

**Helga Dill
Renate Höfer
Heiner Keupp**

Jugendgesundheit zwischen den Kulturen – eine Befragung an Münchner Berufsschulen

**Institut für Praxisforschung und Projektberatung IPP
München, 1999**

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung.....	3
2. Die Stichprobe.....	4
3. Ergebnisse zum Gesundheitsstatus der befragten BerufsschülerInnen.....	6
3.1. Erkrankungen	6
3.2. Psychosomatische Streßbeschwerden	11
3.3. Psychische (emotionale) Belastung	15
3.4. Das Kohärenzgefühl – eine Widerstandsressource?.....	19
3.5. Hilfesuchverhalten und Inanspruchnahme von Ärzten	20
4. Schlußbemerkung.....	21
Literatur	22
Publikationen	23

Abstract

Die Untersuchung JugendGesundheit zwischen Kulturen knüpft an bereits abgeschlossene Studien des IPP zu benachteiligten Jugendlichen an. Ausgangspunkt der Überlegungen ist und war der Gedanke, daß Gesundheit nicht isoliert betrachtet werden kann, sondern in der Verknüpfung mit den verschiedenen Lebensbereichen gesehen werden muß. Das heißt, daß Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit. Gesundheit entsteht vielmehr im Wechselspiel vom Lebenszufriedenheit, dem Zugang zu persönlichen und gesellschaftlichen Ressourcen, den jeweiligen Strategien zur Bewältigung von Streß und Lebensbereichsbelastungen, der Menge von Stressoren, denen man ausgesetzt ist. Ein so weit gefasster Gesundheitsbegriff umschließt ebenso kultur- bzw. migrationsspezifische Lebensbedingungen. Den Einfluß dieser Migrationsspezifika auf Gesundheit und Krankheit von jugendlichen MigrantInnen zu prüfen, war das Hauptziel der vorliegenden Untersuchung.

1. Vorbemerkung

Die Untersuchung JugendGesundheit zwischen den Kulturen wurde vom Institut für Praxisforschung und Projektberatung (IPP) im Frühjahr 1998 durchgeführt. Die Studie fand im Rahmen des Bayerischen Forschungsverbundes Public Health statt und wurde von der Landeshauptstadt München unterstützt. Teile der erhobenen Daten gehen in den Jugendgesundheitsbericht 1999 des Referats für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München ein.

Gesicherte Daten zur gesundheitlichen Lage von MigrantInnen in der Bundesrepublik Deutschland liegen bislang nur wenige vor. Die bisherigen einschlägigen Studien beziehen sich im wesentlichen auf die ArbeitsmigrantInnen der ersten Generation, also im Erwachsenenalter. Wie auch bei den deutschen Jugendlichen wird die Verbindung Gesundheit und Jugendalter für die MigrantInnen kaum zum Thema gemacht. Wo erste Ergebnisse vorliegen, zeigt sich eine Reihe von Problemen:

- Verschiedene Studien (Bericht der Bundesbeauftragten für Ausländerfragen 1995, Özelsel 1990, Zimmermann 1984) wird auf die höheren Erkrankungsraten von MigrantInnen im Vergleich zu deutschen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen hingewiesen.
- Die Gruppe der ausländischen **Jugendlichen und jungen Erwachsenen** ist vielfältigen psychosozialen Belastungen ausgesetzt, die sich vor allem in der **Zeit des Übergangs** von der Schule in die Berufsausbildung verschärfen (vgl. Mansel und Hurrelmann 1993). Das **Leben "zwischen den Kulturen"** (vgl. Kentenich 1990) und die daraus folgende Identitätsdiffusion haben ernstzunehmende gesundheitsrelevante Konsequenzen, die durch geringere Chancen auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt verstärkt werden. Die Folgen sind **Demoralisierung, hohe emotionale Anspannung und Selbstwertprobleme** (Jerusalem 1988, 1992).
- **Geschlechtsspezifisch besondere Belastungen sind bei Mädchen und jungen Frauen** aus MigrantInnenfamilien feststellbar (vgl. Kalaclar 1993, Siefen & Brähler 1996). Widersprüche, die sich aus der Kultur und Religion begründen, sind für diese Frauen in ihrem häufig durch soziale Isolation gekennzeichneten Lebensalltag und aufgrund der patriarchalen Strukturen in den Familien besonders eklatant.
- In der Unterrichtung durch die Bundesregierung (1995) wird neuerdings auf ein **Ansteigen der Suchtproblematik** bei jungen und auch älteren MigrantInnen hingewiesen. Psychische und psychiatrische Problemlagen treten ebenfalls häufiger auf (vgl. ebd.). Während für die erste Generation der MigrantInnen von der Selektionshypothese ausgegangen wird (vgl. Haefner u.a. 1977), ist die Folgewirkung auf die zweite bzw. dritte Generation bisher nicht untersucht.

Neben der eingeschränkten Datenlage zur Epidemiologie von gesundheitlichen Belastungen und Erkrankungen bei MigrantInnen im Kindes- und Jugendalter wird in der Literatur immer wieder auf die **Defizite der psychosozialen und medizinischen Versorgung** sowohl im präventiven, als auch im ambulanten und klinischen Bereich hingewiesen (siehe auch Bericht der Beauftragten für die Belange der Ausländer (im folgenden AusländerInnenbeauftragte 1994).

Unzureichende Deutschkenntnisse bzw. kulturelle und sprachliche Mißverständnisse der MigrantInnen, sowie deren kulturbedingt anderer Umgang mit Gesundheit und Krankheit, führen zu **Verständnisschwierigkeiten**. Zusätzlich wird die Versorgung der ausländischen PatientInnen vor allem durch die **Komplexität ihrer Probleme**, die aus der unterprivilegierten sozialen Lage resultieren, erschwert (vgl. Zimmermann 1990). Hinzukommt das Mißtrauen gegenüber deutschen Institutionen, das ein neu erwachtes Nationalbewußtsein bei den Jugendlichen noch verstärkt. Die Folge ist, daß präventive Angebote ins Leere laufen können, was sich in der zurückhaltenden Inanspruchnahme der vorhandenen Versorgungseinrichtungen widerspiegelt. Weder die MitarbeiterInnen in den professionellen Hilfesystemen noch die Beratungs- und Behandlungskonzepte sind auf den lebensgeschichtlichen Hintergrund und die besonderen Probleme von Migrantinnen abgestimmt. Verstärkt wird dies noch durch den Mangel an ausländischen oder bikulturell qualifizierten Fachkräften in den Gesundheits- und Sozialdiensten (vgl. Mitteilung der BundesausländerInnenbeauftragten 1995).

Zusammenfassend kann man feststellen, daß die Erklärung der Defizite bisher auf das Gelingen oder Nichtgelingen von Integration reduziert sind, daß aber die Wirkung der Migrationserfahrungen auf die zweite Generation als Einflußfaktor auf die spezifischen Risiken eher vernachlässigt werden.

2. Die Stichprobe

Befragt wurden insgesamt 7700 Jugendliche, SchülerInnen von sieben ausgewählten Münchner Berufsschulen mit hohem AusländerInnenanteil komplett im Klassenverband, also deutsche und ausländische BerufsschülerInnen. So können diese Gruppen verglichen werden. Dank der hohen Kooperationsbereitschaft der Berufsschulen betrug der Rücklauf 75%, so daß - nach dem Datenmonitoring - in der Stichprobe Daten über 5801 Jugendliche vorliegen. Abgesehen von den SchülerInnen aus Berufsgrund- bzw. Berufsvorbereitungsklassen (5,9%) umfaßt die Untersuchung die „GewinnerInnen“ im Kampf um die Ausbildungsplätze.

Die Berufsschulen wurden aufgrund ihres hohen Ausländeranteiles ausgewählt. Die „Klassiker“ unter den Berufssparten für MigrantInnen sind nach wie vor Kfz-Technik, Elektrohandwerk, Friseur, Zahnarthelferin, Einzelhandel.

Das Durchschnittsalter beträgt 19 Jahre.

Der AusländerInnenanteil beträgt insgesamt 38,9%. Neben der deutschen Nationalität sind noch 57 weitere Nationalitäten vertreten. Die zahlenmäßig größte Ausländergruppe stellen - nach dem Zerfall des ehemaligen Jugoslawiens - die SchülerInnen aus der Türkei dar (25,9% aller MigrantInnen), gefolgt von den SchülerInnen aus Bosnien (16,8%), aus Jugoslawien (15,0%), aus Kroatien (14,0%). Zusammen mit Slowenien (1,2%) und Mazedonien (1,6%) sind 48,6% der befragten Jugendlichen aus den Staaten des ehemaligen Jugoslawiens. Die übrigen klassischen südeuropäischen Anwerbestaaten folgen mit großem Abstand: Italien (5,6%), Griechenland (4,4%), Spanien (0,4%). Aus anderen EU-Staaten stammen

3,0%, aus anderen europäischen Staaten, hier v.a. Osteuropa, 4,8% und aus außereuropäischen Staaten 7,2%.

Tabelle 1: Nationalität und Geschlecht (Angaben in %)

	Frauen	Männer	Gesamt
Türkisch	16,1	9,8	25,9
Griechisch	2,7	1,8	4,5
Jugoslawisch	8,7	6,2	14,9
Kroatisch	7,7	6,4	14,1
Bosnisch	11,5	5,4	16,9
Anderer EU-Staaten	5,5	3,7	9,2
Anderes Europa	4,0	3,4	7,4
Außereuropäisch	4,3	2,8	7,1
Gesamt (N)	1334	870	2204

Insgesamt 43,5% der ausländischen Jugendlichen sind in Deutschland geboren. Dies trifft - nach Nationalitäten betrachtet, v.a. auf die Jugendlichen aus den klassischen Anwerbestaaten (außer Ex-Jugoslawien) zu. Kriegsbedingt sind v.a. Jugendliche aus Bosnien in den letzten Jahren zugewandert.

Tabelle 2: Aufenthaltsdauer der MigrantInnen nach Nationalität (Angaben in Prozent)

Nationalität	Frauen			Männer		
	Seit Geburt in Deutschland	Vor 1990 in Deutschland	Ab 1990 in Deutschland	Seit Geburt in Deutschland	Vor 1990 in Deutschland	Ab 1990 in Deutschland
Türkisch	69,3	10,9	19,8	68,0	13,6	18,4
Griechisch	50,0	23,2	26,8	50,0	30,6	19,4
Jugoslawisch	38,6	10,3	51,1	42,5	8,2	49,3
Kroatisch	50,6	8,0	41,4	47,8	14,5	37,7
Bosnisch	7,6	4,0	88,4	4,3	3,5	92,2
EU-Staaten	57,0	22,8	20,2	56,4	19,2	24,4
Anderes Europa	19,3	19,3	61,4	18,6	27,1	54,3
Außereuropäisch	16,1	18,3	65,6	9,5	22,2	68,3
Gesamt (N)	539	153	604	349	122	369

Eine unserer Ausgangshypothesen lautete, daß jugendliche MigrantInnen, die in ihrer Biographie zwischen dem Heimatland und Deutschland gewechselt haben, sich von der Gruppe derjenigen unterscheiden, die in Deutschland geboren und aufgewachsen sind. Deswegen

wurde nach dem Aufenthaltsort in verschiedenen Lebensaltern gefragt. Daß MigrantInnen im Kinder- und Jugendalter häufig pendeln, wird deutlich bestätigt. Etwas mehr als die Hälfte der Jugendlichen hat mehrmals, knapp 12 % haben einmal das Land gewechselt.

3. Ergebnisse zum Gesundheitsstatus der befragten BerufsschülerInnen

In der deutschsprachigen Forschungsliteratur findet sich der Hinweis, daß MigrantInnen allgemein ein höheres gesundheitliches Risiko als Deutsche aufweisen. Beschrieben wurden die häufigeren Erkrankungen beispielsweise der Atemwege, der häufigeren grippalen Infekte und Durchfallerkrankungen und der psychosomatischen Erkrankungen (Collatz 1977, Hellbrügge 1980).

Obwohl diese Ergebnisse vor allem an MigrantInnen der ersten Generation gewonnen wurden und nicht auf die zweite oder auch dritte Generation übertragen werden können, prägen sie nach wie vor die Vorstellung über die Gesundheit von MigrantInnen. So wird auch bei der von uns untersuchten Jugendpopulation von MigrantInnen allgemein von höheren gesundheitlichen Belastungen ausgegangen (vgl. beispielsweise Bründel et al. 1995).

Interpretiert werden die höheren Beschwerden und Erkrankungen der MigrantInnen vor allem als Folge der sozialen Lebens- und Arbeitsbedingungen, oder/und als Folge der Veränderung der sozialen Lebensbedingungen durch den Zuzug. Bei Jugendlichen werden als zusätzliche Erklärungsfaktoren noch die zeitweise Trennung von den Eltern, sowie Schul- und Sprachschwierigkeiten genannt. Bründel et al. (1995, S. 299) kommen zu dem Schluß, daß ausländische Jugendliche auf diese vielfältigen Belastungen mit hoher emotionaler Anspannung, mit geringem Selbstbewußtsein und einer hohen psychosomatischen Morbiditätsrate reagieren.

Im folgenden wird diese These der höheren gesundheitlichen Belastung von MigrantInnen aufgegriffen und für drei Bereiche - Erkrankungen, psychosomatischen Streßbeschwerden und emotionaler (psychischer) Streß -, für die hier untersuchte Population der BerufsschülerInnen geprüft.

3.1 Erkrankungen

Die Erkrankungen wurden mit einer 32 Krankheiten umfassenden Liste erhoben.¹ Die Liste beinhaltet Infektionen der Luftwege, allergische Erkrankungen, Erkrankungen des Herzkreislaufsystems, Verletzungen und einzelne Krankheiten von denen angenommen werden kann, daß sie das relevante Krankheitsspektrum dieser Altersgruppe abdecken. Gefragt wurden die BerufsschülerInnen, welche dieser Erkrankungen sie in den letzten 12 Monaten gehabt haben und mit welchen dieser Erkrankungen sie den Arzt aufgesucht haben.

¹ Die Liste wurde zur besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse zur Jugendgesundheit weitgehend vom Biogramm 1990 übernommen.

Insgesamt gaben **91,9%** der befragten BerufsschülerInnen an, mindestens an einer der angegebenen Erkrankungen in den letzten 12 Monaten erkrankt zu sein. Durchschnittlich gaben die Befragten dabei **4,2** verschiedene Erkrankungen an.

Bezieht man die üblichen Erkältungskrankheiten (Schnupfen, Grippe, Erkältungen) nicht mit ein, sinkt die Quote der Erkrankten auf 83,3% und durchschnittlich 3,3 Erkrankungen pro befragtem/r BerufsschülerIn.

Frauen nennen deutlich mehr Erkrankungen als Männer

Bei den Erkrankungen zeigen sich sowohl bei den deutschen als auch bei den ausländischen Jugendlichen signifikante **geschlechtsspezifische** Unterschiede (vgl. Tab. 1). Beispielsweise nennen die männlichen Befragten signifikant weniger Erkrankungen als die weiblichen Befragten (\emptyset 3,2 zu \emptyset 4,8 bei den Frauen). Ebenso ist der Anteil derer, die keine der angegebenen Erkrankungen hatten, bei den Frauen mit 4,9 um über die Hälfte niedriger als bei den Männern mit 12,9%.

MigrantInnen nennen weniger Erkrankungen als die deutschen BerufsschülerInnen

Dies zeigt sich, vergleicht man die durchschnittliche Anzahl der Erkrankungen: Die MigrantInnen geben durchschnittlich 2,8 Erkrankungen an (zu 3,4 bei den deutschen Jugendlichen). Bei den weiblichen Jugendlichen liegen die Migrantinnen in der Zahl der genannten Erkrankungen ebenfalls niedriger (durchschnittlich 4,1 zu 5,1 bei den deutschen Jugendlichen).

Tabelle 3: Durchschnittliche Erkrankungsrate nach Geschlecht und Migration (Mittelwerte)

Erkrankungsrate	Frauen		Männer		Insgesamt	
	Deutsche***	MigrantInnen	Deutsche***	Migranten	Frauen	Männer
Mittelwert	5,1	4,2	3,4	2,8	4,8	3,2
Gesamt (N)	1697	897	1119	585	2594	1704

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Innerhalb der MigrantInnen zeigen sich bei der Anzahl der benannten Erkrankungen, signifikante Unterschiede.

- Bei Migrantinnen die seit der Geburt immer in Deutschland gelebt haben erhöht sich die Erkrankungsrate von durchschnittlich **4,2 auf 4,7**. Frauen die einmal zwischen den „Heimatländern“ gewechselt haben geben \emptyset 4,0 Erkrankungen an und diejenigen die mehrmals zwischen den „Heimatländern“ gewechselt haben \emptyset 3,9. Bei den Männer er-

höht sich die Rate von \emptyset 2,8 auf 3,1 Erkrankungen, (einmal gewechselt \emptyset 3,0, mehrmals gewechselt \emptyset 2,4).

Die durchschnittlichen Erkrankungshäufigkeiten der MigrantInnen, die seit der Geburt in Deutschland leben, nähern sich denen der deutschen BerufsschülerInnen.

- Zudem zeigen sich bei der Erkrankungsrate Unterschiede nach der Nationalität. BosnierInnen und JugoslawInnen haben die geringste Rate (Männer wie Frauen). Die höchste haben bei den Frauen die Deutschen, andere EU Länder und Kroatinnen, bei den Männern - Deutsche und Türken.

Die geringere gesundheitliche Belastung der Migrantinnen zeigt sich nicht nur in der geringeren Erkrankungsrate sondern auch bei der Gruppe von Jugendlichen, die in den letzten 12 Monaten keine der angegebenen Erkrankung hatten. Bei den jungen Frauen hatten 8% der Migrantinnen, aber nur 3,2% der deutschen überhaupt keine Erkrankung gehabt, bei den Männern waren dies 16,4% Migrantinnen zu 11,2% der deutschen männlichen Berufsschüler.

Mit Erkrankungen gehen MigrantInnen mehr zum Arzt

- Obwohl MigrantInnen durchschnittlich weniger Erkrankungen angegeben haben, ist der Anteil derer, die mit jeder Erkrankung beim Arzt waren, signifikant höher, sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern. Dagegen unterscheidet sich der Anteil derer, die mit ihren Erkrankungen nicht beim Arzt waren, nur bei den Männern.

Bei der Gruppe derer, die bei jeder Krankheit den Arzt aufgesucht haben, zeigen sich Unterschiede innerhalb der MigrantInnen.

- Bei den MigrantInnen, die seit der Geburt immer in Deutschland gelebt haben, ist der Anteil derer, die bei jeder Erkrankung den Arzt aufgesucht haben, niedriger als bei denjenigen, die mehrmals zwischen den „Heimatländern“ gewechselt haben. Auch hier zeichnet sich eine Angleichung an die Werte der Deutschen ab. (Migrantinnen: 24,8% seit Geburt in Deutschland zu 28,8% mehrmals gewechselt; Migrantinnen: 20,2% zu 27,2%).
- Deutliche Unterschiede ergeben sich auch nach der Nationalität: Die größte Gruppe der Frauen die bei jeder Erkrankung auch den Arzt aufgesucht hat, sind die Jugoslawinnen (39%), gefolgt von Frauen aus anderen EU Ländern (29,3%) und den Bosnierinnen (28%).
Bei den Männern sind dies Männer aus außereuropäischen Ländern (35,7%), aus Kroatien (33%) und aus anderen EU Ländern (31,6%).
Den geringsten Anteil bei dieser Gruppe haben bei den Frauen die Deutschen (15,4%) und Frauen aus anderen europäischen Ländern. Bei den Männern die Deutschen (19,5%) und die Türken (19,7%).

Tabelle 4: Anteil an Erkrankungen und Arztbesuch in den letzten 12 Monaten – nach Geschlecht und Migration (Angaben in %, Mittelwerte)

Erkrankungen und Arztbesuch	Frauen***				Männer***			
	Deutsche***		Migrantinnen		Deutsche***		Migranten	
	Anteil	Ø	Anteil	Ø	Anteil	Ø	Anteil	Ø
Keine Erkrankungen	3,2	-	8,0	-	11,2	-	16,4	-
Krank, aber nie beim Arzt gewesen	16,6	3,4	15,4	3,3	24,2	2,7	18,9	2,3
Krank, ausschließlich beim Arzt gewesen	15,4	3,3	27,0	2,8	19,4	2,4	25,9	1,9
Krank mit Arztbesuch und ohne Arztbesuch	64,8	6,4	49,6	5,9	45,3	5,1	38,7	4,9
Gesamt (N)	1695	5,2	896	4,2	1118	3,4	586	2,8

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Einzelerkrankungen: Erkältungskrankheiten und chronische Erkrankungen im Vordergrund

Analysiert man die **Reihenfolge einzelner Erkrankungen** nach ihrer Häufigkeit so stehen bei **beiden Geschlechtern die Erkältungskrankheiten und die Halsschmerzen** an Stelle eins und zwei. Bei den **Frauen** folgen dann Herz-Kreislaufstörungen bzw. Allergien an dritter und vierter Stelle, bei den Männern Allergien und Atemwegserkrankungen (Asthma, Bronchitis). Dies stimmt auch mit dem Forschungsstand überein, der die Bedeutung von chronischen Krankheiten für diese Altersgruppe betont (vgl. Kolip et al. 1995, S.11).

Tabelle 5: Erkrankungshäufigkeit in den letzten 12 Monaten mit und ohne Arztbesuch

(Angaben in %, N = 5082; Mehrfachnennungen)

Beschwerden	Frauen			Männer		
	Deutsche	Migrantinnen	Gesamt	Deutsche	Migranten	Gesamt
Erkältungen/Schnupfen/ Grippe	88,6	82,0	86,1	81,1	76,5	79,5
Halsschmerzen	66,1	58,0	63,0	45,6	45,9	45,6
Ohrenerkrankungen	19,8	18,7	19,4	13,2	11,2	12,6
Atemwegserkrankungen (Bronchitis, Asthma)	34,3	29,1	32,3	24,9	20,9	23,5
Allerg. Hautaus- schlag/Ekzem	30,2	24,8	28,2	15,0	11,9	13,9
Neurodermitis	8,9	5,9	7,7	4,8	4,0	4,5
Heuschnupfen	32,4	26,4	30,2	16,7	13,7	15,7
Allergien insgesamt ²	39,1	30,2	35,9	21,3	16,7	19,7
Herzschmerzen	16,4	15,9	16,2	11,6	9,5	10,5
Kreislauf-/Durch- blutungsstörungen	40,6	30,4	36,9	16,0	10,4	14,1
Bluthochdruck	9,3	12,2	10,3	8,1	7,0	7,7
Herz/Kreislaufstörun- gen insgesamt ³	47,9	39,1	44,7	24,7	17,6	22,2
Verdauungs / Magenbe- schwerden	32,0	26,2	30,0	18,0	13,5	16,4
Migräne	31,7	24,4	29,1	14,9	8,4	12,6
Knochenbrüche/ Prellun- gen	17,6***	9,7***	14,8***	22,3**	15,9**	20,1***
Blasen/ Nierenerkrankun- gen	22,2**	17,5**	18,5***	5,5	4,9	5,3***
Augenerkrankungen	15,7	18,9	16,8	10,4	13,1	11,4
Psychische Erkrankungen	11,3	7,2	9,8	6,1	3,5	5,2
Gelenkerkrankungen	8,2***	3,8***	6,6	6,9	4,0	5,9
Starkes Untergewicht	4,0	5,5	4,6	4,9	3,7	4,5
Starkes Übergewicht	5,3	7,6	6,2	4,7	3,8	4,4
Leber / Gallebeschwerden	2,4	3,4		2,6	3,7	

* p≤0.05, ** p≤.01, *** p≤.001

² Unter Allergien insgesamt wurden zusammengefaßt: Allergischer Hautausschlag/Ekzem, Neurodermitis, Heuschnupfen sowie sonstige Allergien.

³ Unter Herz-Kreislaufstörungen wurden zusammengefaßt: Herzschmerzen, Kreislauf- und Durchblutungsstörungen, Bluthochdruck.

Auch bei den Einzelerkrankungen haben **Migrantinnen und Migranten** durchwegs **niedrigere gesundheitliche Belastungen**. (vgl. Tab. 5). Die höheren Werte bei einigen Erkrankungen, wie beispielsweise Leber / Gallebeschwerden, starkes Über- bzw. Untergewicht, sowie bei Augenerkrankungen sind nur gering (und, wenn überhaupt, auf dem 5% Niveau signifikant; vgl. Tab. 5).

- Innerhalb der MigrantInnen gibt es nur bei zwei Einzelerkrankungen einen signifikanten Unterschied nach der Dauer des Aufenthaltes - bei der Neurodermitis (21,3% die seit Geburt immer in Deutschland gelebt haben zu 13,9% mehrmals gewechselt) und bei Übergewicht (7% seit Geburt in Deutschland zu 3,8% mehrmals gewechselt).

Zusammenfassend läßt sich die These einer höheren gesundheitlichen Belastung von MigrantInnen für den Bereich der Erkrankungen nicht bestätigen.

- Ein größerer Anteil der MigrantInnen gibt an, in den letzten 12 Monaten gar nicht erkrankt zu sein.
- Ebenso sind die durchschnittlich angegebenen Erkrankungen bei weiblichen wie männlichen MigrantInnen niedriger. Auch bei den Einzelerkrankungen zeigt sich diese Tendenz. Es gibt nur wenige Erkrankungen, bei denen der Anteil erkrankter MigrantInnen etwas höher ist.
- Allerdings zeigt sich die Tendenz, daß MigrantInnen, die seit ihrer Geburt immer in Deutschland gelebt haben, durchschnittlich mehr Erkrankungen haben als jene, die einmal bzw. mehrmals ihren „Heimatort“ gewechselt haben.

3.2 Psychosomatische Streßbeschwerden

Psychosomatische Beschwerden stellen eine Gruppe von körperlichen Gesundheitsbeeinträchtigungen dar, die nicht durch physische/organische Schädigungen hervorgerufen werden, sich jedoch in ihren chronischen Verlaufsvarianten als organische Erkrankungen verselbständigen und manifestieren können (vgl. Holler-Nowitzki 1994, S.23). Nach einem sozialökologischen Gesundheitskonzept können sie als physische Streßreaktionen auf psychosoziale Spannungen aufgefaßt werden, denen wiederum zumeist soziale Konflikte zugrunde liegen. In der Jugendgesundheitsforschung gibt es eine Reihe von Befunden, die die Bedeutung dieser Beschwerden für das Jugendalter betonen. Für MigrantInnen (Kinder und Jugendliche) wird dabei in der Forschungsliteratur allgemein angenommen, daß sie aufgrund von „Migrationsstreß“ mehr Beschwerden haben als Deutsche. BerufsschülerInnen nennen eine große Anzahl verschiedener psychosomatischer Streßbeschwerden

Die Häufigkeit der Beschwerden kann als Indikator für das Ausmaß gesundheitlicher Beeinträchtigung aufgefaßt werden. Diese psychosomatischen Streßbelastungen (Beschwerden) wurden anhand einer Beschwerdeliste erhoben.⁴ Ergänzt wurde diese Beschwerdeliste

⁴ Die von uns verwendete „Symptom-Checkliste“ wurde von der Bielefelder Jugendstudie übernommen (vgl. Holler-Nowitzki 1994, Engel, Hurrelmann, 1989) und ergänzt durch einige Items aus der Biogramm-Jugendstudie. Engel et al. haben die Beschwerdeliste aus der 22-Item-Mental Health-Skala, die in der mittlerweile als klassisch zu bezeichnenden Midtown-Manhattan-Studie verwendet wurde, abgeleitet. Sie wur-

noch durch den Komplex „Schmerzen“, da diese in der Literatur als „migrationsspezifische“ Beschwerden angegeben werden. Die BerufsschülerInnen konnten auf einer fünfstufigen Skala ankreuzen, wie häufig in den letzten zwölf Monaten die genannten Beschwerden aufgetreten sind. In die folgenden Berechnungen wurden Beschwerden dann aufgenommen, wenn sie als **ziemlich häufig bzw. sehr häufig** auftretend angegeben wurden.

Über zwei Drittel der BerufsschülerInnen gaben an, mindestens eines der genannten psychosomatischen Streßsymptome ziemlich häufig bzw. sehr häufig zu haben.

- **Knapp 30%** der befragten BerufsschülerInnen nannten **keine** der angeführten Beschwerden,
- etwa jeweils **ein Viertel** nannte **1-2 bzw. 3-6 Beschwerden**.
- und **sieben und mehr Beschwerden** gab ebenfalls knapp ein **Viertel** der befragten BerufsschülerInnen an.⁵

Frauen nennen deutlich mehr psychosomatische Streßbeschwerden

Wie aus den Ergebnissen anderer Studien erwartet, nennen die jungen Frauen deutlich mehr Beschwerden, durchschnittlich 5,1 zu 2,0 bei den jungen Männern.

So ist beispielsweise auch die Quote derjenigen, die keine Beschwerden angeben, bei den **Frauen dreimal niedriger** als bei den jungen Männern. Diese Unterschiede gelten für Deutsche wie für MigrantInnen.⁶

MigrantInnen nennen nicht mehr psychosomatische Streßbeschwerden als deutsche BerufsschülerInnen

Bei der durchschnittlichen Beschwerdebhäufigkeit gibt es **keinen Unterschied** zwischen Deutschen und MigrantInnen insgesamt, weder bei den Frauen (\bar{x} 5,1) noch bei den Männern (\bar{x} 2,0). Allerdings ist bei den MigrantInnen sowohl der Anteil derjenigen, die keine Beschwerden genannt haben, als auch der Anteil derer, die 11 und mehr Beschwerden angegeben haben, größer (vgl. Tab. 6).

Aber auch hier steigt beispielsweise bei den weiblichen Migranten, die seit Geburt **immer hier gelebt** haben, die durchschnittliche Beschwerdezahl auf 6,1 und ist damit höher als bei den deutschen Frauen.

de als Index „psychophysiologischer Symptome“ nach Gurin, Veroff, und Feld, 1960 modifiziert (vgl. Holler-Nowitzki, 1994, S.140). “Die verwandte Begrifflichkeit knüpft dabei an das klinische Krankheitsbild des allgemeinen psychosomatischen Syndroms an, das sich als „körperliche Beschwerden“ ohne organisches Substrat dadurch auszeichnet, daß eine organische Verursachung ausgeschlossen wird, ein subjektives gesundheitliches Leiden bzw. gesundheitliche Beeinträchtigungen als körperliche Beschwerden zum Ausdruck gebracht werden und schließlich psycho-soziale Konflikte als Verursachung angenommen werden.“ (ebd. S. 218)

⁵ Verglichen mit der Repräsentativstudie (Infratest) handelt es sich bei den BerufsschülerInnen um eine Gruppe Jugendlicher, die deutlich mehr Beschwerden angibt.

⁶ Deutsche . $p \leq 0.001$, corr. -.403, MigrantInnen . $p \leq 0.001$.corr. -.366)

Darüber hinaus zeigen sich auch Differenzen nach der Nationalität. Bei den Frauen haben die niedrigste durchschnittliche Beschwerderate Frauen aus außereuropäischen Ländern, aus Bosnien und Griechenland, die höchste haben Kroatinnen, Türkinnen und Frauen aus anderen europäischen Ländern. Bei den Männern haben die Bosnier die niedrigsten Werte, Türken, Griechen und junge Männer außerhalb Europas höhere.

Tabelle 6: Relative Häufigkeit des Auftretens einer Beschwerde in den letzten 12 Monaten (Angaben in %).

Anzahl Beschwerden (häufig bzw. sehr häufig)	Frauen***			Männer		
	Deutsche	Migrantinnen	Gesamt	Deutsche	Migranten	Gesamt
Keine Beschwerden	15,1	19,3	16,6	48,3	47,7	48,1
1-2 Beschwerden	20,7	19,9	20,4	25,4	25,9	25,6
3-6 Beschwerden	30,7	26,4	29,2	17,7	17,7	17,7
7-10 Beschwerden	20,7	18,4	19,9	5,5	5,0	5,3
11 und mehr	12,9	15,9	13,9	3,1	3,6	3,3
Gesamt (N)	1936	1063	2999	1218	637	1855

p≤0.05, ** p≤.01, *** p≤.001

Einzelbeschwerden: Kreislaufbeschwerden, Verspannungen und psycho-vegetative Beschwerden

Die Einzelbeschwerden wurden, mittels einer Faktorenanalyse, zu fünf Beschwerdegruppen zusammengefaßt.

- **Psycho-Vegetative Beschwerden:** Nervosität, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen, Alpträume, Schweißausbrüche, Hände zittern, Herzklopfen.
- **Kreislaufstörungen:** Kreislaufbeschwerden, Schwindelgefühl, Frieren, Kopfschmerzen.
- **Verdauungsbeschwerden:** Magenbeschwerden, Durchfall, Verstopfung.
- **Verspannungen:** Erschöpfung, Rücken- oder Kreuzschmerzen, Nacken- oder Schulterschmerzen.
- **Schmerzen:** Schmerzen im ganzen Körper, im Brustkorb, Hals und Brust zgedrückt, Schmerzen im Beckenraum, Schmerzen in einer Körperhälfte, Atembeschwerden.

Tabelle 7: Beschwerden (ziemlich häufig/sehr häufig) nach Geschlecht und Status (Angaben in %, N=5231)

Beschwerdegruppen	Frauen***			Männer		
	Deutsche	Migrantinnen	Gesamt	Deutsche	Migranten	Gesamt
Kreislaufbeschwerden	62,6	52,4***	58,8	21,8	21,6	21,7
Psycho- Vegetative Beschwerden	54,6	58,7	56,1	31,6	32,7	32,0
Verspannungen	58,7	53,3**	56,7	32,3	34,1	32,9
Verdauungsstörungen	22,9	23,6	23,2	8,4	10,6	9,2
Schmerzen	23,4	30,3***	25,9	10,4	14,3**	11,7

* p≤.05, ** p≤.01, *** p≤.001

Über alle Beschwerdegruppen ergeben sich (signifikante) **geschlechtsspezifische Unterschiede**. Sowohl die deutschen Frauen als auch die Migrantinnen (vgl. Tab.7) nennen Kreislaufbeschwerden und Verdauungsbeschwerden **fast dreimal so häufig**, psychovegetative Beschwerden, Verspannungen und Schmerzen **fast zweimal so oft** wie die Männer.

MigrantInnen nennen mehr „Schmerzen“

Migrantinnen geben signifikant weniger Kreislaufbeschwerden und Verspannungen, aber signifikant mehr Schmerzen an. In dieser Beschwerdegruppe sind auch etwas mehr Migranten vertreten. Bei der Beschwerdegruppe der Schmerzen ergeben sich bei den Frauen signifikante Unterschiede nach der Nationalität. Türkinnen benennen „Schmerzen“ am häufigsten (40,3%), Griechinnen am wenigsten (17,3%, p≤.001).

Auch bei diesen Beschwerdegruppen zeigt sich (bis auf die Verdauungsstörungen) die Tendenz, daß die Häufigkeit der Beschwerden bei denen, die seit Geburt in Deutschland leben höher sind als bei denjenigen, die den „Heimatort“ gewechselt haben.

Betrachtet man die einzelnen Beschwerden nach der Häufigkeit, so stehen bei allen Gruppen, - Deutschen wie MigrantInnen, Frauen wie Männer - **Erschöpfung/Ermüdung und Kreuz- bzw. Rückenschmerzen** an den ersten beiden Stellen einer Rangskala.

Zusammenfassend zeigen diese Ergebnisse, daß der „Status der Migration“ als solcher zumindest bei der Gruppe der BerufsschülerInnen nicht zu einer erhöhten Beschwerdezahl führt. Die These einer erhöhten Morbiditätsrate bei den psychosomatischen Streßbeschwerden trifft in dieser Allgemeinheit nicht zu.

Bei den Einzelbeschwerden bzw. bei den Beschwerdegruppen zeigen sich nur bei den „Schmerzen“ höhere Werte bei den MigrantInnen. Unspezifische Schmerzen in verschiedenen Körperregionen werden, wie auch in der Literatur thematisiert, bei den ausländischen BerufsschülerInnen häufiger zum Ausdruck gebracht (allerdings von jenen am meisten, die seit der Geburt in Deutschland leben). Türkinnen nennen hier am häufigsten Beschwerden.

Insgesamt zeigt sich, daß **vor allem die jungen Frauen**, deutlich mehr psychosomatische Streßbeschwerden wahrnehmen und benennen. Dies gilt gleichermaßen für deutsche wie ausländische Berufsschülerinnen. Die gezeigten Unterschiede in der Häufigkeit und Art der Beschwerden zwischen Geschlecht sowie Nationalität verweisen auf eine geschlechtsspezifische und kulturell bedingte Wahrnehmung und Mitteilung von Körperbeschwerden. Zusätzlich muß die höhere Beschwerdezahl der Gruppe von MigrantInnen, die seit der Geburt in Deutschland leben, auch als Folge sozialer Differenzierungsprozesse bei der Integration interpretiert werden.

3.3 Psychische (emotionale) Belastung

Im folgenden geht es um eine Einschätzung, in welchem Ausmaß sich Jugendliche als psychisch belastet empfinden. Zur psychischen Belastung kommt es vor allem dann, wenn die Bewältigungskompetenzen der Jugendlichen nicht ausreichen, um mit den Bedingungen des Aufwachsens zurechtzukommen. Im Mittelpunkt stehen Gefühle des Versagens, der Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Gefühle des Angespanntseins, des Alleingelassenseins ebenso wie zukunftsbezogene Angstgefühle und Konzentrationsschwierigkeiten. Diese Gefühle nennt Frank (1973) **Demoralisierung**. In der Demoralisierung drücken sich nicht im eigentlichen Sinne psychische/psychiatrische Erkrankungen aus, aber der Grad der Demoralisierung ist ein wichtiger Indikator für den (emotionalen) Streß in der Bevölkerung und ein wesentlicher Anhaltspunkt für die Nachfrage bzw. den Bedarf an professioneller Hilfe (vgl. Frank 1973, S.278). Erhoben wurde der Grad der Demoralisierung mit der von Dohrenwend et al. (1980) entwickelten, 27 Items umfassenden, PERI Skala.

BerufsschülerInnen sind im Vergleich zu Jugendlichen aus einer Repräsentativerhebung deutlich mehr demoralisiert.

Gemessen an den Quartilen einer Repräsentativerhebung⁷ ist der Anteil derer, die als stark demoralisiert gelten müssen, bei den BerufsschülerInnen um 15% höher.

⁷ Diese Studie wurde von Infratest im Rahmen des Münchner Forschungsverbundes Public-Health durchgeführt (N=819).

Tab. 8: Emotionaler Streß im Vergleich zur Repräsentativgruppe (gemessen an den Quartilen der Repräsentativerhebung, Angaben in %)

Emotionaler Streß (Quartile der Repräsentativerhebung)	BerufsschülerInnen	Repräsentativerhebung
Keiner bzw. wenig (0-12)	19,2	24,9
Geringer (13-19)	17,1	25,2
Stärker (20-31)	24,3	25,4
Starker (=>31)	39,4	24,5
Gesamt (N)	4693	1033

In Bezug auf die Demoralisierung zeigen sich deutliche **geschlechtsspezifische und migrationspezifische** Unterschiede.

- Deutlich **mehr Frauen und mehr MigrantInnen** haben starken emotionalen Streß (=>31). (Frauen: 41,8% deutsch zu 56,8% Migrantinnen; Männer: 23,4% deutsch zu 35,2% Migranten).
- Vergleicht man die Gesamtmittelwerte der Demoralisierung ergeben sich signifikante Unterschiede zwischen **verschiedenen Nationalitäten**. Bei den Frauen haben die **Türkinnen** die **höchsten** Werte, gefolgt von Frauen aus anderen europäischen und außereuropäischen Ländern. Die **niedrigsten** Werte haben die **deutschen Frauen**, gefolgt von Frauen aus anderen EU Ländern. **Bei den Männern haben die höchsten** Werte **Männer aus außereuropäischen Ländern, gefolgt von Türken. Auch bei den Männern haben die Deutschen die niedrigsten Werte vor den Kroaten.**

BerufsschülerInnen stehen unter emotionalen Streß – Niedergeschlagenheit, Gefühle der Hilf- und Hoffnungslosigkeit und Zukunftsangst

Faßt man die insgesamt 27 Items⁸ der Demoralisationsskala von Dohrenwend et al. (1980) zu Bereichen zusammen, so zeigt sich, daß die BerufsschülerInnen vor allem unter Niedergeschlagenheit, Gefühlen der Hilf- und Hoffnungslosigkeit und Zukunftsängsten leiden

An der nachfolgenden Tabelle zeigt sich noch einmal, daß **Frauen demoralisierter** sind als Männer und daß **MigrantInnen** (Frauen und Männer) demoralisierter sind als deutsche BerufsschülerInnen.

⁸ In der Repräsentativstudie wurde auf 20 Items zurückgegriffen, so daß sich die Vergleiche auf die „Kurzform“ beziehen.

Tabelle 9: Einzeldimensionen der Demoralisierung (Angaben in %)

Demoralisierung	Frauen***			Männer		
	Deutsche	Migrantinnen	Gesamt (N)	Deutsche	Migranten	Gesamt (N)
Neg. Selbsteinschätzung	22,6	24,8	3260	15,0	17,7	2068
Gefühl der Hilfs- Hoff- nungslosigkeit	23,0	33,5***	3211	10,7	18,5***	2038
Gefühle von Dauerstreß	18,3	28,5***	3226	12,6	16,7*	2042
Gefühl der Niederge- schlagenheit	42,7	52,0***	3241	26,8	31,3*	2048
Zukunftssorgen	34,2	47,7***	3252	24,9	34,4***	2054

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Bezüglich der einzelnen Dimensionen der Demoralisierung ergibt sich nur ein (signifikanter) Unterschied bezüglich der **Nationalität** bei den Frauen. **Türkinnen** und Frauen, die aus **Ländern außerhalb Europas** kommen, geben deutlich häufiger an, daß sie unter **Dauerstreß** leiden. Bei den Türkinnen sind dies 40,6%, bei den Frauen außerhalb von Europa 35,4%.

Die **Dauer des Aufenthaltes** bzw. der **permanente Verbleib** in Deutschland spielen bei der Höhe der Demoralisierung **keine Rolle**.

In der Jugendforschung wird die Bedeutung alltäglicher Belastungen in den verschiedenen Lebensbereichen Jugendlicher für die Entstehung gesundheitlicher Beeinträchtigungen (psychosomatische Beschwerden, Krankheiten und emotionaler, psychischer Streß) betont (vgl. beispielsweise Seiffge-Krenke 1995). Für diese Altersgruppe wird auf eine Vielfalt von Belastungsfaktoren hingewiesen, die mit täglichen Auseinandersetzung in Familie, Schule, Ausbildung oder auch mit der Gruppe der Gleichaltrigen zusammenhängen (vgl. Kolip et al. 1995, Höfer, 1999). Bei den BerufsschülerInnen kommen als Anforderungen der Übergang von Schule in den Beruf und die Aufgabe der Entwicklung einer beruflichen Identität hinzu.

In unserer Untersuchung zeigt sich dieser Zusammenhang zwischen Alltagsbelastungen und psychischem Streß in einem Ansteigen der Demoralisierungswerte je mehr Lebensbereiche von den BerufsschülerInnen als belastend eingeschätzt werden.

Tab. 10: Belastete Lebensbereiche und der Grad der Demoralisierung (GDM, N=3732)

Belastungen	in keinem der Lebensbereiche	in einem Lebensbereich	in zwei Lebensbereichen	in drei Lebensbereichen	in vier Lebensbereichen
Grad der Demoralisierung (GDM)	27,8	33,3	42,9	50,8	62,3

Zusammenfassend kann man für die Gruppe der BerufsschülerInnen aufgrund dem insgesamt deutlich höheren Grad der Demoralisierung feststellen, daß offensichtlich der Übergang von Schule in Beruf an die Jugendlichen Anforderungen stellt, denen sie nicht gleichermaßen gewachsen sind. Gerade die derzeitige Ausbildungs- und Berufssituation in Deutschland und die damit verbundenen Unsicherheiten verstärken bei den BerufsschülerInnen offensichtlich Zukunftsängste, Gefühle der Hilflosigkeit und Dauerstreß.

Die MigrantInnen unterscheiden sich im Grad der Demoralisierung noch einmal deutlich von den deutschen BerufsschülerInnen. Sie äußerten, bei einer annähernd gleichen eher positiven Selbsteinschätzung, deutlich mehr Zukunftssorgen und Gefühle der Hoffnungs- und Hilflosigkeit.

Der unterschiedliche Grad der Demoralisierung zwischen den verschiedenen Nationalitäten verweist auf kulturelle Unterschiede, die auch in der Religionszugehörigkeit und der damit verbundenen größeren „familialen Kontrolle“ angenommen werden können. Durch die stärkere Dominanz der Eltern können, so unsere These, gerade die in der Ausbildung heute allgemein geforderten Tugenden wie Selbständigkeit, Eigenverantwortung und Ambiguitätstoleranz deutlich weniger eingeübt und gelernt werden, Tugenden, die zur Bewältigung von (schulischen, beruflichen) Anforderungen beitragen. Fehlen diese kommt es zu emotionalem Streß, der die Bewältigung der Anforderungen schwieriger werden läßt. „Depressivität, also Gefühle der Einsamkeit, Verzweiflung, Hilf- und Hoffnungslosigkeit tragen am stärksten zu einem passiven und evasiv-vermeidenden Verhalten bei“ (wie Bründel et al. 1995, S.310). feststellen.

Zum weiteren sind die beruflichen Perspektiven für MigrantInnen noch einmal deutlich schlechter als für deutsche BerufsschülerInnen, egal welchen Schulabschluß sie erreicht haben (vgl. Granato 1994, oder Bericht der Süddeutschen Zeitung vom 5.8.99, nach dem jeder dritte ausländische Jugendliche über keine abgeschlossene Berufsausbildung verfügt).

Diese vielfältigen Belastungsfaktoren können sich gegenseitig verstärken und zu einer Dauerbelastung, zu psychischem Streß werden, der dann zu gesundheitlicher Beeinträchtigung führt. Inwieweit alltägliche Belastungen zu 'produktiven oder zu negativen' Streß werden hängt aber auch wesentlich von den (Bewältigungs-) Ressourcen bzw. den Handlungskompetenzen und den sozialen Bedingungen der Jugendlichen ab, wie die Ergebnisse der Belastungs/Bewältigungsforschung verdeutlichen.

3.4. Das Kohärenzgefühl – eine Widerstandsressource?

In der Gesundheitsforschung hat sich das Kohärenzgefühl als eine wesentliche Ressource für Gesundheit, auch bei Jugendlichen, bewiesen (vgl. Höfer 1999, Bengel et al. 1998). Das Kohärenzgefühl ist definiert als subjektives Gefühl, daß

- die Ereignisse, Anforderungen der inneren und äußeren Welt strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind. Das meint, daß sich jemand nicht den Dingen ausgeliefert fühlt, daß die Dinge nicht nur zufällig passieren sondern eingeordnet werden können.
- die Ressourcen verfügbar sind, die man dazu braucht, um den gestellten Anforderungen gerecht zu werden (manageability). Dies meint das Gefühl, daß man an sich und seine Fähigkeiten glaubt Lösungen zu finden, aber auch mögliches Scheitern mit einzubeziehen.
- Und daß diese Anforderungen es wert sind sich dafür anzustrengen und zu engagieren, d.h. daß Jugendliche für sich in ihrem Leben einen persönlichen Sinn sehen, der sie motiviert Dinge zu tun, zu planen und auch Wünsche und Zukunftsvorstellungen zu entwickeln.

Analysen verdeutlichen die herausgehobene Stellung des Kohärenzgefühls für die psychische und psychosomatische Gesundheit. Das Kohärenzgefühl erweist sich als wichtige intermediäre Variable im Zusammenhang zwischen dem Grad der Belastungen aus der Lebenswelt und den psychosomatischen Streßbeschwerden. Zum einen weisen Jugendliche, die keine Belastungen haben die höchsten Kohärenzwerte auf, jene die in allen Lebensbereichen Belastungen nennen, die niedrigsten Werte. Zum anderen senkt aber ein hohes Kohärenzgefühl bei jeder Belastungsgrad den Mittelwert der psychosomatischen Streßsymptome.

Tab.11: Zusammenhang zwischen Belastungen aus den Lebensbereichen, Kohärenzgefühl und psychosomatischen Streßbeschwerden (N= 4088, Mittelwerte)

Kohärenzgefühl (Quartile)	Belastungen in den Lebensbereichen			
	in keinem	in einem	in zwei	in drei und mehr
sehr niedrig (13-48)		43,9	43,4	51,5
niedrig (49-56)	33,6	32,6	36,5	38,0
höher (57-65)	27,1	27,1	30,8	31,2
sehr hoch (>66)	18,8	19,3	20,2	15,2

Das Kohärenzgefühl erweist sich ebenso im Rahmen von CAD Analysen zur Erklärung von psychosomatischen Streßsymptomen als die wichtigste Prädiktorvariable. Je höher das Kohärenzgefühl, desto weniger Beschwerden werden angegeben.

Für **Frauen** sind weitere wichtige gesundheitsfördernde Ressourcen: der Grad der sozialen Integration am Arbeitsplatz und in der Familie, die Zufriedenheit mit dem Wohnort, die Zufriedenheit mit der finanziellen Situation sowie der Status der Migration.

Bei den **Männern** der Grad der sozialen Integration in der Familie, die Zufriedenheit mit der finanziellen Situation, die Zufriedenheit mit dem Wohnort sowie der Grad der sozialen Integration in der Schule.

Die Gruppe mit der **höchsten** Beschwerdezahl (71,5% nennen mehr als 7 Beschwerden, N=197) bilden **junge Frauen**, die ein sehr niedriges Kohärenzgefühl (erstes Quartil) haben und die sich am Arbeitsplatz nicht bzw. wenig integriert fühlen.

Die Gruppe mit der **niedrigsten** Beschwerdezahl (0,3% nennen mehr als 7 Beschwerden, N=328) bilden **junge Männer** mit einem sehr guten Kohärenzgefühl (viertes Quartil), die sich an ihrem Wohnort wohl fühlen und die sich in der Schule sozial integriert fühlen.

Frauen (deutsche und MigrantInnen) haben durchschnittlich ein etwas geringeres Kohärenzgefühl als Männer (55,78 zu 59,74), ebenso wie MigrantInnen, Frauen wie Männer, (58,41 deutsche und 55,39 MigrantInnen). Bei den Frauen haben die Türkinnen insgesamt das niedrigste Kohärenzgefühl (50,88), bei den Männern die Griechen (55,32).

Insgesamt zeigen die Analysen eine klare positive Auswirkung des Kohärenzgefühls auf die Indikatoren des Gesundheitsstatus. Dieses Gefühl der Kohärenz beinhaltet die persönliche Überzeugung, daß Anforderungen bewältigt werden können, daß die Dinge, die sich ereignen verstanden werden können, nicht zufällig geschehen und, daß das Leben sinnvoll ist und es sich lohnt, sich für persönliche Ziele und Wünsche einzusetzen und sich anzustrengen, diese auch zu erreichen.

3.5. Hilfesuchverhalten und Inanspruchnahme von Ärzten

Bezogen auf das Inanspruchnahmeverhalten lassen sich die Erkenntnisse, die für die erste Generation von MigrantInnen gewonnen wurden (vgl. z.B. Kentenich), für die befragten Jugendlichen nicht ohne weiteres bestätigen. Es zeigt sich grundsätzlich, daß die Gruppe der MigrantInnen sehr heterogen ist und nicht als Einheit beschrieben werden kann. Darüber hinaus sind die Geschlechtsunterschiede oft deutlicher als die migrations- bzw. kulturspezifischen Unterschiede.

Insgesamt kann man festhalten

- daß MigrantInnen seltener zur ÄrztIn gehen als Migrantinnen und als Deutsche insgesamt – außer zum Orthopäden und zum Neurologen/Psychiater. Dies entspricht der Tendenz, daß MigrantInnen weniger Erkrankungen angegeben haben.
- Sind MigrantInnen krank, gehen sie aber häufiger zum Arzt als Deutsche.
- Migrantinnen gehen wesentlich seltener zum Gynäkologen als deutsche Frauen. Differenziert man diese Gruppe genauer, stellt sich heraus, daß v.a. MigrantInnen, die erst seit kurzem in der BRD sind, die FrauenÄrztIn meiden. Nach Nationalitäten betrachtet sind es die Türkinnen, Jugoslawinnen und Bosnierinnen, die überproportional häufig noch nie beim Frauenarzt waren.
- MigrantInnen suchen häufiger die Krankenhausambulanzen auf, wenn auch auf insgesamt niedrigem Niveau.
- Auch stationäre Krankenhausaufenthalte sind bei MigrantInnen häufiger als bei Deutschen.

Die Nationalität des Arztes/der Ärztin spielt bei der Zufriedenheit mit dem Arztbesuch keine Rolle. Die überwältigende Mehrheit der Jugendlichen ist sehr zufrieden mit der ärztlichen Behandlung und Beratung. Die männlichen Migranten sind mit der ärztlichen Beratung und Behandlung am wenigsten zufrieden.

Wegen allgemeiner Probleme wenden sich die Jugendlichen vor allem an ihr privates Umfeld: Freunde, Eltern und andere Verwandte sind die Hauptansprechpartner. Dies gilt für MigrantInnen beiderlei Geschlechts ebenso wie bei den deutschen. Hier zeigt sich allerdings ein deutlicher Geschlechtsunterschied: vor allem die Frauen besprechen ihre Probleme. Je höher die Lebensbereichsbelastungen sind, desto eher werden auch professionelle Beratungsstellen und Institutionen aufgesucht.

4. Schlußbemerkung

Der vorliegende Ergebnisbericht zeichnet ein erstes Bild der vielschichtigen Problematik. Zum einen konnten überhaupt Daten zur Lebenslage und Lebenssituation sowie zum Gesundheitsstatus und Inanspruchnahmeverhalten von jugendlichen MigrantInnen gewonnen werden. Weitergehende Analysen der Daten vermitteln den hohen Stellenwert interkultureller Unterschiede. „Die“ AusländerInnen gibt es nicht. Wie etwa Siefen et. al. (1996) in ihrer Untersuchung von Körperbeschwerden bei griechischen Migranten – und deutschen Aussiedlerkindern und –jugendlichen festgestellt haben, spielen Nationalitäts- und Migrationseffekte sowie Geschlechtszugehörigkeit eine Rolle.

Unsere Ergebnisse legen die Vermutung nahe, daß sich diese Einflußgrößen noch ergänzen lassen durch die Aufenthaltsdauer und damit verbundene generationsspezifische Unterschiede. So zeigt sich sowohl im Risikoverhalten als auch bei den körperlichen Beschwerden ein Angleichungsprozeß an deutsche Jugendliche bei den MigrantInnen, die in Deutschland geboren sind bzw. seit längerem hier leben. Diese Unterschiede zeigen sich aber nicht beim psychischen Streß. Das kann als Anzeichen dafür gewertet werden, daß der spezifische Migrationsstreß vor allem durch soziale und strukturelle Benachteiligungen wirkt. Jugendliche MigrantInnen haben – wie sich gezeigt hat – vielfach die schlechteren Ausbildungsplätze, größere Arbeits- und Familienbelastungen und höhere Zukunftsängste.

Folgende Tendenzen deuten sich an:

- Die Gruppe der BerufsschülerInnen gehört – im Vergleich zur Repräsentativerhebung von Infratest – zu den besonders belasteten Jugendlichen. Vor allem in bezug auf den psychischen Streß unterscheiden sich die BerufsschülerInnen von der Repräsentativgruppe durch eine schwach besetzte Mittelkategorie. Die BerufsschülerInnen teilen sich ein in eine große Gruppe hoch demoralisierter Jugendlicher und eine große Gruppe nicht demoralisierter Jugendlicher.
- Bezüglich des Risikoverhaltens fallen die BerufsschülerInnen besonders durch ihren Zigarettenkonsum auf. Der Konsum von illegalen Drogen liegt dagegen im unteren Bereich.

- Innerhalb der Gruppe der BerufsschülerInnen stellen die MigrantInnen keine besondere Risikogruppe dar.
- Innerhalb der MigrantInnen zeigen sich Unterscheidungen nach Nationalitäten immer dann besonders, wenn damit auch Unterscheidungen nach Religionszugehörigkeit verbunden sind. So sind v.a. in den Bereichen Familienbelastungen, psychischer Streß und Risikoverhalten die Jugendlichen islamischer Religionszugehörigkeit als eigene Gruppe zu behandeln.
- Eine weitere wesentliche Unterscheidung ist neben dem Geschlecht nach der Aufenthaltsdauer in Deutschland zu treffen. Die Jugendlichen, die in Deutschland geboren und aufgewachsen sind, leben wesentlich stärker zwischen den Kulturen als die Jugendlichen, die später zugewandert sind. Jugendliche, die in Deutschland geboren und sozialisiert wurden, erleben beispielsweise ihre Familientraditionen als belastend, wenn sie von den deutschen Werten abweichen. Dies zeigt sich besonders im Wertepaar Autonomie versus Kontrolle.

Literatur

- Bengel et. al. (1998). Was erhält Menschen gesund? Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd. 6, Köln, BZgA.
- Biogramm-Erhebung (1995). Jugend und Gesundheit in München. Infratest Gesundheitsforschung.
- Bründel, H./Hurrelmann, K. (1995). Akkulturation und Minoritäten. In: Trommsdorf, G. (Hg.). Kindheit und Jugend in verschiedenen Kulturen. Weinheim/München, Juventa, S. 293-313.
- Bundesbeauftragte für Ausländerfragen (1997). Bericht der Bundesbeauftragten für Ausländerfragen von 12/97.
- Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Ausländer (1995b). Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Ausländer über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Unterrichtung durch die Bundesregierung, Deutscher Bundestag, 13. Wahlperiode (Bd. Drucksache 13/3140).
- Dohrenwend, B P., Levav, I., Shrout, P. E. (1980). Screening scales from the Psychiatric Epidemiology Research Interview (PERI). Unpublished manuscript.
- Frank, J. D. (1973). Persuasion and healing. Baltimore: The John Hopkins Press.
- Granato, Mona (1994). Hochmotiviert und abgebremst, Bielefeld.
Häfner, H./Moschel, G./Özek, M. (1977). Psychische Störungen bei türkischen Gastarbeitern. Eine prospektiv-epidemiologische Untersuchung auf Einwanderung und partielle Anpassung. In Nervenarzt 48 (S.268-275).
- Höfer, R. (1999). Jugendgesundheit und Identität. Studien zum Kohärenzgefühl. Opladen: Leske & Budrich (im Erscheinen).
- Holler-Nowitzki, B. (1994). Psychosomatische Beschwerden im Jugendalter. Weinheim

- und München: Juventa.
- Jerusalem, M. (1988). Selbstwert, Ängstlichkeit und Sozialklima von jugendlichen Migranten. In *Zeitschrift für Sozialpsychologie* (Bd. 19 (1), S. 53-62).
- Jerusalem, M. (1992). Akkulturationsstress und psychosoziale Befindlichkeit jugendlicher Ausländer. In *Report Psychologie* (Bd. 17, S. 16-25).
- Kalaclar, R. (1993). "Meine Welt sprang aus dem Gleis" Türkische Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. Belastungen - Leiden - Chancen. München: Dissertation.
- Kentenich, H., Reeg, P., & Wehkamp, K.H. (1990)(Hrsg.). *Zwischen zwei Kulturen. Was macht Ausländer krank?* Frankfurt: Mabuse.
- Kolip, P., Hurrelmann, K., Schnabel, P. E. (1995). *Jugend und Gesundheit*. Weinheim und München: Juventa.
- Link, B., Dohrenwendt, B. P. (1980). Formulation of hypothesis about the true prevalence of demoralisation in the United States. In: Dohrenwendt, B. P., Snell, B., Dohrenwendt, M. (Hg.).
- Mansel, J., & Hurrelmann, K. (1993). Psychosoziale Befindlichkeit junger Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. *Soziale Probleme*, 4, 167-192.
- Özelsel, M. M. (1990). *Gesundheit und Migration*. München: Profil Verlag GmbH.
- Seiffge-Krenke, I. (1995). Psychische Störungen im Jugendalter. In: Kolip et.al. aaO
- Siefen, G. & Brähler, E. (1996). Körperbeschwerden bei griechischen Migranten- und deutschen Aussiedlerkindern und Jugendlichen. In *psychosozial*, 19 (1), 29-36.
- Zimmermann, E. (1984). Macht Fremde krank? Gesundheitsrisiken und medizinische Versorgung ausländischer Kinder. In Andreas Geiger, & Franz Hamburger (Hrsg.), *Krankheit in der Fremde* (S. 69-80). Berlin: Express-Edition.
- Zimmermann, E. (1990). Sozialmedizinische Probleme in der Versorgung ausländischer Patienten. In Kentenich et.al. aaO.

Publikationen

- Höfer, R. (1999). *Jugend, Gesundheit und Identität. Studien zum Kohärenzgefühl*. Opladen: Leske & Budrich (im Erscheinen).
- Höfer, Renate/Dill, Helga/Keupp, Heiner (1999). *Kohärenzgefühl als Widerstandsressource. Warum bleiben benachteiligte Jugendliche gesund? Gemeinsame Veröffentlichung der Forschungsverbände – im Erscheinen.*
- Keupp, Heiner (1997). *Ermutung zum aufrechten Gang*. Tübingen. DGVT Verlag.
- Keupp, Heiner/Höfer, Renate Hg. (1997). *Identitätsarbeit heute*. Frankfurt. Suhrkamp.