

Mraß, Ulrike,
Pusti, Melike,
Straus, Florian,
Fröhlich, Werner

Zielvariablen der Handlungsbefähigung

Der Einfluss der Handlungsbefähigung auf
Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit,
psychische und subjektive Gesundheit

Ergänzende Materialien zur HaBeF - 4

München 2024



1. Vorbemerkung

Unsere Welt ist komplex und voller Herausforderungen. Was begründet die menschliche Zuversicht, immer wieder neue, unerwartete und schwierige Ereignisse erfolgreich meistern zu können? Mit dem Konzept der Handlungsbefähigung hat das IPP eine theoretische und empirische Fundierung zur Zuversicht als zentralem Teil der psychischen Widerstandsfähigkeit entwickelt.

Als Ergänzung des 2024 erschienenen Buchs von Florian Straus/ Renate Höfer „Handlungsbefähigung – Empirische Grundlagen zur Konstruktion von Zuversicht“, sind eine Reihe von Arbeitspapieren bzw. Materialien erschienen. Diese basieren auf den, in Kapitel IV veröffentlichten empirischen Ergebnisse bzw. den in Kapitel V vorgestellten Instrumente/Tools. Sie werden hier durch zusätzliche Informationen bzw. Kennziffern ergänzt.

In diesem **Material 4** geht es um wichtige Zielvariable der Handlungsbefähigung. Die konzeptionellen Überlegungen zur Handlungsbefähigung (Straus/Höfer 2024) legen nahe, dass eine höhere Handlungsbefähigung mit einem besseren Wohlbefinden, einer höheren Lebenszufriedenheit, einem besseren subjektiven Gesundheitsgefühl, einem geringeren Risiko für psychische Erkrankungen und einer positiveren Zukunftserwartung einhergehen. Die folgenden Ausführungen diskutieren im ersten Schritt die Ergebnisse zu vier Zielvariablen (Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden, subjektive und psychische Gesundheit) für die Zielgruppe der stationär Betreuten. Am Ende des jeweiligen Abschnitts finden sich die Ergebnisse zur Handlungsbefähigung auf einer deskriptiven Ebene. Im zweiten Schritt geht es um eine multivariate Analyse des Zusammenhangs der Zielvariable mit der Handlungsbefähigung.

2. Ergebnisse zu Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden, subjektiver Gesundheit und psychischer Gesundheit

2.1 Lebenszufriedenheit

Die Jugendlichen wurden in der Befragung 2022, wie in den vorangegangenen Erhebungsjahren auch danach gefragt, wie zufrieden sie insgesamt derzeit mit ihrem Leben sind. Mittels einer siebenstufigen Antwortskala wurde das Item der Lebenszufriedenheit erhoben.

Im Vergleich zum Erhebungsjahr 2020 ist der Anteil der Jugendlichen, die angeben, insgesamt zufrieden bis sehr zufrieden mit ihrem Leben zu sein, gestiegen, liegt aber immer noch unter dem Wert von 2018 (2018: **59 %**; 2020: **47 %**; 2022: **53 %**). Besonders auffällig ist der Anstieg um etwa 7 % bei denen, die sich mit ihrem Leben als zufrieden bezeichnen (2018: 22 %; 2020: 16 %; 2022: 23 %). Gleichzeitig gaben in der Befragung 2022 nur noch 29 % der Jugendlichen an, eher unzufrieden mit ihrem Leben zu sein, was im Vergleich zu 2020 einen Rückgang bedeutet (Werte auf der Antwortskala 5-7; 2018: 24 %; 2020: 32 %). Die Coronapandemie hatte zweifellos einen negativen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit im Jahr 2020, doch bis 2022 hat sich diese wieder erholt.

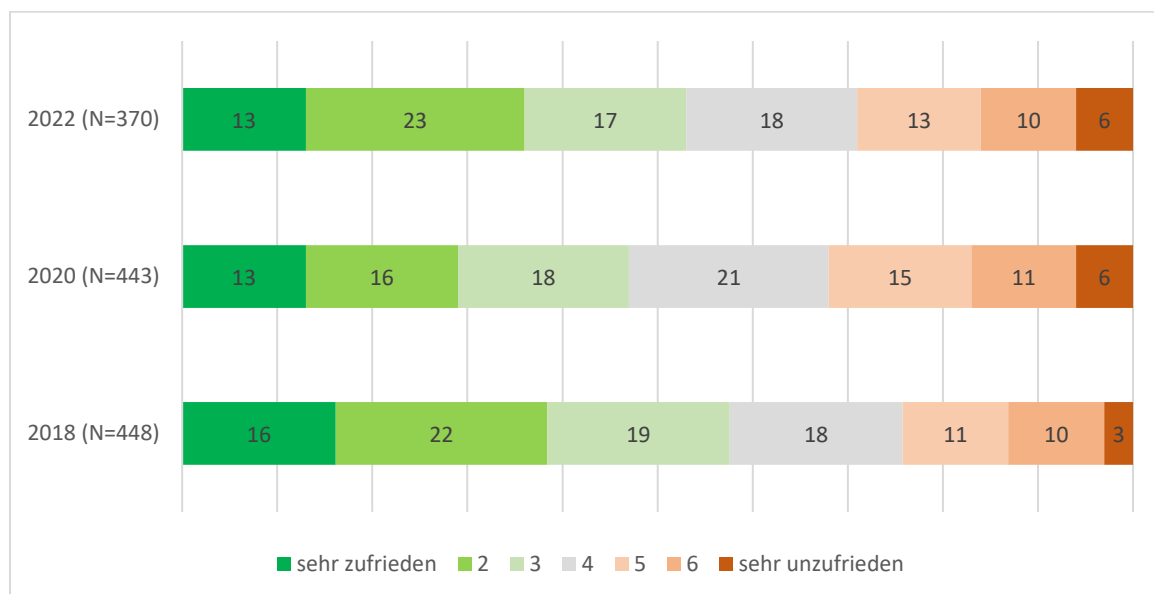


Abbildung1: Lebenszufriedenheit 2018, 2020 und 2022, Angaben in %

Der Vergleich der Geschlechter zeigt, dass Mädchen, wie auch in den vorherigen Erhebungsjahren, weniger zufrieden mit ihrem Leben sind als Jungen (Mädchen – MW=3,82; Jungen – MW=3,01¹). Einen signifikanten Unterschied lässt sich zudem mit Blick auf die Unterschiede zwischen Jugendlichen, die in einer Kinderdorffamilie und in einer Wohngruppe/Jugendeinrichtung leben, feststellen (KDF – MW=3,06; WG/JE – MW=3,85²). Hinsichtlich Altersgruppen und Migrationshintergrund zeigen sich hingegen keine signifikanten Unterschiede.

¹ $t(359) = 4.46, p = .000$

² $F(3, 359) = 4.17, p = .006$

Handlungsbefähigung: Wir finden in Bezug auf die Frage nach *der aktuellen Lebenszufriedenheit* einen höchst signifikanten Zusammenhang ($p < 0.001$). Je höher die Handlungsbefähigung, desto höher fällt auch die aktuelle Lebenszufriedenheit aus. Der Korrelationswert³ liegt für alle bislang erstbefragten Jugendlichen ($N=1071$) bei $r=0.448$.

2.2 Wohlbefinden

Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurden die SOS Betreute – wie auch in den vorherigen Erhebungsjahren - in Bezug auf ihr Wohlbefinden abgefragt. Mit den Dimensionen psychisches Wohlbefinden, Stimmung, Gefühle sowie Selbstwertgefühl, wird die Erfassung der Lebensqualität unterstützt.

Wie in den vorherigen Befragungen sollten die Jugendlichen auch in der Befragung 2022 ihr Wohlbefinden in Bezug auf die letzten Wochen, anhand von 9 Items mit einer fünfstufigen Antwortskala⁴ beschreiben.

In dem Erhebungsjahr 2022 bleibt das psychische Wohlbefinden wie schon 2018 und 2020 überdurchschnittlich hoch bewertet. Die Jugendlichen gaben an,

- Dass sie Spaß (2018 MW=3,8; 2020 MW=3,6; 2022 MW=3,7) und gute Laune hatten (2018 MW=3,6; 2020 MW=3,5; 2022 MW=3,7)
- Und dass ihr Leben ihnen gefallen hat (2018 MW=3,6; 2020=3,5, 2022 MW=3,6)

Die Dimension Stimmung und Gefühle zeigt im Jahr 2022 ein einheitlicheres Bild, als in den Jahren 2018 und 2020.

- Die Jugendlichen spüren eher selten ein Einsamkeitsgefühl (2018 MW=2,3; 2020 MW=2,5; 2022 MW=2,3)
- Und eher selten das Gefühl, dass sie gar nichts machen wollten (2018 MW=2,5; 2020 MW=2,5; 2022 MW=2,6).
- Sie bekommen außerdem seltener Traurigkeitsgefühle (2018 MW=2,9; 2020 MW=2,9; 2022 MW=2,6).

Sehr positive Werte zeigen sich bei der Aussage, dass sie zufrieden gewesen sind, wie sie waren (2018 MW=3,6; 2020 MW=3,5; 2022 MW=3,5).

³ Korrelationswerte sagen nichts über die Richtung des Zusammenhangs aus, Diese ergibt sich aus den theoretischen Überlegungen zur Handlungsbefähigung (siehe Straus/ Höfer 2024)

⁴ 1=nie, 2=selten, 3=manchmal, 4=oft, 5=immer

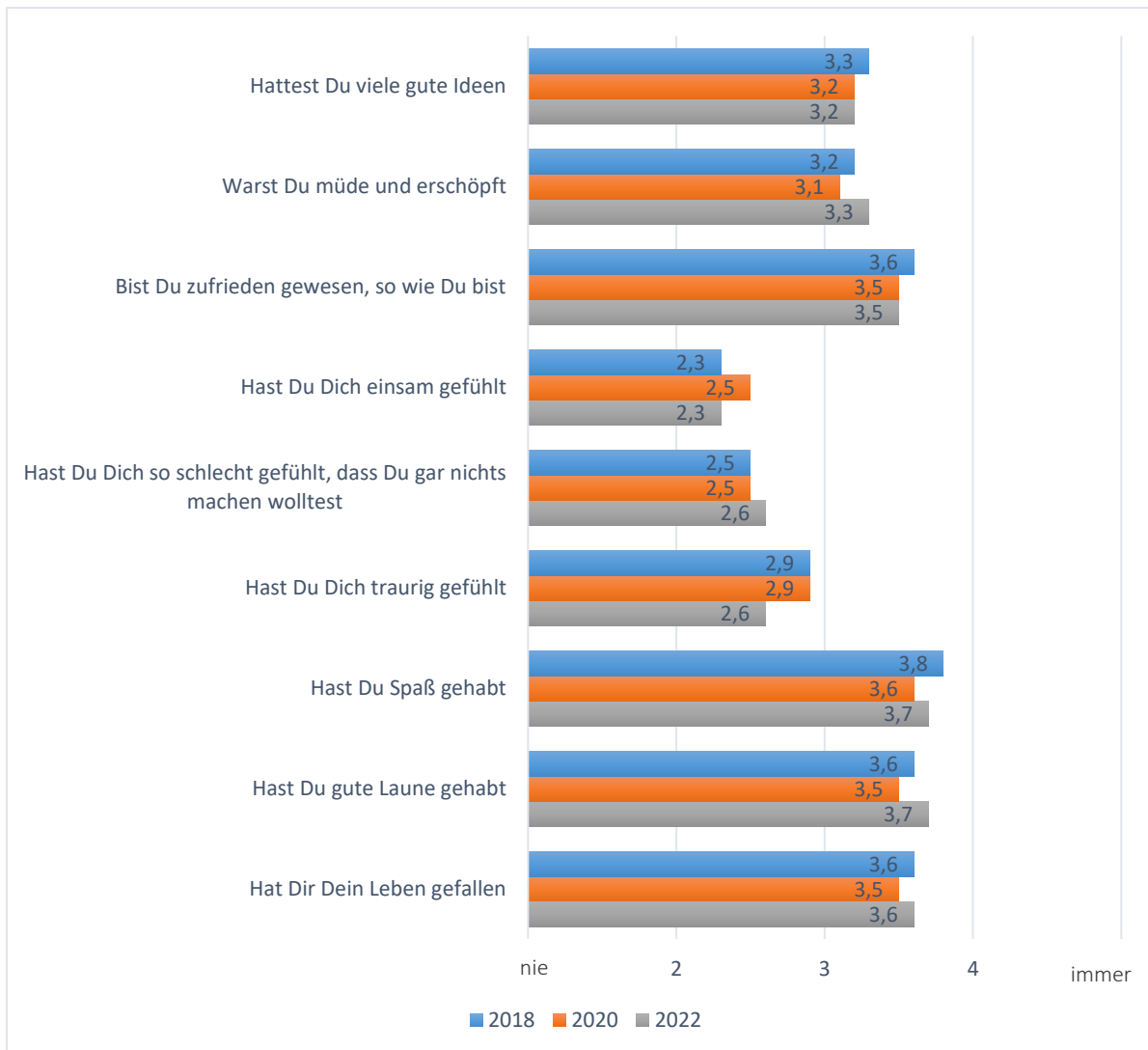


Abbildung 2: Wohlbefinden, Mittelwerte, N=367-376

Hinsichtlich der soziodemographischen Merkmale Alter und Geschlecht zeigen sich keine signifikanten Unterschiede. Hinsichtlich der Wohnsituation zeigen sich jedoch signifikante Unterschiede. So geben Jugendliche aus einer Kinderdorffamilie häufiger an, gut gelaunt zu sein, als Jugendliche aus einer WG/JE (KDF=3,8; WG/JE=3,5⁵). Jugendliche aus Kinderdorffamilien fühlen sich seltener traurig (KDF=2,4; WG/JE=2,9⁶) und haben seltener das Gefühl gar nichts machen zu wollen (KDF=2,2; WG/JE=2,9⁷), als Jugendliche aus einer WG/JE. Auch geben Jugendliche aus WG/JE häufiger an, müde und erschöpft gewesen zu sein, als Jugendliche aus Kinderdorffamilien (KDF=3; WG/JE=3,6⁸). Insgesamt bewerten die Jugendlichen aus Kinderdorffamilien ihre Situation fast durchgängig besser (sind zufriedener), als die Jugendlichen aus den beiden anderen Wohnformen.

⁵ -.373, 95%-CI[-0.71, -0.03], p = .022

⁶ .486, 95%-CI[0.04, 0.93], p = .024

⁷ .635, 95%-CI[0.17, 1.10], p = .002

⁸ -.622, 95%-CI[-1.08, -0.16], p = .002

Handlungsbefähigung: Ähnliche wie bei der Lebenszufriedenheit finden wir einen höchst signifikanten Zusammenhang ($p < 0.001$). Je höher die Handlungsbefähigung desto höher fällt auch das Wohlbefinden aus.

Der Korrelationswert⁹ liegt für alle Jugendliche, die zumindest einmal befragt werden konnten bei einem $r = 0.599$, ($N = 1391$)

2.3 Subjektive Gesundheit

Die Jugendlichen wurden danach gefragt, wie sie ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand einschätzen. Mittels dieser Daten kann eine Selbsteinschätzung der subjektiven Gesundheit abgebildet werden. Im Vergleich zu den vorangegangenen Erhebungsjahren ist die Zahl derer, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut bewerten etwas zurückgegangen (2018=**60,0 %**; 2020=**65,2 %**; **2022=57,5 %**). Jede/r vierte Jugendliche empfindet seinen/ihren Gesundheitszustand als zufriedenstellend (2018=**27,4 %**; 2020=**26 %**, **2022=27,3 %**). Nach dem im Jahr 2020 die Zahl derer, die ihren Gesundheitszustand als eher schlecht bewerten, auf etwas mehr als 7% gesunken ist, hat es in der Befragung 2022 einen nicht zu übersehbaren Anstieg von knapp 5% gegeben (2018=**10,9 %**; 2020=**7,3 %**; **2022=12,3 %**).

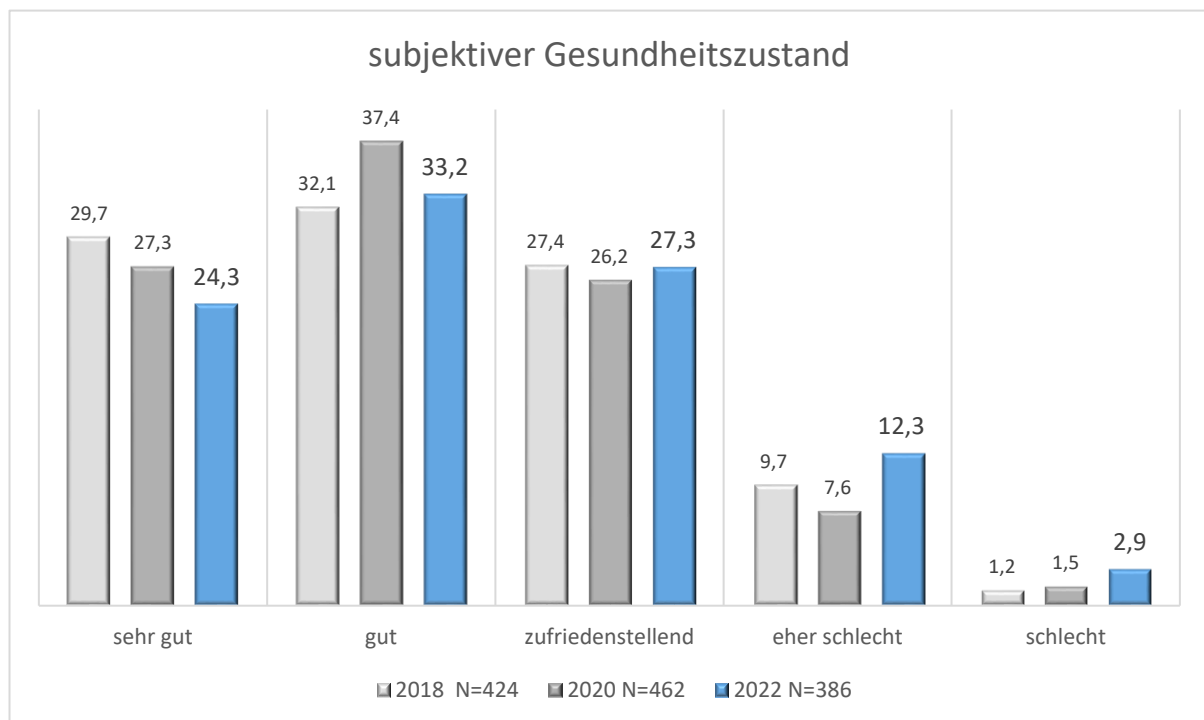


Abbildung 3: Subjektiver Gesundheitszustand 2018, 2020 und 2022, Angaben in %

Die Selbsteinschätzung des gesundheitlichen Zustandes variiert zudem signifikant zwischen verschiedenen Gruppen von Jugendlichen. Auf einer Antwortskala von 1 bis 5, wobei 1 für „sehr gut“ und 5 für „schlecht“ steht, bewerten Mädchen ihren Gesundheitszustand tendenziell schlechter als

⁹ Korrelationswerte sagen nichts über die Richtung des Zusammenhangs aus, Diese ergibt sich aus den theoretischen Überlegungen zur Handlungsbefähigung (siehe Straus/ Höfer 2024)

Jungen.

Der Mittelwert (MW) für Mädchen liegt bei 2,6, während Jungen einen Mittelwert von 2,02 aufweisen.¹⁰ Dieser Geschlechtsunterschiede könnten darauf hindeuten, dass Mädchen möglicherweise stärker unter den (psychischen) Belastungen leiden oder anders mit diesen Herausforderungen umgehen als Jungen.

Ähnliche Unterschiede zeigen sich auch im Altersvergleich. Ältere Jugendliche (MW = 2,56) schätzen ihren Gesundheitszustand schlechter ein als jüngere (MW = 2,24).¹¹

Mit Blick auf die Wohnform zeigen sich ebenfalls signifikante Unterschiede. Jugendliche, die in Jugendeinrichtungen leben, bewerten ihren Gesundheitszustand schlechter (MW = 2,71) als jene, die in einer Kinderdorffamilie (MW = 2,08) oder in Wohngruppen (MW = 2,34) leben.¹² Die Gründe dafür könnten in der unterschiedlichen sozialen Unterstützung und den Lebensbedingungen in den verschiedenen Wohnformen liegen.

Handlungsbefähigung: Bestätigen sich die Vorannahmen, müssten Jugendliche mit einer höheren Handlungsbefähigung ihre subjektive Gesundheit deutlich positiver bewerten. Die Längsschnittdaten bestätigen dies deutlich und höchst signifikant ($p > 0.001$). So haben jene 28% der Jugendlichen, die ihre Gesundheit sehr positiv einschätzen, einen durchschnittlichen Handlungsbefähigungsscore von 66,4, während jene 12% der Jugendlichen, die ihre Gesundheit als schlecht/ eher schlecht bewerten, nur einen durchschnittlichen HaBeF-score von 48.0 haben. Dies Ergebnis gilt auch, wenn Geschlecht und Alter mituntersucht werden. Der Zusammenhang ist höchst signifikant bei einer Korrelation¹³ von $r = 0.411$. Die Basis bilden hier 1099 Jugendliche, die (Stand 2022) zum ersten Mal befragt wurden.

2.4 Psychische Auffälligkeiten

Um psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen zu messen, wird in der SOS-Längsschnittstudie der Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) von Goodman, ein wissenschaftlich anerkanntes Instrument¹⁴, verwendet und in jeder Erhebungswelle sowohl im Jugend- als auch im Fachkräftefragebogen eingesetzt.

Der SDQ besteht aus 25 Items mit einem dreistufigen Antwortformat (0 = trifft nicht zu, 1 = teils-teils, 2 = trifft zu). Aus diesen können neben einem Gesamtproblemwert fünf untergeordnete Problemskalen via Summenwert berechnet werden. Die Subskalen geben Aufschluss über die **emotionalen Probleme** der Kinder und Jugendlichen, sowie ihre **Hyperaktivität, Probleme mit Gleichaltrigen** sowie **Verhaltensauffälligkeiten**. Diese zusammen, bilden in Summe den SDQ-Gesamtproblemwert. In diesen fließt die fünfte Problemskala, die das **prosoziale Verhalten** erfasst, nicht ein. Nähere Informationen, auch zu den Skalenkennwerten befinden sich in Kapitel 3.2.4 zu Multi-Item-Skalen. Der SDQ-Gesamtproblemwert wird auf einer Skala von 0 bis 40 gemessen, die

¹⁰ $t(363) = 5.32, p < .000$

¹¹ $t(372) = -2.85, p < .002$

¹² $F(3, 363) = 5.55, p < .000$

¹³ Korrelationswerte sagen nichts über die Richtung des Zusammenhangs aus, Diese ergibt sich aus den theoretischen Überlegungen zur Handlungsbefähigung (siehe Straus/ Höfer 2024)

¹⁴ Kaman et al. 2021, S. 319; Ravens-Sieberer et al. 2021, S.1512, Baumgarten et al. 2018, S. 60

Subskalen hingegen von 0 bis 10. Anhand einer Normstichprobe und ermittelter Cut-off-Werte lassen sich die Summenwerte unterteilen in die Gruppen „unauffällig“, „grenzwertig“ und „auffällig“.¹⁵

Die Frageitems, aus denen der SDQ berechnet wird, kann den Jugendlichen in einer Fragebogenversion zur Selbsteinschätzung vorgelegt werden, zudem gibt es Fragebogenversionen zur Fremdeinschätzung von Eltern oder Lehrkräften. In der SOS-Längsschnittstudie erfassen wir ihn auf beide Arten, wobei den Fachkräften die Lehrer*innen-Version (SDQ-L) vorgelegt werden, da diese Perspektive ihnen näherkommt als die von Eltern. Im Folgenden berufen wir uns auf die Messungen, die aus dem SDQ-L bzw. der Fachkräfteeinschätzung hervorgehen. Zur Überschaubarkeit unterscheiden wir zudem nur zwischen keinem (SDQ= „unauffällig“) und einem erhöhten Risiko für psychische Auffälligkeiten (SDQ= „grenzwertig“ oder „auffällig“).

Wie die Tabelle 1 zeigt, hat 2020 mit 55,6 % die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in den SOS-Einrichtungen ein erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten. Dieser SDQ-Gesamtproblemwert ist zwar in den letzten vier Erhebungszeiträumen stetig gesunken (2014 waren es 59,5%), doch sind diese Unterschiede zwischen den Jahren nicht signifikant $\chi^2(3, n = 1975) = 1,953, p = ,582$

Tabelle 1: Prävalenz von Kindern und Jugendlichen mit erhöhtem Risiko für psychische Auffälligkeiten (SDQ-Gesamtproblemwert)

SDQ-Gesamtwert		2014	2016	2018	2020	p-Wert
		n =442	n=484	n=520	n=529	
		%	%	%	%	
Gesamt		59,5	56,8	55,6	55,6	0,582
Geschlecht	Jungen	60,4	58,3	55,7	52,5	0,355
	Mädchen	58,8	55,3	55,5	58,2	0,803
Altersgruppen	12 bis 13 Jahre	65,9 BC	76,0 BC	68,1 BC	63,8 C	0,220
	14 bis 17 Jahre	57,5 A	50,5 A	52,5 A	56,0	0,317
	Ab 18 Jahre	53,3 A	56,8 A	51,2 A	43,2 A	0,286

In dieser wie in den folgenden Tabellen sind signifikante Unterschiede der Werte zwischen den Kontrollgruppen innerhalb eines Erhebungsjahrs **fett** hervorgehoben. Das Kürzel kennzeichnet, zu welcher/welchen Gruppe/n dieser Unterschied signifikant ist. (M=Mädchen; J=Jungen; A= 12-13 Jahre; B=14-17 Jahre; C=Ab 18 Jahre)

Zwischen den Altersgruppen und dem SDQ-Gesamtproblemwert gibt es ebenfalls einen Zusammenhang, wobei dies je nach Erhebungsjahr variiert. In der Tendenz ist jedoch zu erkennen, dass der Anteil der Jugendlichen in der Risikogruppe mit steigendem Alter abnimmt. 2020 sind es beispielsweise signifikant mehr 12-13-jährige (63,8%) als über 18-jährige (43,2%) in der Risikogruppe. Die 13-17-Jährigen (56,0%) unterscheiden sich jedoch zu keiner der beiden anderen Altersgruppen signifikant ($\chi^2(2, n = 528) = 10,890, p = .004$).

¹⁵ Wer in welche Gruppe fällt, wird dabei anhand einer Normierungsstichprobe aus der Gesamtbevölkerung der entsprechenden Altersklasse berechnet: Fällt jemand in den gleichen Skalenbereich wie die 10% der Jugendlichen dieser Stichprobe mit den höchsten SDQ-Werten, gilt er/sie als „auffällig“. Der Bereich, dem die 10% der Stichprobe mit den nächsthöheren Werten entsprechen, gilt als „grenzwertig“, der in den die restlichen 80% fallen als „unauffällig“. (http://www.sabineschaefer.com/fileadmin/user_upload/Lizenzfreie_Testverfahren/SDQ_Anleitung_21.12.2010_Homepage.pdf, abgerufen am 17.05.22)

Somit können wir alles in allem davon ausgehen, dass das Risiko für psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen im SOS-Kinderdorf im Vergleich der Erhebungsjahre über die Zeit weitestgehend stabil bleibt.

Als nächstes betrachten wir im Längsschnitt, wie sich der SDQ bei Jugendlichen in den SOS-Einrichtungen über die Jahre verändert hat. Wir gehen davon aus, dass sich die Fremdunterbringung stabilisierend auf psychische Auffälligkeiten auswirkt und der Anteil derjenigen, die zur Risikogruppe zählen über die Zeit sinkt.

Analyse im Längsschnitt: Zunächst soll es um den SDQ-Gesamtwert gehen. Von 659 Jugendlichen liegen Einschätzung zu zwei Erhebungszeitpunkten vor. Das ist knapp die Hälfte der Jugendlichen, die insgesamt an der Studie teilgenommen haben (n=1467 Ersterhebungen). Von 276 Jugendlichen liegen zudem Werte aus einer dritten Fachkräftebefragung vor.

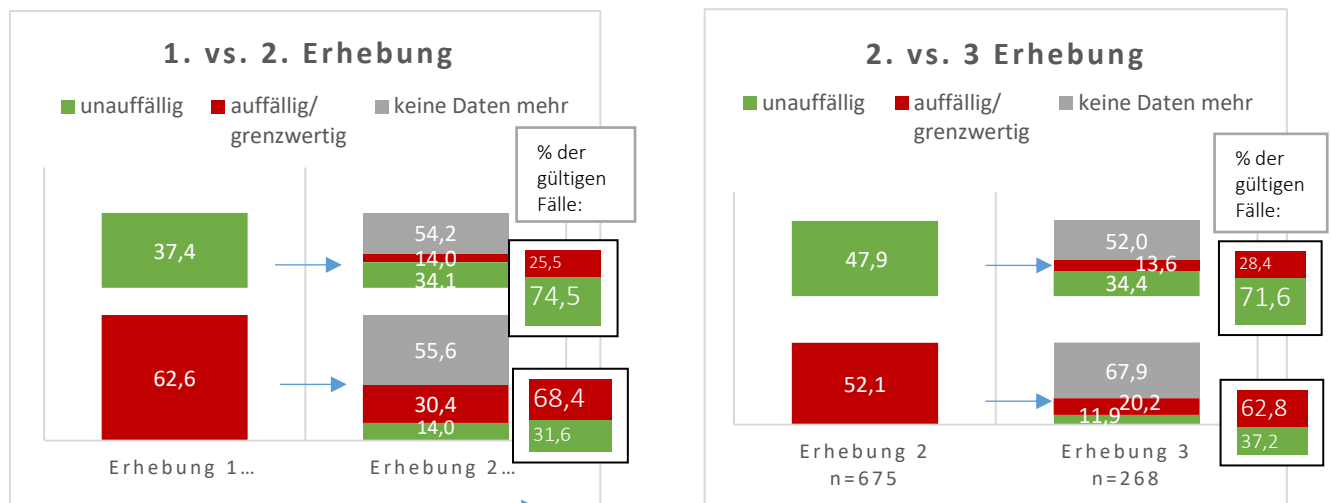


Abbildung 4: Längsschnittvergleich des dichotomen SDQ-Gesamtwerts der Erst- und Zweiterhebungen sowie Zweit- und Dritterhebung in Prozent (Die Stichprobengröße n bezieht sich auf die vorhandenen Daten)

Wie in der Abbildung zu sehen ist, hatten von den insgesamt 1467 Teilnehmern, bei ihrer Ersterhebung 62,6% (n=919) einen SDQ-Gesamtwert im Risikobereich, die restlichen 37,4% (n=448) waren unauffällig.

Für diejenigen, von denen weitere Erhebungsdaten vorliegen, ist aus der Grafik folgendes abzulesen, dass von den 448 Jugendlichen, die bei ihrer Ersterhebung einen SDQ-Gesamtwert im unauffälligen Bereich hatten, war dies bei **74,5%** (n=187) auch bei ihrer zweiten Teilnahme¹⁶ der Fall, während **25,5%** (n=64) in den grenzwertigen bzw. auffälligen Bereich ‚abgerutscht‘ sind. Andersherum blieben **68,4%** (n=279) von den 919 Jugendlichen, die bei der Erstteilnahme im Risikobereich waren, dies auch bei erneuter Teilnahme, während **31,6%** (n=129) von ihnen einen unauffälligen SDQ erlangten.

Somit gibt es eine Veränderung zwischen den Gruppen zum ersten und zum zweiten Erhebungszeitpunkt. Dieser Zusammenhang ist signifikant (McNemar-Test, $p = ,000$, $n = 659$). Betrachtet man nur die Zweiterhebung, ist ein deutlich höherer Anteil im unauffälligen Bereich, mit 47,9% fast die Hälfte aller Zweiterbefragten. Vergleicht man den dritten Erhebungszeitpunkt mit dem

¹⁶ Zwischen zwei Teilnahmen liegen im Regelfall 2 Jahre, da unsere Datenerhebungen in diesem Rhythmus stattfinden. Allerdings gibt es wenige Ausnahmefälle, die zu einer Befragung ausgesetzt und erst 4 Jahre später wieder teilgenommen haben.

zweiten, gibt es zwar keinen signifikanten Unterschied (McNemar-Test, $p=0,914$; $n=268$), trotzdem deuten die Zahlen auf eine ähnlich positive Entwicklung hin, wie von der ersten zur zweiten Erhebung: Bei der dritten Erhebung sind **71,6%** ($n=111$), von denjenigen, die in der zweiten Erhebung unauffällig waren immer noch im Bereich psychischer Unauffälligkeit zu verorten, **28,4%** ($n=44$) hatten eine Negativentwicklung.

Von den, bei der Zweiterhebung im Risikobereich für psychische Auffälligkeiten eingeordneten Jugendlichen sind es in der dritten immer noch **62,8%** ($n=71$). Die restlichen **37,2%** ($n=42$) haben sich in den Bereich psychischer Unauffälligkeit entwickelt. Somit entwickeln sich signifikant mehr Jugendliche während ihres Aufenthalts bei SOS in eine positive als in eine negative Richtung bezüglich ihrer psychischen Auffälligkeiten.

Diese Veränderung findet aber weitestgehend im Zeitraum zwischen der ersten und zweiten vorliegenden Fachkräftebefragung statt, als zwischen der zweiten und dritten. Das legt die Hypothese nahe, dass sich die Verbesserung der psychischen Gesundheit von Jugendlichen möglicherweise eher in den Anfangsjahren des Aufenthalts bei SOS vollzieht und bei längerer Verweildauer eher stagniert. Dieser Vermutung müsste aber weiter überprüft werden.

Eine vergleichbare Längsschnittstudie zum SDQ der Kinder und Jugendlichen in ganz Deutschland wurde im Rahmen der KIGGS-Studie mit Messungen von 2003 bis 2017 durchgeführt.¹⁷ Dabei kamen die Autoren zu dem Schluss, dass von der Basiserhebung (2003-2006) zur KIGGS Welle 1 (2009-2012) **88%** unauffällig blieben bzw. **12%** auffällig wurden (bei SOS¹⁸: **74,5%** bzw. **25,5%**). Betrachtet man die 12% der Jugendlichen, die bei der KIGGS Basiserhebung als auffällig galten, waren davon bei der darauffolgenden Erhebung **45%** immer noch, die restlichen **55%** wurden als unauffällig eingeschätzt (SOS: **68,4%** bzw. **31,6%**).¹⁹

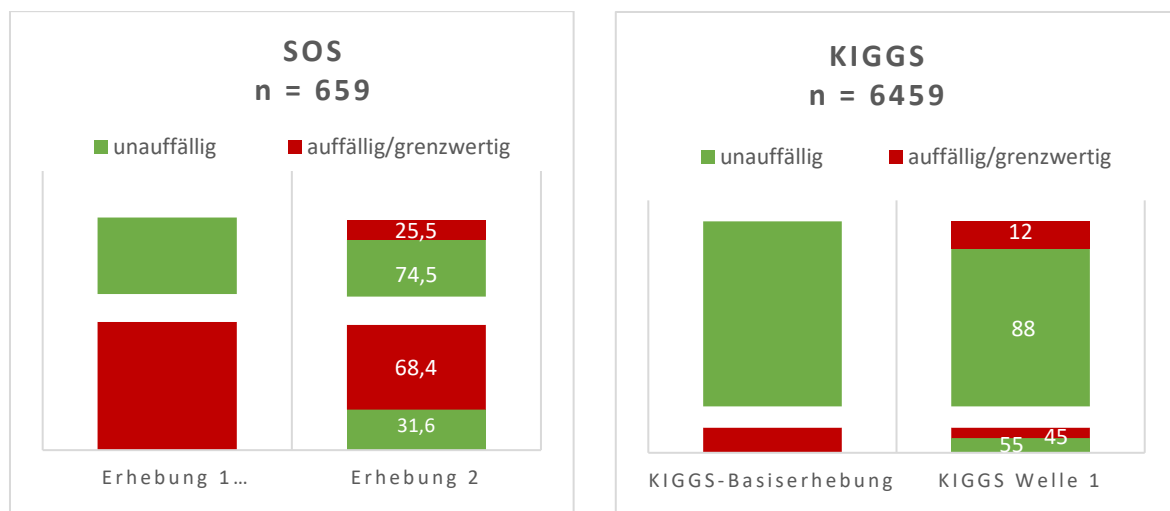


Abbildung 5: Vergleich der Längsschnittentwicklung des SDQ-Gesamtwerts der Jugendlichen bei SOS mit den Jugendlichen der Gesamtbevölkerung (KIGGS)

Somit schneidet die Entwicklung des SDQ von Jugendlichen im SOS-Kinderdorf im Vergleich zu der deutschen Gesamtbevölkerung deutlich negativer ab. Während die psychischen Auffälligkeiten bei

¹⁷ Baumgarten et al. 2018, S. 61

¹⁸ Es werden die Ergebnisse im Vergleich zwischen den Erhebungen 1 und 2 genannt

¹⁹ Baumgarten et al. 2018, S. 62

über der Hälfte der Jugendlichen der Gesamtbevölkerung abklingen, ist das bei nur knapp einem Drittel der Jugendlichen im SOS Kinderdorf der Fall.

Die Vergleichbarkeit dieser Stichproben wird allerdings limitiert durch eine unterschiedliche Altersgruppe der Stichproben (bei KIGGS 6 bis 24 Jahre bei Welle 1)²⁰.

Als Limitationen der Ergebnisse ist auch festzuhalten, dass die Stichprobe, von der SDQ-Wert zum zweiten und dritten Erhebungszeitpunkt vorliegen, mit $n=268$ eher klein ist. Unklar ist zudem, ob die positive Entwicklung der ersten zur zweiten Welle gänzlich auf das Aufwachsen im SOS-Kinderdorf zurückzuführen sind, da auch das steigende Alter wie erörtert ein Einflussfaktor ist. Hier müssen in tiefergehenden Analysen Drittvariableneffekte berücksichtigt werden.

Handlungsbefähigung: Auch hier gilt die Annahme, dass die personale Ressource Handlungsbefähigung ein Schutzfaktor für das Risiko psychischer Auffälligkeiten darstellt. Die Ergebnisse bestätigen dies: Je höher die Handlungsbefähigung ausfällt, desto geringer ist das Risiko für psychische Auffälligkeiten.²¹ Dieser Zusammenhang ist höchst signifikant ($p<0.001$, $r=0,495$, $n=1399$).

3. Multivariate Analysen der Handlungsbefähigung und ihre Zielvariable

In diesem Schritt wird untersucht, inwieweit die Handlungsbefähigung wichtige Zielvariablen beeinflusst (Abbildung 11). Dazu wurden auch hier in der Folge, Regressionsmodelle mit der Handlungsbefähigung als unabhängige Variable und den Zielvariablen als abhängige Variablen geschätzt.

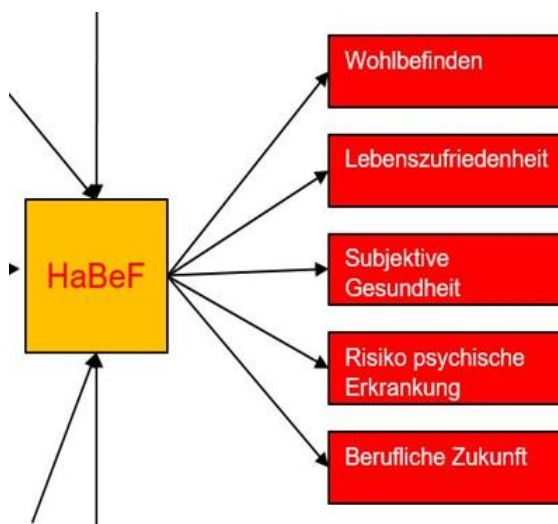


Abbildung 6: Zusammenhang Handlungsbefähigung und Zielvariablen

Für die Regressionsmodelle wurde die Handlungsbefähigung nicht in ihrer ursprünglichen Variante als Summenindex (von 0 bis 100) in das Modell integriert, sondern es wurde eine neue Variable generiert,

²⁰ Baumgarten et al. 2018, S. 61

²¹ Korrelationswerte sagen nichts über die Richtung des Zusammenhangs aus, Diese ergibt sich aus den theoretischen Überlegungen zur Handlungsbefähigung (siehe Straus/ Höfer 2024)

die die den Summenindex der Handlungsbefähigung in 10er Schritten abbildet. Die Effekte bezüglich der abhängigen Variablen im OLS-Modell sind also wie folgt zu interpretieren: Wenn die Handlungsbefähigung um 10 Punkte zunimmt, dann steigt/sinkt die abhängige Variable um X Punkte. Entsprechendes gilt für die logistischen Modelle: Eine Zunahme der Handlungsbefähigung um 10 Punkte erhöht die Wahrscheinlichkeit der Zielvariable (also zum Beispiel zuversichtlich in die Zukunft zu blicken) um X Prozentpunkte. Zudem sind noch einige Hinweise zur Operationalisierung der abhängigen Variablen notwendig.

Dazu wurden die abhängigen Variablen der Regressionsmodelle mit ihrem jeweiligen Wertebereich bzw. ihren jeweiligen Ausprägungen in der nachfolgenden *Tabelle 2* zusammengestellt.

Tabelle 2: Messung der abhängigen Variablen

Abhängige Variable	Wertebereich/Ausprägungen
Index „Wohlbefinden“	Index aus folgenden Items (wohlb1 bis wohlb11 mit wohlb4, 5, 6, 8 und 9 rekodiert) 1 „geringes Wohlbefinden“ bis 5 „hohes Wohlbefinden“
Lebenszufriedenheit	Aus Ursprungsvariable rekodiert; 1 „sehr unzufrieden“ bis 7 „sehr zufrieden“
Subjektive Gesundheit	Aus Ursprungsvariable rekodiert; 1 „schlecht“ bis 5 „sehr gut“ Im Anschluss zwei dichotome Variable gebildet: 1) 0 „(eher) schlecht“; 1 „zufriedenstellend bis sehr gut“ 2) 0 „schlecht bis zufriedenstellend“; 1 „(sehr) gut“
Psychische Gesundheit	Aus Ursprungsvariable dichotomisiert 0 „grenzwertig/auffällig“; 1 „unauffällig“
Allgemeine Zukunftseinschätzung	Aus Ursprungsvariable dichotomisiert 0 „düster/gemischt“; 1 „zuversichtlich“

In der Folge werden zunächst die Ergebnisse der OLS-Modelle der entsprechenden abhängigen Variablen berichtet (*Tabelle 3*). Im Modell 1 wurde der Einfluss Handlungsbefähigung auf das Wohlbefinden insgesamt untersucht. Es zeigt sich ein höchst signifikanter Einfluss der Handlungsbefähigung. Steigt die Handlungsbefähigung um 10 Punkte, dann nimmt das Wohlbefinden der Jugendlichen um 0,34 Punkte auf der Skala von 1 bis 5 zu. Die Handlungsbefähigung erklärt dabei knapp 40 % der Varianz im Wohlbefinden.

Im Modell 2 wurde der Einfluss Handlungsbefähigung auf die Lebenszufriedenheit analysiert. Auch hier zeigt sich ein höchst signifikanter Einfluss der Handlungsbefähigung. Steigt die Handlungsbefähigung um 10 Punkte, dann erhöht sich die Lebenszufriedenheit der Jugendlichen um 0,55 Punkte auf der Lebenszufriedenheits-Skala von 1 bis 7. Die Handlungsbefähigung erklärt dabei rund 20 % der Varianz der Lebenszufriedenheit.

Modell 3 stellt die Ergebnisse der Analyse des Einflusses Handlungsbefähigung auf die subjektive Gesundheit dar, wobei hier einschränkend vorzuschicken ist, dass die abhängige Variable als quasi-metrische angenommen wird (zur Kontrolle wurden noch logistische Regressionen mit dieser abhängigen Variablen analysiert). Es wird deutlich, dass die Handlungsbefähigung die subjektive

Gesundheit der Jugendlichen höchst signifikant beeinflusst. Steigt die Handlungsbefähigung um 10 Punkte, dann erhöht sich auf der entsprechenden Skala (1 bis 5) die subjektive Gesundheit der Jugendlichen um 0,31 Punkte. Die Handlungsbefähigung erklärt annähernd 20 % der Varianz der subjektiven Einschätzung der Gesundheit.

Tabelle 3: Effekte der Handlungsbefähigung auf Zielvariable (OLS-Regression)

	Modell 1 Wohlbefinden	Modell 2 Lebenszufriedenheit	Modell 3 Subjektive Gesundheit
Handlungsbefähigung in 10er Schritten	0,335 *** (0,014)	0,551 *** (0,033)	0,310 *** (0,019)
Konstante	1,397 *** (0,085)	1,363 *** (0,201)	1,951 *** (0,117)
R ²	0,395	0,205	0,191
F-Test	558,26 ***	274,50 ***	257,51 ***
N	858	1.069	1.096

Anmerkung: * = $p < 0,05$ ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$; Standardfehler in Klammern

In der Folge werden die Ergebnisse der logistischen Regressionsmodelle der Zielvariablen berichtet (Tabelle 4). Dies ist aufgrund der Tatsache, dass einige Zielvariablen ordinal gemessen wurden, das sinnvolle Vorgehen. Um Koeffizienten zu erhalten die vergleichbar sind, wurden durchschnittliche marginale Effekte (Average Marginal Effects - AME) berechnet. Diese weisen den durchschnittlichen Effekt einer unabhängigen Variable auf die Wahrscheinlichkeit, dass die abhängige Variable den Wert 1 annimmt, aus.

Genauer gesagt gibt der durchschnittliche marginale Effekt an, um wie viel Prozentpunkte sich die Wahrscheinlichkeit eines Ereignisses im Mittel aller Beobachtungen verändert, wenn sich die unabhängige Variable um eine Einheit erhöht.²²

Im Modell 1 wurde der Einfluss Handlungsbefähigung auf das subjektive Gesundheitsempfinden untersucht.²³ Es zeigt sich ein höchst signifikanter Einfluss der Handlungsbefähigung. Die Wahrscheinlichkeit, dass die subjektive Gesundheit als zufriedenstellend bis (sehr) gut beurteilt wird, ist dabei um 5,5 Prozentpunkte höher als bei der Referenzkategorie (also im Vergleich dazu, wenn die subjektive Gesundheit als (eher) schlecht bezeichnet wird).

Im Modell 2 wurde eine andere Dichotomisierung des subjektiven Gesundheitsempfindens untersucht. Es zeigt sich erneut ein höchst signifikanter Einfluss der Handlungsbefähigung: Die Wahrscheinlichkeit, dass die subjektive Gesundheit hier als (sehr) gut beurteilt wird ist dabei um 13,1 Prozentpunkte höher als bei der Referenzkategorie (also im Vergleich dazu, wenn die subjektive Gesundheit als zufriedenstellend bis schlecht bezeichnet wird).

²² Siehe hierzu Auspurg/Hinz, 2011: 62ff.; Behnke, 2015: 87ff.; Kohler/Kreuter, 2012: 344f.; Mood, 2010

²³ Zur Dichotomisierung der Variablen siehe Tabelle 14. Grundsätzlich wurde im ersten Fall die Kategorie „zufriedenstellend“ mit den guten Einschätzungen zusammengefasst. Im zweiten Fall mit den schlechten Einschätzungen.

Im Modell 3 wurde der Einfluss Handlungsbefähigung auf die psychische Gesundheit der Jugendlichen analysiert. Auch hier ergibt sich ein höchst signifikanter Einfluss der Handlungsbefähigung: Die Wahrscheinlichkeit, dass die psychische Gesundheit hier unauffällig ist, ist dabei um 16,3 Prozentpunkte höher als bei der Referenzkategorie (also im Vergleich dazu, wenn die psychische Gesundheit als grenzwertig/auffällig bezeichnet wird).

In Modell 4 finden sich die Ergebnisse der Analyse des Einflusses der Handlungsbefähigung auf die allgemeine Einschätzung der Zukunft. Auch die Zukunftsaussichten der Jugendlichen werden von der Handlungsbefähigung höchst signifikant bestimmt. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Zukunftsaussichten als eher zuversichtlich beschrieben werden, ist um 13,8 Prozentpunkte höher als bei der Referenzkategorie (also im Vergleich dazu, wenn diese als düster oder gemischt bezeichnet werden).

Tabelle 4: Effekte der Handlungsbefähigung auf Zielvariable (Logistische Regression)

	Modell 1 Subjektive Gesundheit 1	Modell 2 Subjektive Gesundheit 2	Modell 3 Psychische Gesundheit	Modell 4 Allgemeine Einschätzung der Zukunft
Handlungsbefähigung in 10er Schritten	0,055 *** (0,007)	0,131 *** (0,008)	0,163 *** (0,006)	0,138 *** (0,018)
Pseudo Loglikelihood	-362,241 ***	-633,813 **	-757,875 ***	-135,375 ***
Pseudo R ²	0,093	0,128	0,196	0,137
N	1.096	1.096	1.394	242

Anmerkung: Ausgewiesen sind die durchschnittlichen marginalen Effekte (AMEs) und robuste Standardfehler (in Klammern); * = $p < 0,05$ ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$.

Insgesamt zeigt sich damit, dass die Handlungsbefähigung alle Zielvariablen höchst signifikant positiv beeinflusst.

Literaturverzeichnis:

Auspurg, K. & Hinz, T. (2011): Gruppenvergleiche bei Regressionen mit binären abhängigen Variablen – Probleme und Fehleinschätzungen am Beispiel von Bildungschancen im Kohortenverlauf. In: Zeitschrift für Soziologie 40, S.62–73.

Baumgarten, Franz, Klipker, Kathrin, Göbel, Kristin, Janitza, S., & Hölling, Heike (2018): Der Verlauf psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2018-011

Behnke, J. (2015): Logistische Regressionsanalyse. Eine Einführung. Wiesbaden: Springer.

Kaman, Anne, Otto, Christiane, Adedeji, Adekunle, Devine, Janine, Erhart, Michael, Napp, Ann-Kathrin & Ravens-Sieberer, Ulrike. (2021): Belastungserleben und psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Hamburg während der COVID-19-Pandemie. Nervenheilkunde, 40(05), 319-326. DOI: 10.1055/a-1397-5400

Kohler, U. & F. Kreuter (2017): Datenanalyse mit Stata. Allgemeine Konzepte der Datenanalyse und ihre praktische Anwendung. München: Oldenbourg.

Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg [KVJS] (2016): Beteiligung leben! Beteiligungs- und Beschwerdeverfahren für Kinder und Jugendliche in Einrichtungen der Heimerziehung und sonstigen betreuten Wohnformen in Baden-Württemberg. Stuttgart: ism.

Mood, C. (2010): Logistic Regression: Why We Cannot Do What We Think We Can Do, and What We Can Do About It. In: European Sociological Review 26, S.67-82.

Ravens-Sieberer, Ulrike et al. (2021): Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSY-Studie. In: Bundesgesundheitsblatt 64, 1512–1521 (2021): <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03291-3>

Straus, Florian, Höfer, Renate (2024) Handlungsbefähigung. Empirische Grundlagen für die Konstruktion der Zuversicht. Leverkusen: Budrich Verlag

Liste der Ergänzenden Materialien/ Arbeitspapiere:

Mraß, Ulrike, Straus Florian, Pusti, Melike 2024: Die Entwicklung einer Kurz und Langskala zur HaBeF. Ergänzende Materialien zur HaBeF – 1. München: IPP

Weinhandl, Kathrin, Straus, Florian 2024: Möglichkeiten der qualitativen Erhebung und Analyse der HaBeF. Ergänzende Materialien zur HaBeF – 2. München: IPP

Straus, Florian, Pusti, Melike, Mraß Ulrike 2024: Soziodemographische Unterschiede bei der Erhebung der HaBeF. Ergänzende Materialien zur HaBeF – 3. München: IPP

Mraß, Ulrike, Pusti, Melike, Straus, Florian, Fröhlich, Werner 2024: Zielvariablen der HaBeF – Der Einfluss der HaBeF auf Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, psychische und subjektive Gesundheit. Ergänzende Materialien zur HaBeF – 4. München: IPP

Straus, Florian, Fröhlich, Werner 2024: Beteiligung und Zugehörigkeit als Einflussfaktoren auf die HaBeF. Ergänzende Materialien zur HaBeF – 5. München: IPP

Fröhlich, Werner, Straus, Florian 2024: Multivariate Analyse zur Dimensionalität der HaBeF. Ergänzende Materialien zur HaBeF – 6. München: IPP

Straus, Florian, Weinhandl, Kathrin 2024: Ausführliche Darstellung der Forschungsprojekte zur HaBeF 2011-2024. Ergänzende Materialien zur HaBeF – 7. München: IPP