Sarimski</i> )	661
	Schlottke, P.; Silbereisen, R.; Schneider, S.; Lauth, G. (Hg.) (2005): Störungen im Kindes- und Jugendalter – Verhaltensauffälligkeiten. ( <i>K. Sarimski</i> )	661
25	Schott, H.; Tölle, R. (2006): Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. ( <i>S. Auschra</i> )	840
	Schütz, A.; Selg, H.; Lautenbacher, S. (Hg.) (2005): Psychologie: Eine Einführung in ihre Grundlagen und Anwendungsfelder. ( <i>L. Unzner</i> )	666
30	Seiffge-Krenke, I. (Hg.) (2005): Aggressionsentwicklung zwischen Normalität und Pathologie. ( <i>U. Kiefling</i> )	297
	Siegler, R.; DeLoache, J.; Eisenberg, N. (2005): Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter. ( <i>L. Unzner</i> )	492
	Simon, H. (2005): Dyskalkulie – Kindern mit Rechenschwäche wirksam helfen. ( <i>M. Mickley</i> )	226
	Speck, V. (2004): Progressive Muskelentspannung für Kinder. ( <i>D. Irblich</i> )	663
35	Speck, V. (2005): Training progressiver Muskelentspannung für Kinder. ( <i>D. Irblich</i> )	663
	Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2005): Früherkennung von Entwicklungsstörungen. Frühdiagnostik bei motorischen, kognitiven, sensorischen, emotionalen und sozialen Entwicklungsauffälligkeiten. ( <i>D. Irblich</i> )	572
40	Suhr-Dachs, L.; Döpfner, M. (2005): Leistungsängste. Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ), Bd. 1. ( <i>H. Mackenberg</i> )	414
	Thun-Hohenstein, L. (Hg.) (2005): Übergänge. Wendepunkte und Zäsuren in der kindlichen Entwicklung. ( <i>L. Unzner</i> )	295
42	Unterberg, D.J. (2005): Die Entwicklung von Kindern mit LRS nach Therapie durch ein sprachsystematisches Förderkonzept. ( <i>M. Mickley</i> )	743
43	Venzlaff, U.; Foerster, K. (Hg.) (2004): Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. ( <i>B. Reiners</i> )	230
44		
45		

1	Weiß, H.; Neuhäuser, G.; Sohns, A. (2004): Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie. ( <i>M. Naggl</i> ) . . . . .	227
2	Westhoff, E. (2005): Geistige Behinderung (er-)leben. Eine Reise in fremde Welten. ( <i>D. Irblich</i> )	296
3	Wirsching, M. (2005): Paar- und Familientherapie. Grundlagen, Methoden, Ziele. ( <i>A. Zellner</i> )	497

### Neuere Testverfahren / Test Reviews

10	Grob, A.; Smolenski, C. (2005): FEEL-KJ. Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen. ( <i>C. Kirchheim</i> ) . . . . .	499
	Mariacher, H.; Neubauer, A. (2005): PAI 30. Test zur Praktischen Alltagsintelligenz. ( <i>C. Kirchheim</i> ) . . . . .	162
	Rossmann, P. (2005): DTK. Depressionstest für Kinder. ( <i>C. Kirchheim</i> ) . . . . .	669

15	Editorial / Editorial . . . . .	1, 101, 313, 507, 581, 751
	Autoren und Autorinnen / Authors . . . . .	91, 155, 225, 293, 408, 491, 570, 660, 739, 838
	Gutachter und Gutachterinnen / Reviewer . . . . .	93, 839
	Tagungskalender / Congress Dates . . . . .	98, 165, 233, 309, 421, 502, 577, 672, 748, 849
20	Mitteilungen / Announcements . . . . .	167, 674

# Psychosoziale Lebenssituation und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland

Claus Barkmann und Michael Schulte-Markwort

## Summary

### Life situation and health status of children and adolescents

In the last decades an increasing number of characteristics of the child's life circumstances have been identified as risk factors for mental health problems. Up to now, the natural distribution of these factors in the population has not been systematically investigated. In the Hamburg Health Survey N = 1950 children and adolescents between 4 and 18 years of age and their families representative for Germany have been examined. The questionnaire used asks for sociodemographic variables, pregnancy and birth, kindergarten and school attendance, psychosocial burden and utilization of health services. Complications in pregnancy, birth or in the first year of life arise in every fifth child. Severe childhood illnesses, serious accidents, hospital stays for longer than 14 days or early changes of caregivers have 14 % of those investigated. Every tenth child has problems in the kindergarten (mostly separation anxiety), every fourth child has problems in school (especially problems in concentration or performance) and 8 % suffer from stressful life events (mostly changed family relations). Mental or physical illness and disabilities are found in 8.5 % of all families. Although the majority of all children and adolescents live in healthy life circumstances, risk factors are not as rare as to be neglected. Especially the frequency of problems in kindergarten and school as well as stressful life events indicate that preventive interventions are necessary.

**Key words:** public health – life circumstances – children and adolescents – survey – epidemiology

## Zusammenfassung

In den letzten Jahrzehnten wurden immer mehr Merkmale der kindlichen Lebensumwelt als Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Probleme und Störungen identifiziert. Eine systematische empirische Untersuchung der natürlichen Verteilung dieser Faktoren in der Population steht bislang aus. Im Rahmen eines Fragebogensurveys wurden N = 1950 Eltern mit Kindern und Jugendlichen zwischen 4 und 18 Jahren repräsentativ für die Bundesrepublik zu soziodemographischen Merkmalen, Schwangerschaft und Geburt, Kindergarten- und Schulbesuch, psychosozialen Belastungen und Gesundheitsstatus sowie Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten befragt. Bei jedem fünften Kind treten Komplikationen bei Schwangerschaft, Geburt oder im ersten Lebensjahr auf. Schwere Kinderkrankheiten, Unfälle mit bleibenden Schäden,



längere Krankenhausaufenthalte oder früh wechselnde Bezugspersonen geben 14 % aller Befragten an. Im Kindergarten hat jedes zehnte Kind Probleme (v. a. Trennungsängste), in der Schule sogar jedes vierte (v. a. Konzentrations- und Leistungsschwächen). Seelisch belastende Lebensereignisse geben 8 % der Eltern für ihr Kind an (v. a. veränderte Familienbeziehungen). Seelische, schwere körperliche Erkrankungen oder Behinderungen treten in 8.5 % der Kernfamilien auf. Der überwiegende Teil von Kindern und Jugendlichen lebt zwar in unbelastenden Verhältnissen, Risikofaktoren für die Entstehung von Erkrankungen sind aber nicht so selten, als das sie vernachlässigbar wären. Insbesondere die Häufigkeit der Probleme im Kindergarten und in der Schule sowie der seelisch schwer belastenden Lebensereignissen weist darauf hin, dass präventive Interventionen im Kindergarten- und Schulalter notwendig sind.

**Schlagwörter:** Öffentliche Gesundheit – Lebensumstände – Kinder und Jugendliche – Survey – Epidemiologie

## 1 Einleitung

Eine besondere Rolle in der psychischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen spielt die Prägung durch die kindliche Lebensumwelt. Dimensionen wie der sozioökonomische Status, familiäre Beziehungen, der Kindergarten, die Schule oder Gleichaltrigenbeziehungen bilden den Entwicklungs- und Sozialisationsraum, in dem Kinder zu Jugendlichen und Erwachsenen heranreifen. Dieser kindliche Lebensraum kann dabei sowohl einschränkend als auch förderlich auf die Entwicklung einwirken und so zu individuell ganz unterschiedlichen Ausprägungen auf dem Kontinuum Gesundheit – Krankheit im Erwachsenenalter beitragen (Kißler u. Keller-Ebert 1994).

In den letzten Jahrzehnten wurden immer mehr Merkmale der Lebensumwelt zu Risikofaktoren für die psychische und physische Gesundheit des Kindes erklärt (Petermann et al. 2000). Dazu zählen zum Beispiel die steigende Armut in der Bevölkerung, der Zerfall familiärer Strukturen, zunehmende Gewalt unter Jugendlichen, steigende Anforderungen in der Schule, fehlende Lehrstellen und vieles mehr (vgl. Egle et al. 1997). Nach Freitag und Hurrelmann (1993) leben heute bis zu 20 % aller Kinder unter Sozialisationsbedingungen, die eine gesunde Entwicklung eher hemmen als fördern.

In der klinischen Epidemiologie wird die bevölkerungsbezogene Relevanz eines Risikofaktors aber nicht allein durch die mit dem Auftreten des Faktors verbundene Erhöhung einer Erkrankungswahrscheinlichkeit bestimmt. Erst in Zusammenhang mit der Häufigkeit und Verteilung dieses Faktors in der Population kann eine valide Aussage über dessen gesundheitspolitische Bedeutsamkeit erfolgen. So kann ein Faktor mit niedrigem Risikopotential durch seine hohe Prävalenz deutlich mehr Schaden anrichten als ein seltener Hochrisikofaktor (Gordis 2004).

Eine systematische und vor allem repräsentative empirische Erforschung und entsprechende geschlossene Sozial- und Gesundheitsberichterstattung zur Lage von Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik fehlt bislang (Nauk 1995; Buhr u. Engelbert 1989). In bisher durchgeführten Studien werden Kinder und Jugendliche entweder gar nicht oder als Begleiterscheinungen elterlicher Lebensumwelten abge-

handelt. Die systematische Sozialepidemiologie des Kindes- und Jugendalters ist aber unter anderem Voraussetzung zur Entwicklung von Präventionsprogrammen, weil sie Problembereiche und Moderatoren gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen identifizieren hilft (Kolip u. Helmert 2003). Dieser Mangel ist einer der wesentlichen Gründe für die Durchführung des vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und Bundesministerium für Bildung und Forschung in Auftrag gegebenen und vom Robert-Koch-Institut geplanten sowie in der Durchführung befindlichen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (vgl. Sonderheft 1, Das Gesundheitswesen 2002).

Die hier vorgestellten Ergebnisse bilden einen Auszug aus dem 2001 von der Universität Hamburg durchgeführten Gesundheitssurvey, in dem neben Daten zu psychischen und psychosomatischen Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen auch Merkmale der kindlichen Lebensumwelt repräsentativ für die Bundesrepublik erfasst wurden (Barkmann 2004). Dazu zählen im Einzelnen die familiären Bedingungen, die Wohnsituation, der Kindergarten- und Schulbesuch, die gesundheitliche Vorgeschichte, Erkrankungen, seelische Belastungen sowie das Inanspruchnahmeverhalten gegenüber Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Die Studienergebnisse dienen damit der Ergänzung von Erkenntnissen aus Risikostudien und als Ausgangspunkt für weitere quer- und längsschnittliche Beobachtungen der psychosozialen Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.

## 2 Methode

### 2.1 Design

Das epidemiologische Screening wurde als Ein-Gruppen-Querschnittsstudie konzipiert, da dies zur Erfassung von Prävalenzraten ausreichend ist (Fletcher et al. 1999). Als Datenerhebungsverfahren wurde der Fragebogen gewählt. Als Informationsquelle diente das Urteil der Eltern(-teile) oder Ersatzeltern(-teile). Dies gestattet, die Lebenssituation des Kindes, gesundheitsrelevantes Verhalten und psychosoziale Belastungen umfassend und valide über eine große Altersspanne zu erheben (Schmidt 2001). Allerdings konnten Merkmale, die sozial unerwünschtes Verhalten der Eltern betreffen (z. B. Misshandlung des Kindes) oder eine Expertenbeurteilung erfordern (z. B. Intelligenzminderung) nicht berücksichtigt werden.

Neben soziodemographischen Merkmalen des Kindes und seiner Familie wurden Merkmale der Schwangerschaft und Geburt, Merkmale des Kindergarten- und Schulbesuchs, psychosoziale Belastungen aller Art und die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten erfasst. Da es sich um eine Omnibusstudie handelt, wurde vor der detaillierten Erfassung spezifischer Merkmale auf die Breite der Konzeptualisierung geachtet. An jedem Probanden sollten möglichst viele Informationen erhoben werden. Allerdings musste sich wegen der Dimensionenvielfalt die Variablenauswahl auf einige wesentliche Indikatoren beschränken.

Als Messinstrument wurde ein Fragebogenheft für Eltern benutzt (Mutter oder Vater oder beide gemeinsam). Die Items zur Lebenssituation wurden weitgehend studienspezifisch formuliert, lehnen sich inhaltlich aber an die in der kinder- und jugendpsychia-

trischen Basisdokumentation (Englert u. Poustka 1995) enthaltenen Items an. Die Itemformulierungen wurden nach den Richtlinien von Lienert und Raatz (1994) vorgenommen. Es handelt sich ausschließlich um Ratingskalen (Schätzskalen mit Absoluturteilen, Vor- und Nachteile siehe z. B. Bortz u. Döring 2002). Wo immer möglich wurden geschlossene Itemformen gewählt, um die Objektivität der Auswertung zu erhöhen sowie zeit- und kostenintensive Kategorisierungs- und Kodierarbeiten zu vermeiden.

## 2.2 Stichprobe

Das simultane Vorliegen folgender Merkmalsausprägungen kennzeichnete die Population: (1) Personen im Alter zwischen 4 und 18 Jahren, (2) die im Januar und Februar 2001 ihren Hauptwohnsitz in Deutschland hatten, (3) deutschsprachig waren (4) und mindestens einen deutschsprachigen (Ersatz-)Elternteil hatten. Auswahlinheit war die Familie oder die familiäre Ersatzkonstellation, Erhebungseinheiten waren die leiblichen Eltern oder deren Ersatz, Untersuchung- und Aussageinheit war das Kind. Aus ökonomischen Gründen wurde über ein dreistufiges Ziehungsverfahren eine Quotenstichprobe gezogen. Die drei Stufen waren: (1) Auswahl von nach Bundesländern und Ortsgrößen geschichteten Interviewern, (2) Auswahl von Familien mit Kindern nach Geschlechts- und Altersquotierung durch den Interviewer und (3) Auswahl des zu beurteilenden Kindes bei Mehr-Kinder-Familien mit Hilfe eines Zufallsverfahrens. Die benötigte Stichprobengröße berechnete sich anhand der zu erwartenden Prävalenzrate psychischer Auffälligkeit und liegt bei  $N = 1950$  Kindern und Jugendlichen (ca.  $n = 130$  Fälle pro Altersstufe, Barkmann 2004). Zur Prüfung der Repräsentativität wurden die Stichprobendaten mit Populationsdaten des statistischen Bundesamtes verglichen. Insgesamt zeigten sich bei drei von dreizehn geprüften Merkmale geringe Abweichungen. Eine Korrektur dieser Verzerrungen durch Gewichtung der entsprechenden Variablen ergab in keinem Fall eine Veränderung der Ergebnisse.

## 2.3 Datenerhebung

Das Frankfurter Marktforschungsinstitut PSYDATA, bekannt durch die Shell-Jugendstudien (Fischer et al. 2000), unterhält eine über 1000 Interviewer umfassende Kartei, die nach den Angaben des Statistischen Jahrbuchs für die Merkmale Bundesland und Ortsgröße erstellt ist. Insgesamt wurden 344 Interviewer in 244 verschiedenen Orten ausgewählt. So hatte jeder Interviewer nur fünf bis sieben Befragungen durchzuführen und etwaige Verzerrungen durch Lerneffekte oder die Interviewerpersönlichkeiten wurden so gering wie möglich gehalten. Die Interviewer konnten ihre Befragungspersonen innerhalb der Quotierungsvorgaben frei wählen. Die Fragebögen wurden persönlich übergeben und zu Hause bei den Familien in Abwesenheit des Interviewers innerhalb einer Woche bearbeitet. Die ausgefüllten Bögen wurden dort von den Interviewern abgeholt.

Die Datenerhebung fand zwischen dem 1. Februar und 1. April 2001 statt. Von den Elternfragebögen für Kinder im Alter zwischen 4 und 10 Jahren kamen insgesamt 75.7 % ausgefüllt zurück. Bei den Eltern- sowie Kinderfragebögen für Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 11 und 18 Jahren betrug der Rücklauf 70.8 %.

## 2.4 Auswertungsverfahren

Zur Datenauswertung wurden gängigen Verfahren der deskriptiven Statistik verwendet (Tabellen, Grafiken, statistische Kennwerte). Vereinzelt wurden Zusammenhänge zwischen zwei Variablen mit Hilfe des Odds Ratio exploriert. Das bei den offen zu bearbeitenden Antwortmöglichkeiten entstandene nichtnumerische Textmaterial wurde ebenfalls quantitativ ausgewertet. Dazu wurden entlang der gegebenen Antworten induktiv Kategorien gebildet (vgl. Mayring 2000). Die Objektivität der Zuordnung wurde durch Erarbeitung von Zuordnungsregeln mit Ankerbeispielen sichergestellt. Die Zuordnung wurde von zwei unabhängigen Ratern vorgenommen, deren Übereinstimmungskoeffizient als Gütekriterium verwendet wurde (Cohens Kappa > .70).

## 3 Ergebnisse

### 3.1 Allgemeines

Die N = 1950 Elternfragebögen wurden überwiegend von den leiblichen Müttern bearbeitet (85.3 %), 12.5 % aller Bögen wurden von leiblichen Vätern ausgefüllt und 1.9 % von anderen Personen (16-mal Stiefeltern, 8-mal Großeltern, 5-mal Betreuer, 3-mal Geschwister, 3-mal Interviewer und Bezugspersonen). Der Anteil ausländischer Kinder und Jugendlicher liegt bei 2.3 %. Davon stammen 25 Familien aus Europa (5-mal griechisch, 4-mal türkisch, 3-mal italienisch, 3-mal jugoslawisch u. a.). Weitere Nationalitäten stammen aus folgenden Kulturkreisen: 4-mal Südasien, 3-mal Südostasien, 3-mal Orient, 3-mal Angloamerika, 1-mal Australien.

### 3.2 Familie

In 98.0 % aller Fälle leben beide leiblichen Elternteile zum Zeitpunkt der Befragung. Bei 0.5 % ist bereits die Mutter gestorben, bei 1.5 % ist bereits der Vater tot. Den Beziehungsstatus der Eltern gibt Abbildung 1 wieder. Demnach leben Dreiviertel aller leiblichen Eltern zusammen (75.3 %), 12.3 % sind geschieden. Die durchschnittliche Zahl leiblicher Geschwister beträgt  $M = 1.1$  ( $SD = .90$ ), 26.5 % aller untersuchten Kinder haben keine leiblichen Geschwister. Das Alter der Mütter oder deren Ersatzpersonen ist normalverteilt mit  $M = 38.0$  Jahren ( $SD = 6.02$ ,  $Min = 21/Max = 65$  Jahre). Das Alter der Väter oder deren Ersatzperson ist normalverteilt mit  $M = 40.6$  Jahre und  $SD = 6.59$  Jahre ( $Min = 23/Max = 70$ ). Ein Anteil von 8.0 % aller Kinder und Jugendlichen hat mindestens einen nichtdeutschen Elternteil, bei 2.5 % sind beide von ausländischer Staatsangehörigkeit.

Keinen Schulabschluss, Sonderschul- oder Hauptschulabschluss haben 33.8 % der Mütter und 35.8 % der Väter. (Fach-)Abitur und/oder Fach-/Hochschulabschluss haben 23.6 % der Mütter und 29.4 % der Väter. Der überwiegende Anteil arbeitet als Facharbeiter/in oder Angestellte/r (68.1 % der Mütter und 53.7 % der Väter). Als un- oder angelernte Kraft sind 9.7 % der Mütter und 5.6 % der Väter tätig. Unternehmer/innen oder Akademiker sind 1.1 % der Mütter und 2.5 % der Väter. Zeitweise beschäftigt, arbeitslos, in Ausbildung oder Umschulung oder Rentner/in sind 14.5 %

der Mütter und 4.8 % der Väter. Im Haushalt tätig sind 22.4 % der Mütter und 0.3 % der Väter. Das monatliche Nettoeinkommen der Mütter liegt zu 80.9 % unter 1250 Euro, das der Väter zu 17.5 %. Von allen befragten Familien gaben 2.7 % an, der Vater sei schon einmal delinquent gewesen.

Dreiviertel aller Kinder und Jugendlichen wohnen bei ihren leiblichen Eltern (75.7 %), 96.7 % zumindest bei der leiblichen Mutter (vgl. Tab. 1). Der Anteil ohne mindestens einen leiblichen Elternteil lebender Kinder ist sehr gering (0.5 %). Die mittlere Zahl der Personen pro Wohnung beträgt  $M = 3.8$  ( $SD = .96$ ,  $Min/Max = 2/8$ ), die Wohnfläche umfasst durchschnittlich  $M = 108.5 \text{ m}^2$  ( $SD = 39.18 \text{ m}^2$ ,  $Min/Max = 18/367 \text{ m}^2$ ) und die Zimmerzahl beläuft sich auf im Mittel  $M = 4.5$  ( $SD = 1.45$ ,  $Min/Max = 2/18$ ). Während 46.2 % aller Familien in Wohnorten mit weniger als 20000 Einwohnern leben, wohnen 12.1 % in Wohnorten von über 500000 Einwohnern.

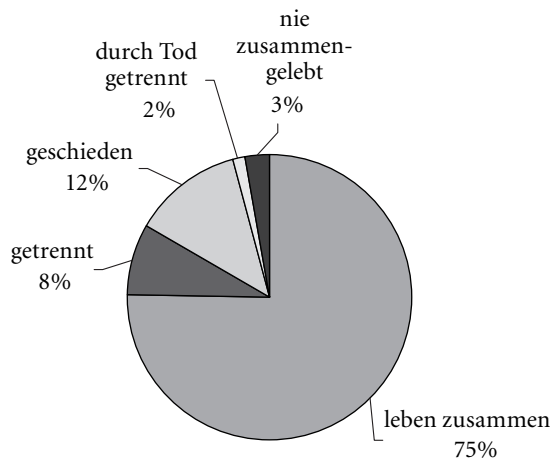


Abb. 1: Elterlicher Beziehungsstatus (N = 1950)

Tab. 1: Elternbezogene Wohnsituation des Kindes

		Wohnstatus Mutter				
		leibliche Mutter	Stiefmutter	andere	ohne Mutter	gesamt
Wohnstatus Vater	leibl. Vater	75.7 %	.4 %	.1 %	1.7 %	77.8 %
	Stiefvater	3.8 %	0 %	0 %	.1 %	3.8 %
	anderer	.6 %	0 %	.3 %	0 %	.9 %
	ohne Vater	16.6 %	.1 %	.3 %	.5 %	17.5 %
	gesamt	96.7 %	.4 %	.6 %	2.2 %	100.0 %

Anmerkungen: n = 1931; andere Wohnsituation: 8-mal im Heim/Internat, 6-mal bei Familie/Bekannten, einmal keine Angabe

### 3.3 Kindergarten und Schule

Nur 8.9 % aller Kinder und Jugendlichen besuchen oder besuchten bisher keinen Kindergarten oder eine ähnliche Einrichtung. Eine spezielle Einrichtung für Behinderte oder verhaltensauffällige Vorschulkinder besuchten 0.5 %. Von den 82.7 % aller bereits schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen wurde der weitaus überwiegende Teil zeitgerecht eingeschult (76.9 %; vorzeitig wurden 2.4 % eingeschult, zurückgestellt wurden 3.4 %). Eine Förderschule besuchen 1.6 %, die Sekundarstufe II verteilt sich zu 7.5 % auf die Hauptschule, zu 14.3 % auf die Realschule und zu 17.0 % auf das Gymnasium. Eine Gesamtschule wird von 5.2 % aller Kinder im entsprechenden Alter besucht. Mindestens einmal eine Klassenwiederholung, eine Umschulung oder einen Abbruch der Schule haben 11.0 % der Schüler erfahren.

Von allen Kindern, die einen Kindergarten besuchen oder besuchten, geben 10.2 % der Eltern Probleme ihres Kindes im Kindergarten an. Die Häufigkeitsverteilung der Probleme im Kindergarten gibt Abbildung 2 wieder. Demnach treten in den häufigsten Fällen Trennungsängste (5.3 %), Kontaktprobleme (2.6 %) und Aggressionen (1.5 %) auf. Durchschnittlich werden für betroffene Kinder 1.4 Probleme angegeben. Von allen schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen geben 24.1 % der Eltern an, dass ihr Kind Probleme beim Schulbesuch habe. Die am häufigsten vorkommenden Probleme sind Konzentrations- und Leistungsschwächen (11.0 % bzw. 10.5 %, Abb. 3). Im Mittel werden pro Kind 2.1 Probleme angegeben. Kinder mit Problemen im Kindergarten zeigen ein OR = 5.8-fach höheres Risiko für Probleme in der Schule.

### 3.4 Gesundheitliche Vorgeschichte

Das Alter der Mutter bei Geburt des Kindes, das Geburtsgewicht und die Geburtslänge des Kindes sind in Tabelle 2 wiedergegeben. Bei 6.6 % aller Fälle traten Komplikationen in der Schwangerschaft, bei 14.2 % während der Geburt auf. Komplikationen im ersten Lebensjahr zeigten sich bei 6.9 % aller Fälle. Weitere Merkmale der frühen Entwicklung finden sich ebenfalls in Tabelle 2. Schwere Kinderkrankheiten traten bei 4.1 % aller Fälle auf, Unfälle mit bleibenden Schäden gaben 0.6 % der Befragten für ihr Kind an. Krankenhausaufenthalte von mehr als zwei Wochen erlebten 9.1 % der Kinder und Jugendlichen, früh wechselnde Bezugspersonen hatten 3.2 % der Fälle. Bei 83.0 % aller Kinder und Jugendlichen geben die Eltern an, ihr Kind sei körperlich eher altersangemessen entwickelt. Für eher frühentwickelt halten 11.7 % aller Eltern ihr Kind, 5.1 % seien eher spätentwickelt.

### 3.5 Erkrankungen in der Familie

Die Häufigkeit seelischer Erkrankungen, schwerer körperlicher Erkrankungen sowie körperlicher oder geistiger Behinderungen in der Kernfamilie zeigt Abbildung 4. Seelische Erkrankungen geben 2.9 % aller Eltern an. In den meisten Fällen treten diese bei der Mutter auf (59.6 % der Fälle), in 12.3 % der Fälle ist das Indexkind betroffen. Schwere körperliche Erkrankungen in der Kernfamilie wurden von 5.5 %

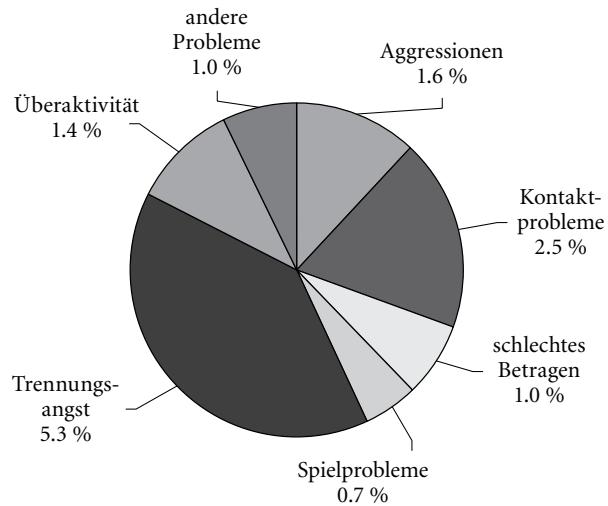


Abb. 2: Probleme des Kindes im Kindergarten aus Elternsicht  
(10.2 % der Kindergartenkinder, n = 171; Mehrfachnennung möglich; andere Probleme:  
8-mal internalisierende Problematik, 5-mal externalisierende Problematik,  
3-mal krankheitsbedingte Problematik, einmal keine Angabe)

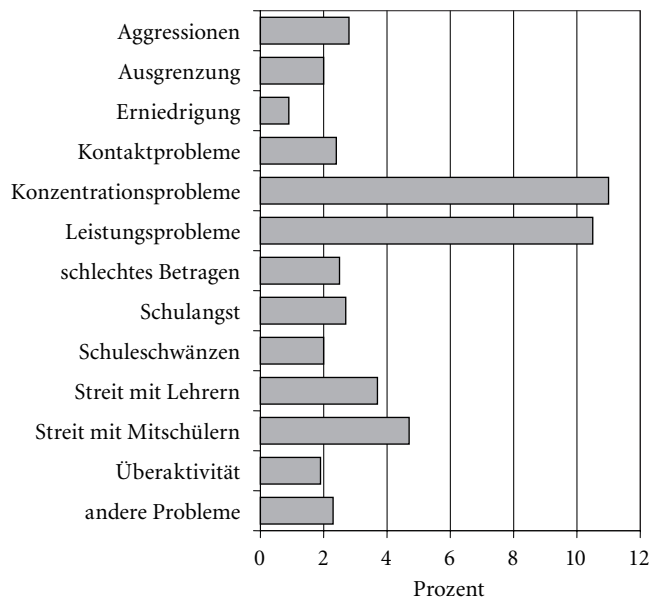


Abb. 3: Probleme des Kindes in der Schule aus Elternsicht  
(24.1 % der Schulkinder, n = 385; Mehrfachnennung möglich; andere Probleme:  
9-mal mangelnde Fähigkeiten, 8-mal Angst/körperliche Beschwerden, 6-mal Ursachen bei  
Schule/Lehrer/Mitschülern, 6-mal Lese-Rechtschreib-Schwäche, 4-mal mangelnde Einstellung,  
2-mal Verhaltensauffälligkeit, einmal umzugsbedingt, einmal keine Angabe)

aller Eltern angegeben. Am häufigsten trifft dies wiederum die Mutter (43.5 % der Fälle). Das untersuchte Kind ist in 22.2 % der Fälle körperlich schwer erkrankt. Eine körperliche oder geistige Behinderung liegt laut Eltern in 1.7 % aller Kernfamilien vor. In den meisten Fällen betrifft dies die Geschwister (45.4 %). Das Indexkind ist in 18.2 % der Fälle betroffen, gefolgt von Geschwistern (15.5 %). Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer schweren körperlichen und seelischen Erkrankung in der Familie nach Angaben der Eltern. Demnach ist das Risiko einer seelischen Erkrankung in der Familie um ein Vierfaches höher, wenn eine körperliche Erkrankung vorliegt, als wenn keine vorliegt (OR = 4.0).

Tab. 2: Merkmale der Geburt und frühen Entwicklung

<i>Variable</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Alter der Mutter bei Geburt	1924	26.9	4.81	16	48
Geburtsgewicht (g)	1891	3338.3	641.12	900	8000
Geburtslänge (cm)	1887	50.9	3.32	20	75
erstes freies Sitzen (Monate)	1770	7.0	1.75	2	24
erstes Laufen (Monate)	1854	12.8	2.38	7	36
erste Worte (Monate)	1700	10.7	3.59	1	48
erste Sätze (Monate)	1625	18.8	5.65	2	60
Tag und Nacht sauber (Monate)	1785	27.7	8.81	4	78

Anmerkungen: N = 1950

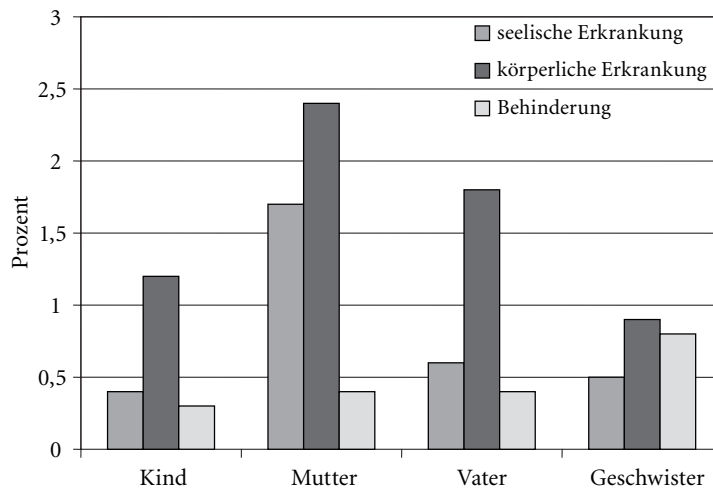


Abb. 4: Seelische Erkrankungen (2.9 % der Familien, n = 57), schwere körperliche Erkrankungen (5.5 % aller Familien, n = 108) sowie körperliche oder geistige Behinderung (1.7 % gültige Fälle, n = 33) in der Kernfamilie nach Elternangabe (Mehrfachnennung möglich)



### 3.6 Seelisch belastende Lebensereignisse

Von allen Befragten geben 8.2 % der Eltern an, ihr Kind leide innerhalb der letzten sechs Monate unter seelisch schwer belastenden Lebensereignissen. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen erleben durchschnittlich 1.5 dieser Lebensereignisse. Am häufigsten wurden veränderte Familienbeziehungen (3.5 %) und der Verlust enger Freundschaften oder Liebesbeziehungen genannt (1.7 %; Abb. 5). Frühere schwere seelische Belastungen gaben 15.1 % aller Eltern an. Davon entfielen 5.8 % der Antworten auf die Kategorie „Scheidung der Eltern“, 3.9 % auf „Trennung/Tod/Verlust“, 1.7 % auf „Streit/Probleme mit Familie/Freunden“, 1.5 % auf „Umzug“, 1.0 % auf „Krankheit/Operation/Unfall“, 0.5 % auf „Schulprobleme“ und 0.3 % auf „Geschwisterkind“. Es besteht ein Zusammenhang zwischen den früher und gegenwärtig belastenden Lebensereignissen aus Sicht der Eltern: Kinder, die früher unter seelisch schwer belastenden Lebensereignissen litten, leiden demnach mit OR = 2.8-fach erhöhtem Risiko gegenüber Kindern ohne früheren Belastungen auch in den letzten sechs Monaten darunter.

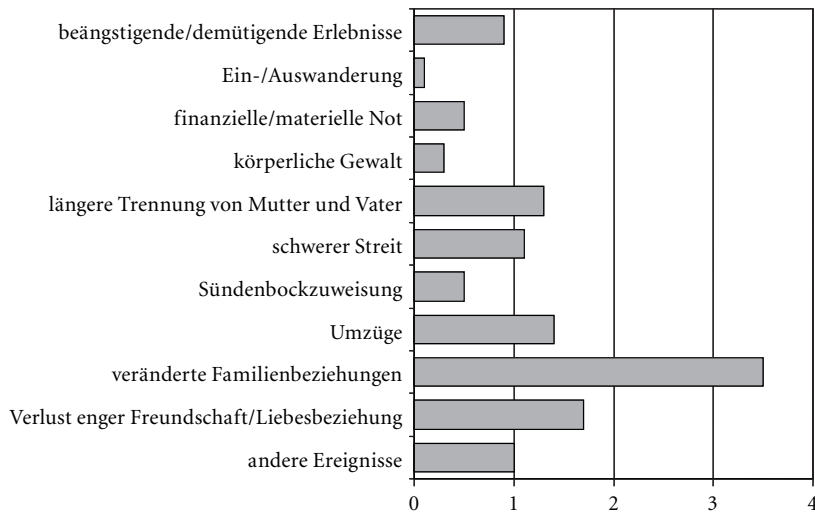


Abb. 5: Seelisch schwer belastende Lebensereignisse des Kindes innerhalb der letzten sechs Monate aus Elternsicht (Achse V des MAS; n = 158 gültige Fälle; Mehrfachnennung möglich; andere Ereignisse: 11-mal Probleme im Umfeld, 7-mal Krankheit, einmal keine Angabe)

### 3.7 Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten

Von allen befragten Familien geben 7.8 % an, mit ihrem Kind innerhalb der letzten sechs Monate von einem psychosozialen Gesundheitsdienst betreut worden zu sein. Zum größten Teil geschieht dies durch das Jugendamt (2.4 %), gefolgt vom Allgemeinen Sozialen Dienst (1.5 %) und Sozialamt (1.0 %). Wegen seelischer Probleme oder Verhaltensauffälligkeiten sind nach Elternangaben in den letzten sechs Monaten 4.6 % aller Kinder und Jugendlichen in Diagnostik, Beratung und/oder Behandlung

gewesen. Am häufigsten nehmen die Betroffenen (Kinder-)Psychologen (1.6 %) und Kinderärzte (1.5 %) in Anspruch. Nur 0.3 % besuchen die ambulante oder teil-/stationäre Psychiatrie/Psychosomatik. Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme einer psychosozialen Betreuungsinstitution und einer Behandlung wegen seelischer oder Verhaltensprobleme: Demnach ist das Risiko für eine Behandlung OR = 5.9-fach erhöht, wenn die Familie auch von einem Jugendamt oder Ähnlichem betreut wird. In 9.5 % aller Fälle nehmen die Kinder und Jugendlichen aktuell Medikamente ein. Davon nimmt ein Drittel die Medikamente andauernd ein. Der überwiegende Teil der Kinder und Jugendlichen erhält Antibiotika und Antiallergika (je 1.7 %), Psychopharmaka machen insgesamt einen Anteil von insgesamt 0.8 % aus.

## 4 Diskussion

### 4.1 Methodenkritik

Neben den für alle Items geltenden fragebogentypischen Problemen der Datenqualität (Verfälschungstendenzen, Skalenniveau, Verteilungsformen usw., vgl. Bortz u. Döring 2002) haften insbesondere den selbstformulierten Items Validitätsprobleme an. Deren Güte hängt entscheidend davon ab, ob das jeweils zu erfassende Merkmal oder Konstrukt für alle Eltern eindeutig kognitiv repräsentiert ist (Verständnisfehler), ob es in seiner Ausprägung für die Eltern beobachtbar oder latent ist (Beobachtungsfehler) und ob es in seiner aktuellen oder in einer zeitlich früheren Ausprägung beurteilt werden soll (Erinnerungsfehler). Der überwiegende Teil der Items bezog sich zwar auf direkt beobachtbare, alltagsnahe Merkmale (Familie, Wohnsituation usw.), für einen kleinen, aber für die Fragestellungen besonders wichtigen Teil der Items galt dies jedoch nicht. Zur Kontrolle dieser Fehler enthielten die entsprechenden Fragen immer ein offenes Feld für Freitextangaben zur näheren Erläuterung (Art der Probleme, Art der Belastung, Art der Erkrankung usw.). Da die Ergebnisse denen anderer Studien mit anderen Methoden gleichen (z. B. Häufigkeit und Art der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten, Remschmidt u. Walter 1990), kann davon ausgegangen werden, dass sich diese screeningtypischen Fehler in den Grenzen des Machbaren halten.

Die Breite der Konzeptualisierung führte außerdem dazu, dass viele Merkmale inhaltlich stark verkürzt erfasst wurden. Gerade bei Expositionsmessungen kommt es sehr auf die Operationalisierung der jeweils relevanten Ausprägungsdimension eines Merkmals an (Intensität, Häufigkeit, Zeitpunkt, Dosis usw.). Es ist somit nicht auszuschließen, dass wichtige Ausprägungen nicht oder nicht ausreichend erfasst worden sind und dass die so erzielten Daten ein grobes und/oder verzerrtes Abbild tatsächlicher Merkmalsverteilungen geben.

### 4.2 Diskussion einzelner Ergebnisse

Der geringe Anteil an Kindern und Jugendlichen mit ausländischer Staatsangehörigkeit ist dadurch erklärbar, dass deren Eltern die deutsche Sprache oft nicht oder nicht gut genug beherrschen, um den Fragebogen zu bearbeiten. Außerdem ist in

dieser Bevölkerungsgruppe das Misstrauen gegenüber Fremden noch größer als üblich. Gleiches gilt für die Scham, die einzelne Fragen aufkommen lassen. Bei Ausländern, die bereits länger in Deutschland leben, haben die Kinder häufig die deutsche Staatsangehörigkeit angenommen. Andere Studien haben eine ähnliche Verzerrung, sofern sie nicht auf Schülerstichproben zurückgreifen (z. B. Remschmidt u. Walter 1990, 9,5 % ausländischer Schüler).

Mit mehr als 75,0 % zusammen wohnender Eltern lebt der überwiegende Anteil von Kindern und Jugendlichen in so genannten heilen Familien. Die Höhe dieser Zahl lässt zunächst einen Bias vermuten, tatsächlich stimmt das Ergebnis aber mit den Daten des Bundesamtes für Statistik überein (2003). Irritierend ist, dass dies nicht dem vielfach propagierten Zerfall der klassischen Kernfamilie entspricht (z. B. Kißler u. Keller-Ebert 1994). Dieser Widerspruch entsteht möglicherweise einerseits durch Medienberichte, die durch die Hervorhebung dramatischer Einzelfälle ein verfälschtes Bild der tatsächlichen Familienstrukturen vermitteln und andererseits durch die symptomfokussierte Blick- und Arbeitsweise von klinischen Experten, die ihre Erfahrungen von Inanspruchnahmepopulationen auf die Bevölkerung generalisieren. Die getrennte Erfassung von schichtbezogenen Variablen für Mütter und Väter zeigt die immer noch geltenden Rollentypisierungen in unserer Gesellschaft (Männer arbeiten in Vollzeitanstellung, sind besser bezahlt usw.). Aber auch der Familienzyklus mit der Geburt und Entwicklung von Kindern beeinflusst Schichtmerkmale wie die Erwerbstätigkeit (Hoeckner 1995).

Jedes zehnte Kind hat nach Angaben der Eltern Probleme im Kindergarten, jedes vierte Kind zeigt Probleme in der Schule. Die häufigsten Probleme im Kindergarten sind Trennungsängste, Kontaktprobleme und Aggressionen. In der Schule treten vor allem Konzentrations- und Leistungsprobleme auf. Diese Zahlen sind beunruhigend hoch. Sie indizieren systematische und umfassende psychologisch-psychiatrische Vorsorgeuntersuchungen im Kindergarten und in der Schule. Das beinahe sechsfach erhöhte Risiko für Kindergartenkinder, mit Problemen im Kindergarten auch Probleme in der Schule zu zeigen, weist darauf hin, dass schon im Kindergartenalter eine entsprechende Vorsorge helfen kann, spätere Probleme in der Schule zu vermeiden. Andererseits können diese Raten auch Resultat der Operationalisierung sein. Bei der direkten Frage nach Problemen gibt es schließlich keine Standardisierungsmöglichkeit in der Hinsicht, ab welchem Schweregrad etwas als Problem gelten darf; hier kommt die Subjektivität der Elternurteile also voll zum Tragen. Dies ist aber nur für den Fall erwünscht, dass dieselbe Subjektivität die Beziehung zum Kind prägt, wenn also Eltern das entsprechende Problem nicht um der vorliegenden Studie willen angeben, sondern als wirkliches Problem empfinden und sich dementsprechend gegenüber dem Kind verhalten. Dies ist allerdings hier nicht überprüfbar.

Seelische Erkrankungen treten in fast 7 % aller Familien auf, allerdings nur, wenn man den erweiterten Kreis der Verwandten zweiten Grades hinzurechnet. Für die Kernfamilie liegt die Häufigkeit deutlich niedriger (2,9 %), da Großeltern den größten Anteil seelisch erkrankter Familienmitglieder ausmachen. In der Kernfamilie ist die Mutter die am häufigsten seelisch erkrankte Person (beinahe zwei Drittel der Fälle), das Untersuchungskind dagegen nur zu 12,5 %. Die hohe Prävalenz von 15,2 % körperlich schwerer Erkrankungen gilt wiederum nur unter Einschluss von Ver-

wandten zweiten Grades. In der Kernfamilie treten diese zu 5.5 % auf, da auch hier die Großeltern den größten Anteil haben. Innerhalb der Kernfamilie sind Mütter die am häufigsten Erkrankten (beinahe die Hälfte aller Fälle), das untersuchte Kind ist in 22.4 % der Fälle körperlich schwer erkrankt. Familien mit einem körperlich schwer erkrankten Mitglied zeigen ein vierfach erhöhtes Risiko, auch ein seelisch erkranktes Familienmitglied zu haben. Aufgrund der Querschnittsuntersuchung kann dieser Zusammenhang aber auch in umgekehrter Richtung interpretiert werden. Bei diesen Angaben ist zudem unklar, ob es sich um eine subjektive Einschätzung der Eltern handelt oder ob eine professionell diagnostizierte Erkrankung vorliegt. Behinderungen treten relativ am seltensten auf (5.0 %, in der Kernfamilie sogar nur zu 1.7 %). Für differenzierte Aussagen ist die absolute Häufigkeit dieser Fälle zu gering ( $n = 33$  Familien).

Da gegenwärtig keine psychometrisch geprüfte Skala für Kinder und Jugendliche zur Erfassung psychosozialer Belastungen existiert, wurden für die vorliegende Arbeit die entsprechenden Items der Achse V des Multiaxialen Klassifikationsschemas übernommen (WHO 1996). Jedes zwölfte Kind leidet demnach aus Sicht seiner Eltern unter seelisch schwer belastenden Lebensereignissen, darunter vor allem veränderten Familienbeziehungen und dem Verlust enger Freundschaften oder Liebesbeziehungen. Noch höher ist die Rate früherer schwerer seelischer Belastungen (jedes siebte Kind). Die geringe Fallzahl pro Kategorie verhindert differenziertere Analysen. Das 2.8-fach erhöhte Risiko für solche Ereignisse in den letzten sechs Monaten bei Vorliegen früherer seelisch schwer belastender Lebensereignisse ist wohl auch durch die Dauer der Ereignisse beeinflusst (z. B. Trennung von Mutter und Vater).

Annähernd jede achte Familie wurde in den letzten sechs Monaten von einem Gesundheitsdienst betreut, vor allem vom Jugendamt (30.7 % der Fälle). Beinahe jedes 20. Kind ist innerhalb der letzten sechs Monate wegen seelischer oder Verhaltensprobleme in Diagnostik, Beratung und/oder Behandlung gewesen. Ein Großteil der Betroffenen (34.5 %) nimmt dafür einen Kinder- oder Allgemeinarzt in Anspruch. Bislang durchgeführte Studien zeigen hierzu übereinstimmende Ergebnisse (vgl. Haffner et al. 2002; Poustka u. Schmeck 1996; Remschmidt u. Walter 1990). Das Risiko einer Behandlung wegen seelischer oder Verhaltensprobleme ist fast sechsfach erhöht, wenn die Familie von einem Gesundheitsdienst betreut wird. Dabei ist unklar, ob durch die Gesundheitsbetreuung das Kind auffällt und eher einer Behandlung zugewiesen wird, ob die Gründe für die Inanspruchnahme beider Möglichkeiten dieselben sind oder ob während beziehungsweise nach Behandlung ein Gesundheitsdienst empfohlen wurde.

### 4.3 Ausblick

Die Ergebnisse zur Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zeigen, dass der überwiegende Teil von Kindern und Jugendlichen zwar in unbelastenden Verhältnissen lebt, Risikofaktoren für die Entstehung psychischer Auffälligkeiten aber nicht so selten auftreten, als dass sie vernachlässigbar wären. Insbesondere die Häufigkeit der von den Eltern angegebenen Probleme im Kindergarten oder in der Schule und seelisch schwer belastenden Lebensereignissen weist darauf hin, dass

präventive Interventionen wie die Einführung systematischer psychodiagnostischer Vorsorgeuntersuchungen im Kindergarten- und Schulalter notwendig sind. Zukünftige Forschungsarbeiten sollten sich auf bundesweit repräsentative, mehrstufige Untersuchungen mit einer Screening- und einer Interview- oder Untersuchungsstufe konzentrieren, die in regelmäßigen Zeitintervallen wiederholt werden können, um so eine systematische Gesundheits- und Sozialberichterstattung zur Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland entstehen zu lassen.

## Literatur

- Barkmann, C. (2004): Psychische Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Hamburg: Kovac.
- Bortz, J.; Döring, N. (2002): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer.
- Buhr, P.; Engelbert, A. (1989): Kindheit in der Bundesrepublik Deutschland. Bd. 29. Bielefeld: Schriftenreihe des Instituts für Bevölkerungsforschung und Sozialpolitik.
- Egle, U. T.; Hoffmann, S. O.; Steffens, M. (1997): Psychosocial risk factors and protective factors in childhood as predisposition to psychic disorders in adulthood. Current state of research. *Nervenarzt* 68 (9): 683–695.
- Englert, E.; Poustka, F. (1995): Das Frankfurter Kinder- und Jugendpsychiatrische Dokumentationsystem. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 44 (5): 158–167.
- Engstler, H.; Menning, S. (2003): Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistiken. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Fischer, A.; Fritzsche, Y.; Fusch-Heinritz, W.; Münchmeier, R. (2000): Jugend 2000. Die 13. Shell-Jugendstudie. Opladen: Leske & Budrich.
- Fletcher, R. H.; Fletcher, S. W.; Wagner, E. H. (1999): Klinische Epidemiologie. Grundlagen und Anwendung. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Freitag, M.; Hurrelmann, K. (1993): Der Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Tossmann, P.; Weber, N. H. (Hg.): Alkoholprävention in Erziehung und Unterricht. Herbolzheim: Centaurus.
- Gordis, L. (2004): Epidemiology. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Haffner, J.; Esther, C.; Muench, H.; Parzer, P.; Raue, B.; Stehen R. (2002): Verhaltensauffälligkeiten im Einschulungsalter aus elterlicher Perspektive – Ergebnisse zu Prävalenz und Risikofaktoren in einer epidemiologischen Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 51: 675–696.
- Hoeckner, M. (1995): Der Staat hat viele Väter – wo bleiben die Mütter? Ein Beitrag zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigen- und Mutterrolle in Deutschland-Ost und -West. In: Nauck, B.; Bertram, H. (Hg.): Kinder in Deutschland. Lebensverhältnisse von Kindern im Regionalbereich. Opladen: Leske & Budrich.
- Kißler, M.; Keller-Ebert, C. (1994): Kinder und Jugendliche in der Stadt. Zur Lebenssituation von Familien unter besonderer Berücksichtigung der Stadt Köln. Köln: Deutscher Gemeindeverlag.
- Kolip, P.; Helmert, U. (2003): Sozialepidemiologische Beiträge zur Prävention. In: Jerusalem, M.; Weber, H. (Hg.): Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention. Göttingen: Hogrefe.
- Lienert, G. A.; Raatz, U. (1994): Testaufbau und Testanalyse. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Mayring, P. (2000): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz.
- Nauck, B. (1995): Kinder als Gegenstand der Sozialberichterstattung – Konzepte, Methoden und Befunde im Überblick. In: Nauck, B.; Bertram, H. (Hg.): Kinder in Deutschland. Lebensverhältnisse von Kindern im Regionalbereich. Opladen: Leske & Budrich.

- Petermann, F.; Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.; Scheithauer, H. (2000): Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen. In: Petermann, F. (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Poustka, F.; Schmeck, K. (1990): Über die psychischen Auswirkungen von militärischer Tiefflugtätigkeit auf Kinder. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 18: 61–70.
- Remschmidt, H.; Walter, R. (1990): Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, M. H. (2001): Probleme der diagnostischen Klassifikation im Kindes- und Jugendalter. In: Esser, G. (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Stuttgart: Thieme.
- WHO (1996): Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders. Cambridge: University Press.

**Korrespondenzadresse:** Dr. phil. Claus Barkmann, Zentrum für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg; E-Mail: barkmann@uke.uni-hamburg.de