



**Vera Vogt-Witkowski**

# **Heimerziehung - Ein Einsatzort für Pflegende?**

Eine qualitative Interviewstudie zur Identifikation von Hauptindikatoren für den beruflichen Einsatz Pflegender und Empfehlungen für die Pflegebildung

Vera Vogt-Witkowski

# **Heimerziehung - Ein Einsatzort für Pflegernde?**

Eine qualitative Interviewstudie zur Identifikation von Hauptindikatoren für den beruflichen Einsatz Pflegernder und Empfehlungen für die Pflegebildung

Herausgegeben von Prof. Dr. Wolfgang von Gahlen-Hoops und Joost Popall-Zamjatnins

Institut für Allgemeinmedizin  
Arbeitsgruppe Pflegepädagogik an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

# **Auffrischende Winde – ausgezeichnete Masterarbeiten aus dem Kieler Studiengang Pflegepädagogik Band 01**

Herausgegeben von Prof. Dr. Wolfgang von Gahlen-Hoops und Joost Popall-Zamjatnins  
eISSN: 3053-4496

## **Zur Autorin**

Vera Vogt-Witkowski (Jahrgang 1988) hat an der Christian-Albrechts-Universität von 2021 bis 2024 Pflegepädagogik (M.A.) studiert. Sie ist Gesundheits- und Krankenpflegerin, Sozialarbeiterin (B.A.) und war über 10 Jahre in der vollstationären Heimerziehung tätig. Seit dem Ende ihres Studiums arbeitet sie als Pflegepädagogin am IBAF Pflegeschulungszentrum in Neumünster.

---

## **Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie. Detaillierte bibliographische Daten sind über <https://dnb.d-nb.de> abrufbar.

## **Open Access**



Das Werk ist unter der Creative-Commons-Lizenz Namensnennung 4.0 International veröffentlicht. Den Vertragstext finden Sie unter: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>. Bitte beachten Sie, dass einzelne, entsprechend gekennzeichnete Teile des Werks von der genannten Lizenz ausgenommen sein bzw. anderen urheberrechtlichen Bedingungen unterliegen können. Dies gilt hier für sämtliche Abbildungen. Die elektronische Ausgabe des Buches ist auf dem Open-Access-Publikationsserver MACAU der Universitätsbibliothek Kiel (<https://macau.uni-kiel.de>) frei verfügbar: <https://doi.org/10.38071/2025-01835-3>.

## **2025**

Christian-Albrechts-Universität zu Kiel  
Medizinische Fakultät/ UKSH  
Institut für Allgemeinmedizin  
Arbeitsgruppe Pflegepädagogik  
Arnold-Heller-Straße 3 (HausU35)  
24105 Kiel

**Umschlaggestaltung:** Sophie Schmidt

**Titelbild:** Generiert mit ChatGPT (Version 5.1)

# INHALTSVERZEICHNIS

ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....	II
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....	III
<b>1. HINTERGRUND UND MOTIVATION .....</b>	<b>1</b>
<b>2. ZIELSETZUNG/ PROBLEMSTELLUNG.....</b>	<b>2</b>
<b>2.1. Forschungsfragen.....</b>	<b>3</b>
<b>2.2. Aufbau der Arbeit .....</b>	<b>4</b>
<b>2.3. Literaturrecherche.....</b>	<b>4</b>
<b>3. THEORETISCHER HINTERGRUND.....</b>	<b>5</b>
<b>3.1. Gesundheit und Krankheit.....</b>	<b>5</b>
3.1.1. Die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO).....	6
3.1.2. Modelle zur Erklärung der Entstehung von Gesundheit und Krankheit.....	6
3.1.3. Die Definition nach Hurrelmann.....	11
<b>3.2. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention .....</b>	<b>13</b>
<b>3.3. Gesundheitliche und soziale Ungleichheit .....</b>	<b>21</b>
<b>3.4. Vollstationäre Kinder- und Jugendhilfe/ Heimerziehung.....</b>	<b>26</b>
3.4.1. Hochrisikogruppe „Heimkind“ .....	30
3.4.2. Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen - Herausforderungen im Kontext der vollstationären Kinder- und Jugendhilfe .....	32
<b>3.5. Heimerziehung als pädiatrischer Lernort in der Pflegeausbildung.....</b>	<b>39</b>
<b>4. METHODIK .....</b>	<b>42</b>
<b>4.1. Forschungsdesign und Methodenauswahl.....</b>	<b>42</b>
<b>4.2. Rekrutierung der Interviewteilnehmer*innen und Auswahl der Stichprobe ...</b>	<b>42</b>
<b>4.3. Entwicklung und Aufbau des Interviewleitfadens.....</b>	<b>43</b>
<b>4.4. Datenerhebung und Datenverarbeitung.....</b>	<b>45</b>
<b>4.5. Strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz .....</b>	<b>46</b>
<b>4.6. Gütekriterien qualitativer Forschung .....</b>	<b>49</b>

<b>5.</b>	<b>ERGEBNISSE DER EIGENEN FORSCHUNG.....</b>	<b>51</b>
5.1.	Definition von Gesundheitsproblemen .....	51
5.2.	Gesundheitliche und soziale Ungleichheit .....	54
5.3.	Veränderungen der Gesundheitszustände .....	57
5.4.	Umgang mit den Gesundheitsproblemen .....	60
5.5.	Zugang, Herausforderungen und Empfehlungen bezüglich der Gesundheitsversorgung .....	66
5.6.	Chancen und Möglichkeiten für den Einsatz beruflich Pflegender .....	73
5.7.	Empfehlungen für die Pflegebildung, Erweiterung um pädagogische Kompetenzen .....	78
<b>6.</b>	<b>DISKUSSION.....</b>	<b>80</b>
6.1.	Vergleich der eigenen Forschungsergebnisse mit dem theoretischen Hintergrund .....	80
6.2.	Limitation der eigenen Forschung.....	83
6.3.	Beantwortung der Forschungsfragen .....	84
<b>7.</b>	<b>FAZIT UND AUSBLICK .....</b>	<b>87</b>
<b>8.</b>	<b>QUELLENVERZEICHNIS .....</b>	<b>88</b>

### **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Der Zusammenhang von sozialer- und gesundheitlicher Ungleichheit (eigene Darstellung nach Mielck und Helmert, 1998, in: Hurrelmann, 2006, S. 69). .....	23
Abbildung 2: Sechs Formen einfacher und komplexer Auswertung bei einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz 2018, S. 118).....	48

## **Abkürzungsverzeichnis**

ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DEGS1	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
GBE	Gesundheitsberichtserstattungen
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KJSG	Kinder- und Jugendschutzgesetz
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RKI	Robert Koch-Institut
SES	sozioökonomischer Status
SGB	Sozialgesetzbuch
UMA	unbegleitete minderjährige Asylsuchende
WHO	Weltgesundheitsorganisation

## 1. HINTERGRUND UND MOTIVATION

---

Kinder und Jugendliche, die in stationären Jugendhilfemaßnahmen leben, sind in unserer Gesellschaft diejenigen, die häufig intensiven und sich kumulierenden psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind. Dies birgt ein erhebliches Risiko für die Entwicklung und Chronifizierung von psychischen Erkrankungen (vgl. Schmid, 2007, S. 179, 181). Durch eigene Beobachtungen während meiner Berufserfahrung in dem Arbeitsbereich der Heimerziehung konnte ich feststellen, dass auch körperliche Gesundheitsprobleme in der Altersspanne Kindheit und Jugend eine bedeutende Rolle spielen. Es besteht meines Erachtens die Gefahr, dass gerade körperliche Gesundheitsprobleme nicht ausreichend im Fokus stehen und komplexe pflegerische Handlungsanlässe durch die pädagogischen Fachkräfte nicht ausreichend bewältigt werden können. Dies verschärft sich nochmals durch die gesetzliche Forderung einer inklusiven Heimerziehung. Dieser gesetzgeberische Auftrag der Umsetzung zu einer inklusiven Gesamtzuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe für alle Kinder und Jugendlichen (IGfH, 2019) stellt zusätzliche und hohe Anforderungen an das pädagogische Personal, welche vermutlich nicht zu erfüllen sind. Durch die eigene langjährige Beschäftigung im Arbeitsfeld der Heimerziehung (vollstationäre Kinder- und Jugendhilfe nach §34 SGB VIII) mit einem pflegerischen und sozialarbeiterischen beruflichen Hintergrund und dem darauffolgenden Masterstudium in der Pflegepädagogik, ist meine persönliche Hypothese, dass neben der pädagogischen und therapeutischen Begleitung in dieser Lebenslage, die Gesundheitsförderung und Prävention bzw. die Unterstützung und Anleitung zur Bewältigung von Gesundheitsproblemen der zu betreuenden Kinder und Jugendlichen, Defizite aufweist. Die Anforderungen an das pädagogische Team in Bezug auf die Förderung der Gesundheit, Prävention von Krankheiten, Krankheitsmanagement, Beratung und Pflegekoordination der vollstationär untergebrachten Kinder und Jugendlichen habe ich als herausfordernd erlebt und diese sind aufgrund eines hohen pädagogischen Arbeitsaufwandes, mangelnder pflegerischer/ medizinischer Kompetenzen, hochkomplexer Fallsituationen, wie auch einem vorherrschenden Fachkräftemangel vermutlich nicht ausreichen. Es besteht die Vermutung, dass die pädagogischen Fachpersonen aufgrund ihrer beruflichen Ausbildung mit der Ausrichtung auf pädagogische Inhalte den Fokus nicht auf medizinische bzw. pflegerische Aspekte legen. Die gesundheitliche Versorgung, Steuerung und Überwachung geraten vermutlich in den Hintergrund. Auftretende Situationen in der täglichen Praxis, die ein pflegerisches Handeln erforderlich machen, können zu Überforderungssituationen führen.

Im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit soll demnach geprüft werden, ob es sinnvoll ist, spezielle Angebote und Kompetenzen von beruflich Pflegenden in der Heimerziehung zu nutzen, um die gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu verbessern.

## 2. ZIELSETZUNG/ PROBLEMSTELLUNG

---

Das Ziel der Masterarbeit ist es, durch die Beantwortung der Forschungsfragen herauszufinden, ob und wo der Bedarf für den Einsatz professionell Pflegender in der Heimerziehung bestehen würde und was die Aufgabenbereiche von beruflich Pflegenden wären, um benötigte (anzubahende) Kompetenzen bestimmen zu können. Gesetzlich ist der Einsatz von beruflich Pflegenden für diesen Arbeitsbereich bisher nicht vorgesehen, sondern er steht lediglich im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung als möglicher pädiatrischer Lernort zur Verfügung (vgl. PflBADVO §8 (3,4)). Es wird erwartet, dass die Ergebnisse dieser Studie dazu beitragen können, den Nutzen des Einsatzes beruflich Pflegender zu verdeutlichen und Anstöße für Überlegungen, auch zum gesetzlich geregelten Einsatz im Arbeitsbereich der vollstationären Kinder- und Jugendhilfe, zu geben. Demnach sollen, wenn möglich, Empfehlungen für einen möglichen Einsatz von beruflich Pflegenden zur Sicherstellung einer angemessenen gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in der Heimerziehung gegeben werden. Aus den Ergebnissen der Forschungsarbeit sollen Empfehlungen für die Inhalte der Pflegebildung abgeleitet werden, um beruflich Pflegende bzw. die Auszubildenden (gezielt) auf diesen Einsatz vorbereiten zu können. Um dieses Ziel zu erreichen, soll eine Identifikation von Hauptindikatoren für den beruflichen Einsatz Pflegender erfolgen.

Voraussetzung hierfür ist es, zunächst zu prüfen, welchen psychischen und physischen Gesundheitsproblemen Kinder und Jugendliche (in Deutschland) generell ausgesetzt sind. Im Rahmen dieser Fragestellung werden zur Betrachtung Studien und Berichte zur Prävalenz von Gesundheitsproblemen geprüft und vorgestellt. Es liegen unterschiedliche Modelle und Konzepte vor, welche die Entstehung von Gesundheit und Krankheit erklären. Gerade im Hinblick auf die Gruppe, der in der vollstationären Jugendhilfe aufwachsenden Kinder und Jugendlichen, ist das Wissen über den Zusammenhang von gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit als bedeutsam zu beschreiben. Hierdurch wird erkennbar, warum gerade die in der Heimerziehung lebenden Kinder und Jugendlichen besonderen kumulierenden Belastungs- bzw. Risikofaktoren ausgesetzt sind. Durch den Bezug zum aktuellen Forschungsstand, zu Theorien und Konzepten der Gesundheitssituation von Kindern und Jugendlichen in der Heimerziehung sowie einer qualitativen Interviewstudie soll herausgefunden werden, welche Gesundheitsprobleme pädagogische Fachkräfte in ihrer praktischen Arbeit identifizieren bzw. mit welchen sie konfrontiert sind und wie sie diesen in der Praxis begegnen. Mit Hilfe von leitfragengestützten Interviews soll überprüft werden, welche Kenntnisse und Definitionen von Gesundheitsproblemen pädagogische Fachkräfte haben. Durch die Identifikation von Hauptindikatoren für den beruflichen Einsatz Pflegender kann abgeleitet werden, wie beruflich Pflegende effektiv zur Gesundheitsförderung und

Prävention bzw. zur Bewältigung von Gesundheitsproblemen in der Heimerziehung beitragen könnten. Außerdem sollen durch die Interviews Meinungsbilder entstehen, wie sinnvoll der Einsatz beruflich Pflegender bei der Förderung der Gesundheit, Prävention von Krankheiten, Krankheitsmanagement, Beratung und Pflegekoordination der vollstationär untergebrachten Kinder und Jugendlichen von pädagogischen Fachpersonen eingeschätzt wird.

Da die komplexe Betreuung der Hochrisikogruppe der Kinder und Jugendlichen in der Heimerziehung eine besondere Herausforderung darstellt, soll geprüft werden, welche spezifischen Kompetenzen aus dem Bereich der Pädagogik für diesen Einsatzbereich im Rahmen der Pflegebildung angebahnt werden müssen. Hierfür werden spezifische Kompetenzanforderungen an die pädagogischen Fachpersonen in der vollstationären Heimerziehung dargestellt. Durch die Interviews erfolgt eine Empfehlung über die in der Ausbildung anzubahnenen (pädagogischen) Kompetenzen, um in diesem Arbeitsfeld tätig zu sein. Diese bilden die Grundlage für die Empfehlungen für die Pflegebildung.

## 2.1. Forschungsfragen

---

### Allgemeine Forschungsfragen:

- Wie definieren pädagogische Fachkräfte Gesundheitsprobleme in der Heimerziehung und wie begegnen sie diesen? Mit welchen Gesundheitsproblemen sind diese in der beruflichen Praxis hauptsächlich konfrontiert?
- Welche spezifischen Herausforderungen und Bedürfnisse im Bereich der Gesundheit werden im Rahmen der Heimerziehung identifiziert?
- Wie bewerten das pädagogische Personal und andere beteiligte Akteur\*innen den Nutzen des Einsatzes beruflich Pflegender in Bezug auf die Gesundheitsversorgung und Pflege der betreuten Kinder und Jugendlichen?
- Welche Rolle und welchen Beitrag können diese insbesondere in Bezug auf die Verbesserung der Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung leisten?

### **Konkrete Forschungsfragen:**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Welche Hauptindikatoren können für den beruflichen Einsatz Pflegender identifiziert werden?</b></li><li>• <b>Welche Empfehlungen ergeben sich hieraus für die Pflegebildung?</b></li></ul> |
|---|

## 2.2. Aufbau der Arbeit

---

Nach der Vorstellung der Zielsetzung, der Motivation und dem Hintergrund der Forschung erfolgt im zweiten Teil eine Darstellung der Literaturrecherche. Im dritten Teil der vorliegenden Arbeit werden theoretische Grundlagen erläutert. Im vierten Abschnitt wird der empirische Teil der Arbeit zunächst in der Methodik vorgestellt. Dazu gehören die Festlegung von Ein- und Ausschlusskriterien für die Auswahl und Rekrutierung der Interviewteilnehmer\*innen sowie die Darstellung und Beschreibung der Datenerhebungsmethoden und -verfahren und das Vorgehen der Datenauswertung. Anschließend werden die Ergebnisse der eigenen Forschung im fünften Teil vorgestellt, um diese im sechsten Teil der Arbeit zu diskutieren und mit dem theoretischen Hintergrund zu vergleichen und zu interpretieren, die Forschungsfragen zu beantworten und Empfehlungen für die Pflegebildung abzuleiten. Abschließend folgt das Fazit und der Ausblick.

## 2.3. Literaturrecherche

---

Im Rahmen der Erstellung der Masterarbeit wurde eine systematische Recherche durchgeführt. Dafür wurden Suchbegriffe bestimmt, die für die Forschungsfrage relevant waren und anhand dieser nach geeigneten Quellen gesucht. Dazu wurde der Gesamtkatalog der Universitätsbibliothek zu Kiel ausgewählt. Vorliegende Literatur wurde zunächst grob gesichtet und auf eine mögliche Verwendung geprüft. Danach erfolgte eine Auswahl geeigneter Literatur. In diesem Prozess spezifizierte sich die Auswahl der Keywords erneut. Anschließend wurden die Datenbanken PubMed, Livivo und WISO genutzt, um weitere Quellen zu finden. Um die Suche einzugrenzen, wurden die Operatoren „AND“ und „OR“ bzw. das „\*“ als Trunkierungszeichen genutzt. Für die Auswahl wurden Abstract, Einleitung, Gliederung und Fazit gelesen.

**Suchbegriffe/ Keywords:** Gesundheit, Gesundheitsprobleme, Krankheit, Kinder- und Jugendgesundheit, soziale Ungleichheit, gesundheitliche Ungleichheit, vollstationäre Kinder- und Jugendhilfe, Heimerziehung, stationäre Erziehungshilfe, Prävention und Gesundheitsförderung, professionelle Pflege, beruflich Pflegende

### **3. THEORETISCHER HINTERGRUND**

---

Im folgenden Abschnitt wird der theoretische Hintergrund beleuchtet, der die Grundlage für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit sowie die Rolle der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention beschreibt.

Beginnend mit einer Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden verschiedene Modelle zur Erklärung der Entstehung von Gesundheit und Krankheit vorgestellt. Besonderes Augenmerk wird hierbei auf die Definition nach Hurrelmann gelegt, da diese als interdisziplinär tragfähige Definition angesehen werden kann und die Situation der Hochrisikogruppe der im fremduntergebrachten Kinder und Jugendlichen gut abbildet. Im weiteren Verlauf werden Aspekte der gesundheitlichen und sozialen Ungleichheit thematisiert, um einen umfassenden Kontext zu schaffen. Ein weiterer Schwerpunkt dieses Abschnitts wird auf die vollstationäre Kinder- und Jugendhilfe gelegt. Hierbei werden die Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen dieser Altersgruppe in den Kontext der Heimerziehung gesetzt. Die Beschreibung dient als Grundlage für die anschließende Betrachtung der Indikatoren für den Einsatz beruflich Pflegender in der Heimerziehung und die Ableitung von Empfehlungen für die Pflegebildung.

#### **3.1. Gesundheit und Krankheit**

---

Gesundheit ist ein schwer fassbares Phänomen, was besonders im Vergleich zum Begriff Krankheit deutlich erkennbar wird. Im alltäglichen Verständnis erscheint Gesundheit meist als Abwesenheit von Krankheit. Doch bei genauerer Betrachtung ist Gesundheit mehr als nur das Fehlen von Krankheit, denn selbst jemand mit einer diagnostizierten Krankheit kann sich dennoch gesund fühlen und umgekehrt (vgl. Franzkowiak & Hurrelmann, 2022). Gesundheit ist stark mit unserem subjektiven Wohlbefinden und einer umfassenden Vorstellung von erfolgreicher Lebensführung verbunden. Was Expert\*innen als objektive Befunde heranziehen, stimmt nicht immer mit dem subjektiven Empfinden der Betroffenen überein. Krankheit ist messbar, da sie an Symptome gebunden ist, während Gesundheit in erster Linie ein individuell empfundener Zustand ist (vgl. Ohlbrecht & Winkler, 2018, S. 609; 615). Gerade für die Hochrisikogruppe der im Heim lebenden Kinder und Jugendlichen, die im Mittelpunkt des Forschungsvorhabens stehen, ist dies in Bezug auf die Gesundheitsprobleme von enormer Bedeutung und die Definitionen von Hurrelmann, die im folgenden Absatz kurz erläutert werden, erscheinen passend. Das Forschungsvorhaben beschäftigt sich mit der Fragestellung, welche Rolle und welchen Beitrag beruflich Pflegende in Bezug auf die Verbesserung der Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung leisten können. Diesbezüglich wird eine kurze Begriffsbestimmung zu Gesundheitsförderung und Prävention vorgenommen. Bevor wesentliche Modelle zur Erklärung von Gesundheit und

Krankheit aufgeführt werden, die in der Forschung, wie auch in der praktischen Gesundheitsversorgung genutzt werden, wird die Definition von Gesundheit vorgestellt, wie sie von der WHO im Jahr 1948 formuliert wurde und bis heute gültig ist.

### 3.1.1. Die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

---

Die WHO-Definition von 1946 führte in den 70er Jahren dazu, dass die zuvor geltende biomedizinische Sichtweise in Frage gestellt wurde. Diese war zuvor fast ausschließlich auf Krankheitsauslösende Prozesse im Körper gerichtet, Gesundheit galt demnach als Abwesenheit von Krankheit (vgl. Franzkowiak & Hurrelmann, 2022). Die Definition von Gesundheit der WHO besagt: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 2020, Zit. n. Franzkowiak & Hurrelmann, 2022). Neben der Krankheit erhielt nun auch die Gesundheit zunehmend Aufmerksamkeit. Diese Neuausrichtung ist als entscheidend für die Entwicklung von Gesundheitsförderung anzusehen. Das Hauptaugenmerk lag nicht in erster Linie auf Verringerung von Krankheits- und Todesfällen, sondern darauf, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass sie sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Zudem wurde darauf abgezielt, die Menschen zu unterstützen, damit sie die Möglichkeit haben, ihr Wohlbefinden selbst zu beeinflussen (vgl. Ruckstuhl, 2011, S.14). Die Grundsätze der WHO besagen demnach, dass Gesundheit über das Freisein von körperlichen und psychischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen hinausgeht. Es werden auch mentale und soziale Aspekte eingeschlossen, die sich wechselseitig beeinflussen. Es wird betont, dass Gesundheit nicht nur als das Fehlen von Krankheit betrachtet werden sollte, sondern als ein positiver Zustand, der das gesamte Wohlbefinden einer Person umfasst. Gesundheit wird multidimensional bestimmt. Die neueren Gesundheitskonzepte konnten die bisherigen WHO-Definitionen erweitern, indem sie explizit anerkennen, dass auch Menschen mit chronischen Krankheiten und Einschränkungen ein gesundes Leben führen können (vgl. Franzkowiak & Hurrelmann, 2022). Die Betonung verschiebt sich weg von einer umfassenden oder vollständigen Gesundheit, die oft als unrealistisch und ausschließend wahrgenommen wird und legt stattdessen den Fokus auf die Fähigkeit, die unvermeidlichen Herausforderungen des Lebens aktiv und produktiv zu bewältigen. Dies markiert einen Schritt in Richtung einer interdisziplinär tragfähigen Definition von Gesundheit und hebt die Bedeutung der funktionalen Gesundheit hervor (vgl. ebd.).

### 3.1.2. Modelle zur Erklärung der Entstehung von Gesundheit und Krankheit

---

Frühere Modelle zur Krankheitsentstehung (Krankheitsbezogene Ätiologiemodelle) konzentrierten sich auf die Frage, wie Krankheiten entstehen und welche Faktoren an der

Pathogenese (Krankheitsentstehung) beteiligt sind. Dabei lag der Fokus auf der Krankheit selbst, und die Wahrnehmung von Gesundheit erfolgte eher indirekt durch die Abwesenheit von Krankheit. Diese Modelle betrachteten anfänglich hauptsächlich biologische Prozesse, integrierten jedoch schon vor einigen Jahrzehnten auch psychosoziale Faktoren in die Erklärung der Pathogenese (vgl. Roch & Hampel, 2022, S. 264).

Das biomedizinische Modell lokalisiert die Ursachen von Krankheiten ausschließlich in den physischen Schädigungen und Funktionsbeeinträchtigungen von Organen. Das biopsychosoziale Modell ergänzt das biomedizinische Modell durch die Einbeziehung von psychischen und sozialen Faktoren. Es betrachtet Gesundheit und Krankheit nicht mehr als geteilte Zustände, sondern als ein Kontinuum (vgl. ebd.). Der Psychiater George L. Engel entwickelte im Jahr 1977 das biopsychosoziale Modell, das als Erweiterung des biomedizinischen Modells sowohl psychische als auch soziale Aspekte integriert. Die psychischen Faktoren umfassen Emotionen und Kognitionen, die sozialen Faktoren berücksichtigen den Einfluss der direkten sozialen Umwelt, einschließlich der Familie, sowie die Wirkung von Kultur, Gesellschaft und des Gesundheitssystems (vgl. Roch & Hampel, 2022, S. 265). Damit entsteht eine ganzheitliche Sichtweise. In diesem Ansatz wird die Einheit und die Wechselwirkung aller Komponenten eines Systems betont, anstatt nur auf die einzelnen Teile zu fokussieren. Eine spezifische Variante des biopsychosozialen Modells ist das Vulnerabilitäts-Stress-Modell, auch bekannt als Diathese-Stress-Modell. Dabei steht die Wechselwirkung der vier zentralen Komponenten im Mittelpunkt: Vulnerabilität, Stress, Resilienz und Coping (vgl. Wittchen & Hoyer 2011, S. 20 ff.).

Die Vulnerabilität ist die Anfälligkeit für eine Erkrankung und wird auch Disposition genannt. Sie kann durch genetische Anlagen bestimmt, aber auch im Verlauf des Lebens erworben werden oder durch eine Kombination dieser beiden Faktoren entstehen. Auch Risikofaktoren wie gesundheitsschädliches Verhalten können zur Entwicklung von Vulnerabilitäten beitragen. Die Vulnerabilitäten können jeweils biologischer, psychischer oder sozialer Natur sein. Relevant für die Entstehung einer Krankheit werden sie aber erst, wenn bestimmte Auslöser-Ereignisse eintreten, die aufgrund der Vulnerabilität häufiger zur Krankheitsentstehung beitragen, als es ohne Vulnerabilität der Fall wäre. Ein möglicher Auslöser kann Stress sein. Er umfasst im Rahmen dieses Modells alle Situationen, die biologische, psychische oder soziale Anforderungen an eine Person stellen und eine Anpassungsreaktion auslösen (Roch & Hampel, 2022, S. 266).

Ein zusätzlicher Einflussfaktor auf die Intensität der Stressreaktion ist die Resilienz. Resilienz steht im Zusammenhang mit Schutzfaktoren, die als Gegenstück zu Risikofaktoren fungieren, indem sie die Wahrscheinlichkeit von Erkrankungen verringern. Resilienz ist die Fähigkeit, auch unter erheblichem Stress günstig zu reagieren und Belastungen auf eine förderliche Weise zu bewältigen (vgl. Roch & Hampel, 2022, S. 266). Dadurch wird selbst bei vorhandener

Vulnerabilität ein gesunder Umgang mit belastenden Situationen ermöglicht. Diese Fähigkeiten können auf sozialen, biologischen oder psychischen Faktoren basieren, beispielsweise in Form von funktionalen im Gegensatz zu dysfunktionalen Denkmustern (vgl. ebd.). Außerdem ist Coping, das die Handlungskompetenz repräsentiert, entscheidend für die Bewältigung von Stresssituationen. Ähnlich wie Resilienz kann es als eine Fähigkeit betrachtet werden und beschreibt das Ausmaß, in dem flexibel und effizient auf Stress reagiert werden kann. Auch Coping wird von Vulnerabilitäten beeinflusst. Die Grundannahme des Vulnerabilitäts-Stress-Modells ist, dass die vier Komponenten in ihrer Wechselwirkung zu einer Erkrankung führen können. Dies entspricht dem Verständnis von Risikofaktoren, die die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung erhöhen, aber nicht alleinige Ursachen sind. Dabei kann die Bedeutung einzelner Faktoren, wie beispielsweise die Bedeutung der Bindung an die Eltern, über die Lebensspanne variieren. Damit berücksichtigt dieses Modell entwicklungsbezogene Prozesse (vgl. Roch & Hampel, 2022, S. 266). Die folgenden Modelle haben eine positive Betrachtung von Gesundheit und Krankheit und beschreiben den Zustand der Gesundheit und ihren Erhalt (vgl. ebd.). Das Konzept der Salutogenese, entwickelt von Anton Antonovsky, legt den Fokus darauf, die Ursprünge von Gesundheit zu verstehen und zu fördern, indem sie psychologische und soziale Faktoren berücksichtigt. Insbesondere betont es die Bedeutung des Kohärenzgefühls (sense of coherence) als zentralen Aspekt für die Erhaltung von Gesundheit (vgl. Antonovsky, 1997, S. 162.).

Das Konzept der Salutogenese beschreibt Gesundheit und Krankheit als zwei Zustände, welche sich gegenseitig nicht ausschließen, sondern als ständige Bewegung auf einem Kontinuum zwischen zwei (Extrem-) Polen Gesundheit und Krankheit zu beschreiben sind (vgl. BMFSFJ, 2007, S. 34.). Ein bedeutender Faktor, der bestimmt wo sich eine Person auf dem Kontinuum von Gesundheit und Krankheit befindet, ist der Kohärenzsinn, der sich aus Erfahrungen in der Kindheit und Jugend entwickelt und bei Erwachsenen als stabil angesehen wird. Dieser setzt sich aus den drei Komponenten Verständlichkeit, Bewältigbarkeit und Bedeutung zusammen, die emotionale, kognitive und motivationale Prozesse umfassen (vgl. Roch & Hampel, 2022, S. 267). Die zentralen Fragestellungen von Antonovsky knüpfen an die in der WHO formulierten zentralen Anliegen der Gesundheitsförderung an. „Warum bleiben Menschen trotz vieler potenzieller gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund? Wie schaffen sie es, sich von Erkrankungen wieder zu erholen? Was ist das Besondere an Menschen, die trotz extremster Belastungen nicht krank werden?“ (BMFSFJ, 2007, S. 57). Als wesentliches Moment von Gesundheit gilt ein handlungsfähiges Selbstbild. Ressourcen werden in den Mittelpunkt gestellt, die von einem Individuum mobilisiert werden können, um mit widersprüchlichen oder belastenden Alltagserfahrungen umgehen zu können und durch diese nicht krank zu werden. Der Mensch steht demnach als Ganzes mit seiner Biografie im Mittelpunkt und nicht nur seine Erkrankung bzw. seine Symptome (vgl. ebd.). Das

Kohärenzgefühl kann als Herzstück des Salutogenesemodells angesehen werden und ist als das Ergebnis eines individuellen Lern- und Entwicklungsprozesses hinsichtlich der Sinnhaftigkeit des eigenen Handelns, der Verstehbarkeit und Gestaltbarkeit der eigenen Lebensbedingungen anzusehen und beschreibt eine „...generelle Lebenseinstellung des Individuum, in dem sich ein umfassendes und überdauerndes Gefühl des Vertrauens ausdrückt, dass

- Ergebnisse, die einem im Leben passieren, strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind (=Verstehbarkeit)
- man in der Lage ist, den gestellten Anforderungen gerecht zu werden und sie konstruktiv bewältigen zu können (=Handhabbarkeit)
- diese Anforderungen Herausforderungen darstellen, für die es sich lohnt, sich zu engagieren und anzustrengen (=Bedeutsamkeit/ Sinnhaftigkeit) (vgl. Antonovsky, 1997, S. 35).

Gemeinsam bestimmen diese drei Bereiche ein Gefühl von Vertrauen und Zuversicht in die Vorhersehbarkeit der eigenen Umwelt. Dabei bezieht sich dies nicht auf ein blindes Vertrauen in die Zukunft, sondern darauf, dass die Zukunft mit hoher Sicherheit so verlaufen wird, wie es begründet erwartet werden kann (vgl. Roch & Hampel, 2022, S. 267). Der Auffassung Antonovskys nach ist der menschliche Organismus kontinuierlich natürlichen Einflüssen und Prozessen ausgesetzt, die seine Gesundheit stören können. Die Grundidee ist, dass die menschliche Existenz von Natur aus unausgeglichen ist und Menschen ständig mit belastenden Lebenssituationen konfrontiert sind. Gesundheit wird nicht als stabiler Zustand betrachtet, sondern muss ständig durch Wechselwirkungen mit äußeren und inneren Einflüssen sowie Stressoren, aufrechterhalten werden (vgl. Antonovsky, 1997, S. 130f.). Die Auswirkungen dieser Belastungen auf den Organismus können pathologisch, neutral oder gesund sein, abhängig davon, wie der Körper mit den durch die Stressoren verursachten Spannungen umgeht. Das salutogenetische Modell betont die Bedeutung der generalisierten Widerstandsressourcen, um Schutz vor Stressoren aufzubauen und die Grundlagen für eine positive Entwicklung zu schaffen (vgl. Antonovsky, 1997, S. 131 ff.). Diese Ressourcen spielen eine wesentliche Rolle bei der Erhaltung und Verbesserung von Gesundheit, Lebenszufriedenheit und Lebensqualität. Sie finden sich im Individuum, wo organisch-konstitutionelle Widerstandsressourcen, Intelligenz, Bildung, Bewältigungsstrategien und Selbststärke eine entscheidende Rolle spielen. Diese Faktoren, wie von Antonovsky beschrieben, bilden eine der zentralen emotionalen Widerstandsressourcen und manifestieren sich als emotionale Sicherheit, Selbstvertrauen und positives Selbstgefühl in Bezug auf die eigene Person. Im sozialen Nahraum sind die Beziehungen zu anderen Menschen ebenfalls

bedeutende Widerstandsressourcen. Sie umfassen das Gefühl der Zugehörigkeit und Verortung, das Vertrauen und die Anerkennung von Personen, die persönlich von Bedeutung sind, sowie die Möglichkeit, sich durch die Teilnahme an zivilgesellschaftlichem Engagement als selbstwirksam zu erleben. Zusätzlich spielt die Fähigkeit, Unterstützung und Hilfe von anderen zu erhalten und auf sie zählen zu können, eine entscheidende Rolle (vgl. BMFSFJ, 2007, S. 57). Auf gesellschaftlicher Ebene entstehen Widerstandsressourcen durch die Anerkennung, die durch die Beteiligung an sinnvollen Tätigkeiten erlangt wird, sowie durch die Gewissheit, den Lebensunterhalt in einem gewissen Maße sicherstellen zu können, sei es durch den Zugang zu Geld, Arbeit, Wohnraum und anderen grundlegenden Ressourcen. Auf der kulturellen Ebene werden Widerstandsressourcen durch den Zugang zu kulturellem Kapital vermittelt, das aus stabilen Wertorientierungen hervorgeht. Diese können aus philosophischen, politischen, religiösen oder ästhetischen Quellen stammen (vgl. ebd.). Diese Aspekte unterstreichen die Wichtigkeit von individuellen Ressourcen, Widerstandsfähigkeit und der Fähigkeit, Lebensherausforderungen zu verstehen und zu bewältigen.

Das Modell der Determinanten von Gesundheit, welches ein weiteres Modell zur Erklärung von Gesundheit und Krankheit darstellt, beschreibt verschiedene Einflussfaktoren auf die Gesundheit und betrachtet deren Wechselwirkungen. Es wurde von Dahlgren und Whitehead publiziert und wird bis heute als wissenschaftliche Basis für die Gesundheitsförderung herangezogen (vgl. Roch & Hampel, 2022, S. 269). Das Modell berücksichtigt sowohl unveränderliche, individuelle Faktoren wie Alter oder genetische Einflüsse als auch beeinflussbare Faktoren, die sowohl von der betroffenen Person als auch von politischen Maßnahmen beeinflusst werden können. Die beeinflussbaren Faktoren werden dabei in verschiedene Bereiche unterteilt. Die folgend aufgeführten Bereiche veränderlicher Faktoren sind in ihrer Gesamtheit zu betrachten, da diese sich gegenseitig beeinflussen (vgl. ebd.).

1. individueller Lebensstil: Verhaltensweisen mit Gesundheitseinfluss, z. B. Ernährung, Bewegung oder Substanzkonsum
  2. soziale und kommunale Netzwerke: Interaktionen mit dem eigenen sozialen Netzwerk, z. B. Familie, Freunde und andere Peer-Gruppen
  3. individuelle Lebens- und Arbeitsbedingungen: Arbeitsplatzfaktoren/Arbeitslosigkeit, Bildung, Wohnsituation inkl. Wasser/sanitäre Anlagen, (Zugang zum) Gesundheitssystem, Nahrungsmittelversorgung
  4. allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt
- (Roch & Hampel, 2022, S. 269).

Der Lebensstil einer Person kann individuell beeinflusst werden. Allerdings wird der Handlungsspielraum durch andere Einflussbereiche geformt, was positive oder negative Auswirkungen auf den betrachteten Bereich haben kann.

Das soziale Netzwerk kann gesunde individuelle Verhaltensweisen unterstützen oder behindern, indem es durch soziale Normen auf das Verhalten der Person einwirkt. Diese sozialen und kommunalen Netzwerke werden wiederum durch Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie allgemeine Umweltbedingungen beeinflusst. Umgekehrt gibt es auch Einflüsse in die andere Richtung. Das individuelle Verhalten einer Person formt die Dynamiken in ihrem sozialen Netzwerk, ermöglicht Einfluss auf die eigenen Lebens- und Arbeitsbedingungen und kann letztendlich auch die allgemeinen Umweltbedingungen mitgestalten. Auf diese Weise bedingen sich alle Bereiche gegenseitig und bilden ein verflochtenes Netz aus förderlichen und schädlichen Determinanten der Gesundheit (vgl. Roch & Hampel, 2022, S. 269 f.).

### 3.1.3. Die Definition nach Hurrelmann

---

Klaus Hurrelmann, Sozialisations-, Gesundheits- und Bildungswissenschaftler, formulierte in seinem Sozialisationskonzept eine Definition von Gesundheit, welche als konsensfähig zu betrachten ist.

Gesundheit bezeichnet den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist nach diesem Verständnis ein angenehmes und durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut in Frage gestellt ist. Gelingt das Gleichgewicht, dann kann dem Leben Freude und Sinn abgewonnen werden, es ist eine produktive Entfaltung der eigenen Kompetenzen und Lernpotentiale möglich, und es steigt die Bereitschaft, sich gesellschaftlich zu integrieren und zu engagieren (Hurrelmann, 2006, S. 146).

Hurrelmanns Definition von Gesundheit geht über die rein biomedizinische Sicht hinaus und integriert soziale, psychologische und entwicklungsbezogene Aspekte. Lern- und Persönlichkeitstheorien, Interaktions- und Sozialstrukturtheorien, biomedizinische Theorien, Stress- und Bewältigungstheorien, sowie Public Health-Theorien werden dabei gleichgewichtig aufgenommen (vgl. Franzkowiak & Hurrelmann, 2022). Seine Arbeit betont die Notwendigkeit, Gesundheitsförderung und Prävention in den Kontext der individuellen Entwicklung und der sozialen Umwelt einzubetten. Seine Perspektive auf Gesundheit ist demnach eng mit der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen verbunden. Die Bedeutung von individuellen Fähigkeiten (Handlungskompetenzen) und sozialen Ressourcen für die Förderung von Gesundheit wird hervorgehoben. Eine zentrale Idee in Hurrelmanns Arbeit ist das „Gesundheits- und Entwicklungskapital“. Dieser Begriff bezieht sich auf die kumulativen Ressourcen, die eine Person im Laufe ihres Lebens ansammelt und die ihre Gesundheit und

Entwicklung beeinflussen. Dazu gehören sowohl individuelle Kompetenzen als auch unterstützende soziale Umgebungen. Für Krankheit schlägt Hurrelmann analog dazu folgende Definition vor:

Krankheit ist das Stadium des Ungleichgewichtes von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung von inneren (körperlichen und psychischen) und äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen nicht gelingt. Krankheit ist ein Stadium, das einem Menschen eine Beeinträchtigung seines Wohlbefindens und seiner Lebensfreude vermittelt (Hurrelmann, 2006, S. 146).

Zwischen diesen „absoluten“ Stadien von Gesundheit und Krankheit, welche je nach Lebensphase und Lebenssituation immer wieder neu hergestellt werden müssen, liegt die relative Gesundheit bzw. Krankheit, welche Hurrelmann wie folgt beschreibt:

Relative Gesundheit beziehungsweise relative Krankheit ist das Stadium eines teilweise gestörten Gleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen die Bewältigung von inneren (körperlichen und psychischen) und äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen nur teilweise oder nur vorübergehend gelingt. Relative Gesundheit und relative Krankheit sind ein Stadium, das einem Menschen nur begrenzt Wohlbefinden und Lebensfreude ermöglicht (Hurrelmann, 2006, S. 146).

Gemäß dieser Definition liegt der Ursprung der Gesundheit in einer gelungenen Verbindung von bewusster und gleichzeitig freudiger Lebensführung. Zu den grundlegenden Aspekten einer solchen Lebensführung gehören eine positive Einstellung gegenüber den alltäglichen Herausforderungen, optimistische Erwartungen an die soziale Umgebung und insgesamt der Glaube an die Beeinflussbarkeit der eigenen Lebensführung, die Akzeptanz des eigenen Körpers und der psychischen Grundausstattung, einschließlich vorübergehender oder sogar anhaltender Beeinträchtigungen oder Einschränkungen. „Die Tendenz, Gesundheit und Krankheit auf biologische und verhaltensbezogene Faktoren zu reduzieren, führt zu einer Unterschätzung der Bedeutung sozialer Determinanten und Prozesse“ (Hurrelmann & Richter, 2016, S. 16). Zusammenfassend können die vorgeschlagenen Definitionen in der Gesundheitspsychologie, Gesundheits- und Medizinsoziologie, Gesundheitsökonomie und Gesundheitspädagogik, wie auch in Gesundheitswissenschaften/ Public Health/ Health Sciences eingesetzt werden (vgl. Hurrelmann & Richter, 2016, S. 148).

- Die theoretischen Modelle der Salutogenese und der Sozialisation bieten die Möglichkeit für eine Integration von verschiedenen Theorieansätzen aus verschiedenen Disziplinen.
- Aus dem Sozialisationsmodell lässt sich eine interdisziplinär verwendbare Definition von Gesundheit und Krankheit ableiten. Gesundheit und Krankheit bilden demnach die Endpunkte

eines Kontinuums. Die Positionierung auf diesem Kontinuum kann sich während einer bestimmten Lebenssituation verändern.

- Gesundheit entspricht nach dieser Definition einem Gleichgewicht von Risiko- und Schutzfaktoren. Das Gleichgewicht gelingt durch die Bewältigung von körperlichen und psychischen (inneren) sowie sozialen und materiellen (äußeren) Anforderungen.
- Krankheit beschreibt den Zustand des Unwohlseins einer Person und entspricht einem Ungleichgewicht der Risiko- und Schutzfaktoren. Die Bewältigung innerer und äußerer Anforderungen ist somit nicht gelungen (Hurrelmann& Richter, 2016, S, 148).

In Lern- und Entwicklungstheorien wird dieser Sachverhalt als Selbstwirksamkeit bezeichnet, in der salutogenetischen Theorie als Kohärenzgefühl und in der Sozialisationstheorie, der diese Definition der Gesundheit folgt, als produktive Realitätsverarbeitung (vgl. Franzkowiak& Hurrelmann, 2022).

### **3.2. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention**

---

Wie auch bei dem Begriff „Gesundheit“ hat eine Definition der WHO zur Gesundheitsförderung einen Anstoß zu intensiven und anhaltenden Diskussion gegeben. Mit der Ottawa-Charta leitete die WHO ein umfassendes Programm für gesundheitsbezogene Interventionen ein, in dessen Mittelpunkt die Frage stand, wie das Gesundheitspotential der Menschen durch persönliche, politische und strukturelle Unterstützung gefördert werden könnte (vgl. Hurrelmann, 2006, S. 148; Hurrelmann& Richter 2016, S. 149). Die Verabschiedung der Ottawa Charta (1986) durch die WHO ist als erster Meilenstein für die Entwicklung moderner Gesundheitsförderungsansätze anzusehen (vgl. Tiemann& Mohokum, 2021, S. 5), weshalb diese und die Definition von Hurrelmann im Folgenden kurz vorgestellt werden.

#### Definition nach der WHO

Das Konzept der Gesundheitsförderung wurde von der WHO entwickelt und in der Ottawa-Charta zusammengefasst. Zunächst zur Definition bzw. den Prinzipien der Gesundheitsförderung:

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, daß sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.

In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie

die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünder Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin (WHO, 1986, S. 1).

Die Förderung der Gesundheit wird nicht nur als Verhütung von Krankheiten verstanden, sondern

Gesundheit wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, daß man sich um sich selbst und für andere sorgt, daß man in der Lage ist, selber Entscheidungen zu fällen und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, daß die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen (WHO 1986, S. 3).

In dieser Definition steht zunächst das aktiv handelnde Subjekt im Fokus, wenn es um die Erhaltung und Förderung der Gesundheit geht. Die individuelle Definition von Gesundheit, soll auch von den Betroffenen selbst, statt ausschließlich durch Expert\*innen bestimmt werden (vgl. Hartung 2014, S. 86f.). Diese Charta beabsichtigt einen Orientierungswechsel, in dem die Fokussierung nicht mehr auf individuellem Verhalten und der Reduzierung bzw. Vermeidung von spezifischen Krankheitsbelastungen gelegt wurde, sondern Gesundheitsaufklärung erfolgen sollte. Im Mittelpunkt steht die Stärkung von gesundheitsrelevanten Ressourcen und einer Sozialraumorientierung (vgl. ebd.). Die Orientierung der Gesundheitsförderung erfolgt an salutogenen, also gesundheitsfördernden bzw. gesundheitserhaltenden Ressourcen, die es zu fördern und zu stärken gilt. Prävention hingegen orientiert sich an krankmachenden Belastungen und Risiken, welche gemildert oder verhindert werden sollen (vgl. Kaba-Schönstein, 2011, S. 205). In Nachfolgekonferenzen zur Tagung in Ottawa wurden einzelne Bereiche spezifiziert. Die Ottawa Charta unterscheidet dabei fünf vorrangige Handlungsbereiche und -ebenen und drei grundlegende Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung, weshalb dieser auch als „Mehr-Ebenen-Ansatz“ der Gesundheitsförderung bezeichnet wird. Es werden drei grundlegenden Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung unterschieden:

1. Anwaltschaft für Gesundheit meint das aktive Eintreten für Gesundheit im Sinne der Beeinflussung politischer, ökonomischer, sozialer, kultureller, biologischer Faktoren sowie von Umwelt- und Verhaltensfaktoren.
2. Befähigen und ermöglichen spricht vor allem Konzepte wie Kompetenzförderung (Lebenskompetenzen) und Empowerment an mit dem Ziel, bestehende Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern und selbstständig das größtmögliche Gesundheitspotential zu verwirklichen.

3. Vermitteln und vernetzen meint die aktive und dauerhafte Kooperation mit allen Akteur\*innen innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens (vgl. Kaba-Schönstein, 2011, S. 139 f.; WHO 1986, S. 2 ff.).

„Die Charta bietet damit ein inhaltliches und methodisches Modell an, dessen gesundheitspolitisches Leitbild als Paradigmenwechsel von der Verhütung von Krankheiten zur Förderung von Gesundheit beschrieben werden kann.“ (BMFSFJ, 2007, S. 55). Dieser komplexe Ansatz und Prozess der Gesundheitsförderung erfordert die aktive Beteiligung der Bevölkerung, sowie die Kooperation einer Vielzahl von Berufsgruppen, Akteur\*innen und Sektoren. Als Kernstrategie der Gesundheitsförderung gilt der Setting- bzw. Lebensweltansatz, welcher sich als besonders bedeutsam und wirksam erwiesen hat (vgl. Kaba-Schönstein 2011, ebd. S. 141). Empowerment und Befähigungskonzepte (bzw. Capabilitykonzepte) sind auf die Ressourcenstärkung ausgerichtet und fragen nach den Möglichkeiten, Menschen zu einer selbstbestimmten Lebensführung zu befähigen (vgl. BMFSFJ, 2007, S. 30). Als zweiter Meilenstein kann das im Jahr 2015 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz) angesehen werden, der einen bedeutenden Schritt in der Entwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland markiert. Dieses Gesetz legt besonderen Wert auf Interventionen, die sich auf bestimmte Lebensbereiche und -umgebungen beziehen und es schafft, eine verbesserte Grundlage für die Zusammenarbeit zwischen zentralen Akteur\*innen und Institutionen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zu schaffen (vgl. Kickbusch, 2021, S. 7).

#### Definition nach Hurrelmann

Es handelt sich, im Sinne der von Hurrelmann vorgeschlagenen Definition, bei der Gesundheitsförderung und der Krankheitsprävention um zwei, sich ergänzende Strategien, die darauf abzielen, Risikofaktoren abzuschwächen bzw. zu beseitigen und Schutzfaktoren zu stärken. Die Förderung von Gesundheitspotentialen und die Zurückdrängung von Krankheitslasten und damit eine Erhöhung der gesundheitlichen Lebensqualität steht im Fokus des Handelns (vgl. Hurrelmann & Richter, 2016, S. 148 f.). Hierbei erfolgt eine Orientierung an der Salutogenese (vgl. ebd., S. 154). Gesundheitsförderung wird von Hurrelmann als ein Gesundheitsgewinn durch eine Verbesserung der Bedingungen für die Gesundheit und Krankheitsprävention als Gesundheitsgewinn durch eine Zurückdrängung von Risikofaktoren für Krankheiten beschrieben (vgl. Hurrelmann, 2006, S. 149). Die beiden Strategien haben dennoch gemeinsam, dass sie einen Gesundheitsgewinn erzielen wollen und dieses Ziel auf unterschiedliche Weise anstreben (vgl. ebd.).

Gesundheitsförderung ist ein komplexer sozialer und gesundheitspolitischer Ansatz, der ausdrücklich sowohl die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensweisen als auch die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen umfasst.

Gesundheitsförderung will nicht nur individuelle Lebens- und Handlungsfähigkeiten beeinflussen und Menschen zur Verbesserung ihrer Gesundheit befähigen. Sie zielt darüber hinaus auf ökonomische, soziale, ökologische und kulturelle Faktoren und auf die politische Intervention zur Beeinflussung dieser gesundheitsrelevanten Faktoren (Hurrelmann & Richter, 2016, S. 154).

Krankheitsprävention kann als eine ergänzende Strategie zur Gesundheitsförderung angesehen werden und bezeichnet geeignete Interventionen, die das Auftreten von Krankheiten verhindern sollen und sich auf die Verhinderung und Minimierung von Krankheitsrisiken konzentrieren, wobei sie sich an der Pathogenese orientiert (vgl. Hurrelmann & Richter, 2016, S. 154). Diese Strategien lassen sich in primäre, sekundäre und tertiäre Schritte unterscheiden. Hierbei wird nach Zeitpunkt und nach Art des Eingriffes unterschieden (vgl. Hurrelmann, 2006, S. 146). Primäre Prävention erfolgt vor dem Ausbruch von Krankheiten bzw. bevor erste Symptome auftreten. Das Hauptziel ist die Vorbeugung von Risikofaktoren, um die Inzidenzrate bestimmter Krankheiten zu reduzieren. Im Kindesalter zielt sie darauf ab, Gesundheitsproblemen entgegenzuwirken, die frühzeitig auftreten, sowie der Prävention von Erkrankungen, die erst in späteren Lebensabschnitten auftreten, vorzubeugen. Sekundäre Prävention zielt auf die Früherkennung von Krankheiten ab und hat zum Ziel, das Fortschreiten einer Erkrankung zu verhindern oder einzudämmen. Im Gegensatz dazu beginnt die tertiäre Prävention, wenn eine Krankheit bereits ausgebrochen ist. Ihr Hauptziel ist die Reduzierung der Krankheitsintensität, die Vermeidung von Folgeschäden und das Verhindern von Rückfällen (vgl. Rathmann und Schricker, 2021, S. 30). Die gesundheitsbezogene Intervention bei der Krankheitsprävention hat die Abwendung von Ausgangsbedingungen und voranschreitenden Dynamiken für Krankheit als Ziel. Als Voraussetzung für die Auswahl und Anwendung der Strategien ist es demnach als notwendig anzusehen eine „[...] genaue Kenntnis pathogener Dynamiken, also der zu erwartenden verschiedenen Entwicklungs- und Verlaufsstadien des individuellen und/oder kollektiven Krankheitsgeschehens“ zu haben (Hurrelmann, 2006, S. 149). Eine Ausrichtung der Prävention muss sich an der Lebenswelt der Zielgruppen orientieren und dabei neben einer Veränderung des Verhaltens auch immer auf eine Änderung der Verhältnisse abzielen (vgl. Pawils 2021, S. 396).

### **Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit**

Im Rahmen der Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit wurde das Ziel formuliert, die gesunde psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu stärken, insbesondere bei denen, die sich in Risikosituationen befinden. Gleichzeitig sollen

psychische Auffälligkeiten frühzeitig identifiziert und behandelt werden (vgl. RKI/BZgA, 2008, S. 25). Die Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit umfasst vier zentrale Handlungsfelder.

1. Prävention und Gesundheitsförderung ausbauen, 2. Gesundheitliche Chancengleichheit fördern, 3. Gesundheitliche Risiken mindern, 4. Situation beobachten, Grundlagen erforschen und Risiko- und Schutzfaktoren ermitteln (vgl. ebd.). Die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen gewinnt in Deutschland zunehmend an Bedeutung, was sich unter anderem auch an den Plänen zur Erweiterung der Kinder-Vorsorgeuntersuchungen zeigt. Es wird das Ziel verfolgt emotionale Probleme wie Ängste, Depressionen und Essstörungen frühzeitig zu identifizieren und zu behandeln. Ein Hauptziel besteht darin, die Teilnahme an diesen Untersuchungen zu erhöhen. Als eine entscheidende Voraussetzung für eine gesunde psychische Kindesentwicklung wird in der Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit außerdem die gezielte Prävention von Vernachlässigung und häuslicher Gewalt benannt. Die Bundesregierung verfolgt auch das Ziel, Gesundheitsrisiken zu reduzieren. Dazu gehören Maßnahmen zur Senkung der Unfallzahlen, sichere Radverkehrsförderung und die Einbeziehung von Gesundheitsvorsorgeaspekten in städtebauliche Planungen, insbesondere in sozial benachteiligten Stadtteilen (Bundesministerium für Gesundheit, 2008, S. 3 ff.).

Aus diesem Grund werden gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung als zwei unterschiedliche Formen des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit bzw. gesundheitlichen Belastungen angesehen. Gleichzeitig kommt es zu einer Ergänzung beider Perspektiven, die ihre Wirkung erst im Zusammenspiel finden. Diese Einsicht stellt einen Ansatzpunkt für die Bestimmung von Verhältnissen zwischen dem Gesundheitssystem und der Kinder- und Jugendhilfe dar (vgl. BMFSFJ, 2007, S. 34 f.). Im 13. Kinder- und Jugendhilfebericht heißt es: „Zwar verfügt die Kinder- und Jugendhilfe auch über begrenzte Handlungsmöglichkeiten zur Verhinderung von gesundheitlichen Belastungen und Krankheiten; ihre Stärke liegt jedoch eindeutig im Bereich der Gesundheitsförderung. Dort hat sie – aus der Sicht der Sachverständigenkommission – ihre Potentiale noch gar nicht richtig erkannt, geschweige denn offensiv genutzt“ (2007, S. 34 f.). In den verschiedenen Konzepten von Gesundheit steht ein „möglichst selbstbestimmt entscheidendes, handlungsfähiges eigenverantwortliches Subjekt, das spezifische Ressourcen benötigt“ (BMFSFJ, 2007, S. 35) im Mittelpunkt, wozu das „Gefühl der Selbstwirksamkeit und der Sinnhaftigkeit des eigenen Handelns, die Erfahrungen, mit sich selbst identisch zu sein, sowie soziale Anerkennung und kulturelle Einbettung“ gehören (ebd.). Diese Fähigkeiten werden als wichtig angesehen, um Stress und Krisen in Belastungssituationen bewältigen zu können und dadurch Gesundheit zu erhalten bzw. diese wieder zu erlangen. Hieraus geht die Aufgabe der Stärkung und Förderung von Ressourcen auf Seiten der Kindern und Jugendlichen hervor. Als entscheidend kann dafür

angesehen werden, dass Strukturen geschaffen werden müssen, die Kinder und Jugendliche „[...] ermutigen, stärken und befähigen in der Wahrnehmung ihrer Rechte – und ihnen zu mehr Handlungsfähigkeit im Sinne der selbstbestimmten Nutzung ihrer Ressourcen zu verhelfen“ (BMFSFJ, 2007, S. 35). Der Zugang zu Erfahrungen von einer derartigen Selbstwirksamkeit wird jedoch beispielsweise durch einen benachteiligenden sozial-ökonomischen Status, Geschlechtszugehörigkeit und Migrationshintergrund erschwert (vgl. BMFSFJ, 2007, S. 35). Es besteht die Problematik, dass die Verfügbarkeit derartiger Ressourcen ungleich verteilt ist und damit ab dem Beginn des Lebens die Chancen für eine gute Entwicklung verschieden sind. Ziel ist es, wie in der Ottawa Charta formuliert wurde, alle Heranwachsenden zu befähigen eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben, selbst Entscheidungen zu fällen und in der Gesellschaft Bedingungen herzustellen, die Gesundheit für alle Bürger\*innen ermöglicht (vgl. ebd.). Zusammenfassend kann die Stärkung von individuellen Fähigkeiten und Ressourcen als ein wichtiger Ansatzpunkt in der Gesundheitsförderung genannt werden. Deutlich geworden ist, dass dieser Ansatz auf der Annahme basiert, dass Menschen eine aktive Rolle in ihrer eigenen Gesundheit spielen können, wenn sie die notwendigen Fähigkeiten und Ressourcen besitzen.

### Gesundheitskompetenz

Aus der Public-Health Perspektive erstreckt sich die Bedeutung des Begriffs Gesundheitskompetenz über das reine Verstehen und Anwenden von Gesundheitsinformationen hinaus. Vielmehr bezieht sich Gesundheitskompetenz auf ein alltagspraktisches Wissen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Sie umfasst die Fähigkeiten einer Person, bewusst mit ihrem eigenen Körper und den lebensbedingten Einflüssen auf ihre Gesundheit umzugehen. Die Aneignung und Anwendung von Gesundheitskompetenz sind stark vom sozialen Hintergrund einer Person geprägt und werden insbesondere durch kulturelle Einflüsse, Bildung und Erziehung beeinflusst (vgl. Koppelin, 2022, S. 127).

### Empfehlungen für Prävention und Gesundheitsförderung für die Altersgruppe der 11 bis 17-Jährigen

In der Kindheit werden die Grundlagen für die zukünftige Gesundheit und die Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe gelegt. Daher ist es von großer Bedeutung, frühzeitig präventive Maßnahmen und Gesundheitsförderung einzuführen, um die gesundheitlichen Schutzfaktoren bei jungen Menschen zu stärken und Risiken zu minimieren (vgl. Robert Koch-Institut, 2013, S. 5). Gesundheitsriskante Verhaltensmuster, welche sich in der Jugend entwickelt haben, bestehen oftmals bis ins Erwachsenenalter hinein und führen vermehrt zu Gesundheitsproblemen. Kinder und Jugendliche benötigen demnach Hilfe bei der Bewältigung

ihrer Entwicklungsaufgaben, um diese Gefährdung zu unterbrechen. Lebenskompetenzprogramme, wie beispielsweise in der Reihe „Gesundheitsförderung konkret - Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland“ 2005 von der BZgA herausgegeben, wirken hier unterstützend und bieten konkrete Anregungen für die Praxis. Neben familiären Einflüssen, schulischer Umgebung und Bildung beeinflussen vor allem Gleichaltrigengruppen und Medien das Verhalten von Jugendlichen in Bezug auf Gesundheit. Daher ist es für wirksame Programme in der Prävention und Gesundheitsförderung entscheidend, sogenannte Peergroup-Ansätze zu verfolgen. Das bedeutet, dass Gleichaltrigengruppen mit ihren individuellen Lebensstilen, Normen und Werten als integraler Bestandteil der Lebenswelt einbezogen werden sollten. Zudem sollten Lebenskompetenzprogramme Jugendliche befähigen, die in den Medien präsentierten Vorbilder, Normen und Werte zu erkennen und eine kritische Medienkompetenz zu entwickeln (vgl. RKI/ BZgA, 2008, S. 172). KiGGS stellt die erste landesweite repräsentative Untersuchung zur gesundheitlichen Verfassung der aufwachsenden Generation dar und liefert wiederholt bundesweit repräsentative Daten zur Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten der Heranwachsenden (vgl. RKI, 2013, S. 4). Aus den Ergebnissen der KiGGS wurden Empfehlungen für Prävention und Gesundheitsförderung für die Altersgruppe der 11 bis 17-Jährigen, ihre Eltern, Gleichaltrigengruppen und Betreuungspersonen abgeleitet bzw. analysiert. Besonders wichtige Themen der Gesundheitsförderung sind demnach:

- Stärkung der Elternkompetenz und Lebenskompetenz der Jugendlichen
- Verbreitung eines gesundheitsfördernden Lebensstils bei Jugendlichen (Nichtrauchen, Umgang mit Alkohol, Ernährung, Bewegung, Stressregulation)
- Entwicklung und Stärkung kritischer Medienkompetenz
- Erhöhung der Inanspruchnahme der Jugendgesundheitsuntersuchung und von Impfungen
- Weiterentwicklung der Qualität von Programmen zur Gewichtsreduktion bei Jugendlichen
- Integration von Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Sportvereine
- Sensibilisierung für Hinweise auf Essstörungen
- Verzicht auf motorisierte Teilnahme am Straßenverkehr nach Alkoholgenuss
- Prävention von Freizeitunfällen
- Schutz vor Lärmbelastungen (z. B. durch MP3- Player)
- Helmtragen beim Fahrradfahren
- Umgang mit ADHS und entsprechendes Elterntraining
- Mundhygiene und Kariesprophylaxe, insbesondere Gruppenprophylaxe (RKI/ BZgA, 2008, S. 172).

Um Präventionsaufgaben erfolgreich umsetzen zu können, bedarf es einer koordinierten und vernetzten Herangehensweise. Die relevanten Berufsgruppen im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen spielen dabei eine bedeutende Rolle, da sie die Gesundheitsförderung direkt vor

Ort im Alltag der Zielgruppen umsetzen. Hierfür ist es von großer Wichtigkeit, die Strukturen zwischen den Einrichtungen des Gesundheitswesens, den Institutionen des Sozial- und Bildungswesens sowie den gemeinnützigen Organisationen eng miteinander zu verknüpfen bzw. zu stärken. Um eine erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung gewährleisten zu können, muss die soziale Infrastruktur in enger Zusammenarbeit agieren (vgl. RKI/ BZgA, 2008, S. 172). Um die Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen zu fördern, sollte die Umsetzungsstrategie eine umfassende Informations- und Motivationskampagne einschließen, entsprechende Medien zur Verfügung gestellt werden und klare, zentrale Botschaften vermittelt werden. Darüber hinaus sollte sie eng mit einer breit angelegten Aktionsplattform verknüpft sein, die die Maßnahmen verschiedener Akteure unterstützt und koordiniert. Es stehen bereits eine Vielzahl bewährter Maßnahmen und umfassender Kommunikationsstrategien zur Verfügung, um beispielsweise Elternkompetenzen zu stärken und die Fähigkeiten und Kenntnisse von Fachkräften zu fördern (vgl. RKI/ BZgA, 2008, S. 173). Eine Verknüpfung dieser Maßnahmen sollte dabei als Ziel dienen, um die Präventionskette flächendeckend umzusetzen. Dies wird als Voraussetzung dafür angesehen, allen Kindern und Jugendlichen in Deutschland gleiche Chancen für eine gesunde Entwicklung zu bieten (vgl. ebd.). Erfolgreiche Programme zur Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen, die in verschiedenen Lebensbereichen wie beispielsweise dem Wohnumfeld implementiert werden, sollten die folgenden Kriterien erfüllen: Sie sollten früh beginnen, Kinder und Jugendliche langfristig und systematisch unterstützen und ihnen dabei helfen, die für ihre Altersgruppe typischen Entwicklungsaufgaben zu bewältigen (vgl. RKI/ BZgA, 2008, S. 172).

Angesichts der unterschiedlichen Entwicklungspfade erfordert die Gesundheitsförderung differenzierte Maßnahmen. Bei Jugendlichen mit begrenzter Selbstregulationsfähigkeit und einem starken Bedürfnis nach positiven Gefühlen könnten externe Barrieren gegen riskantes Verhalten kurzfristig wirksamer sein als Verhaltenspräventionsmaßnahmen (vgl. Pinquardt, 2021, S. 366 f.). Da verschiedene gesundheitlich riskante Verhaltensweisen oft gemeinsam auftreten und gemeinsame Risiko- und Schutzfaktoren bestehen, sind breit angelegte Maßnahmen ratsam, die Veränderungen mehrerer gesundheitsbezogener Verhaltensweisen anstreben. Um Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Zukunft zu optimieren, bedarf es weiterer Erkenntnisse über differenzierte Effekte verschiedener Präventionsstrategien und deren Anwendung bei verschiedenen Altersgruppen (vgl. ebd.). Es erscheint in vielen Fällen sinnvoll, die Gesundheitsförderung mit Elementen der Verhältnis- und Verhaltensprävention zu kombinieren, da dies eine zeitstabile und beachtliche Wirkung gezeigt hat (vgl. Kaba-Schönstein, 2011, S. 205). Sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisprävention sollten gleichermaßen angewandt werden, da settingbezogene Ansätze eine nachhaltige Umsetzung primärpräventiver Interventionen ohne Stigmatisierung von

Risikogruppen in verschiedenen Settings wie Kitas, Schulen sowie Pflege- und Altenheimen ermöglichen (vgl. Pawils, 2021, S. 393 f.). Dies ist auch auf den Bereich der Heimerziehung übertragbar. Pawils beschreibt praktische Hinweise für die Implementierung von Prävention für vulnerable Zielgruppen (vgl. Pawils, 2021, S. 396). Hierbei ist auf die Verwendung einer leichten und klaren Sprache, sowie die Vermeidung von Schachtel- und Nebensätzen zu achten. Es sollten Formulierungen und Worte genutzt werden, die von der Zielgruppe verwendet werden und nonverbale Kommunikationsmittel, wie beispielsweise Fotos oder Piktogramme eingesetzt werden. Die Kommunikationsmittel der Zielgruppe sollten dabei genutzt werden. „Smartphone-Applikation statt Computer-Webseite, Vortrag/ mündliche Kommunikation statt schriftlicher Materialien, Musik statt Sprache“ (Pawils, 2021, S. 396). Ebenfalls erscheint es sinnvoll digitale Präventionsangebote, mit denen die Zielgruppe im Alltag vertraut ist, zu nutzen (vgl. ebd.).

Aus dem Bereich der Grund- und weiterführenden Schulen ist der Beruf der Schulgesundheitspfleger\*in (eine pflegerische Spezialisierung), international als School Health Nurse bezeichnet, bekannt (vgl. Kocks, 2008, S. 246). Es handelt sich um ein Modell, was international Anwendung findet, jedoch in Deutschland noch in den Kinderschuhen steckt. Dieses aufsuchende Angebot mit einer erweiterten Definition der Gesundheit, welches den Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Schule zur Verfügung steht verfolgt das Ziel, Gesundheit und Erkrankung, Prävention und Gesundheitsförderung in einen bestehenden Schulalltag zu integrieren und damit die Basis für einen Gewinn an Gesundheit und Bildung zu schaffen (ebd.). Kocks betont, dass sowohl Gesundheit als auch Bildung neben den sozialen Aspekten entscheidende Schlüsselqualifikationen sind, die einen signifikanten Einfluss auf den späteren Lebensweg von Kindern und Jugendlichen haben. Untersuchungen, Diskussionen und Veröffentlichungen zeigen übereinstimmend, dass Kinder und Jugendliche in Deutschland eine verbesserte Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung benötigen. Allerdings fehlen bisher konkrete Konsequenzen und der Mut zu neuen Strategien (vgl. Kocks, 2008, S. 247).

### **3.3. Gesundheitliche und soziale Ungleichheit**

---

In der Gesundheitssoziologie sind verschiedene Theorien von Gesundheit und Krankheit verbreitet, die die Befunde zu den Bedingungen für Gesundheit und Krankheit erklären. In diesem Abschnitt werden ausgewählte Theorien zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit in einer kurzen Übersicht vorgestellt.

Gesellschaftstheorien suchen nach Erklärungen dafür, wie und warum sich kulturelle, ökonomische und soziale Bedingungen auf die gesundheitliche Ungleichheit auswirken. Die Betonung liegt auf der Kraft der sozialen Faktoren bzw. den gesellschaftlichen Verhältnissen,

die als verantwortlich für die Entstehung des Gesundheitsverhaltens und einer Gesundheits- und Krankheitsdynamik gesehen werden (vgl. Hurrelmann, 2006, S. 66). Soziale und ökonomische Ungleichheiten der Verteilung von Ressourcen würden sich, so die These der Gesellschaftstheorien, in den Gesundheitsbilanzen der Bevölkerung niederschlagen. Es besteht demnach ein enger Zusammenhang zwischen der Entstehung von Gesundheit und Krankheit und den Unterschieden der Ressourcenverteilung (vgl. ebd.). Public-Health Theorien erklären das Gesundheits- und Krankheitsverhalten an unmittelbaren Ausgangsbedingungen, statt primär auf die gesellschaftlichen Sozialstrukturen zu blicken. Diese Theorien legen den Schwerpunkt für die Erklärung von Gesundheit und Krankheit auf gesellschaftliche Ausgangsbedingungen und stellen Verhältnisfaktoren in den Vordergrund. Public-Health wird als die Wissenschaft der systematischen Analyse der Verbreitung von Gesundheits- und Krankheitsbefunden in der Bevölkerung und die darauf bezogenen Interventionsansätze zur Förderung von Gesundheit und zur Verhütung von Krankheit beschrieben. Public Health Theorien, die an die Komponenten der Gesellschaftstheorien anknüpfen, orientieren sich hingegen nicht nur soziologisch, sondern beziehen Gesundheitswissenschaften als ein interdisziplinäres Gebiet (biomedizinische- und sozialwissenschaftliche Fachaspekte) mit ein (vgl. Hurrelmann, 2016, S. 84 f.). Es stehen zwei Formen der Analyse im Vordergrund der Public Health Theorie. Die epidemiologische Analyse von Risikofaktoren für den Gesundheitsstatus der Bevölkerung und die Analyse der Bedürfnisse der Nutzer\*innen des Gesundheitssystems, welche versorgungsorientiert ausgerichtet ist (vgl. Hurrelmann, 2016, S. 85).

Eine weitere Theorie ist die Lerntheorie, welche an der Wechselwirkung von Umweltgegebenheiten und dem individuellen Gesundheitsverhalten ansetzt. Verschiedene Ansätze von Lerntheorien stellen die Verhaltensfaktoren in den Vordergrund, betonen also die direkte Rolle, die das Gesundheitsverhalten für den Gesundheits- und Krankheitsstatus hat. Im Vordergrund stehen dabei Lern- und Bewältigungsprozesse. Bewältigungstheorien analysieren gesundheitsrelevante Verarbeitungsprozesse und die interaktiven Auseinandersetzungen. Die Theorien stellen unterschiedliche Bedingungen, wie Verhältnis- und Verhaltensfaktoren oder personale Faktoren in den Vordergrund, um das Bedingungsgefüge zu erklären (vgl. Hurrelmann, 2006, S. 65). „Die Verhältnisebene ist durch ungünstige Lebensbedingungen charakterisiert, die eine mangelnde soziale Integration und Unterstützung zur Folge haben. Die Verhaltensebene ist durch einen deprivierten, durch Mängel in der Bedürfnisbefriedigung gekennzeichneten Lebensstil markiert, der ein schlechtes Gesundheitsverhalten zur Folge hat. Alle diese Faktoren zusammen bewirken den relativ schlechten Gesundheitsstatus.“ (Hurrelmann, 2006, S. 71).

## Der Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit

Im wissenschaftlichen Diskurs herrscht Konsens darüber, dass die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sowie ihre Perspektiven auf ein gesundes Leben nicht nur von physischen und psychischen Faktoren abhängig sind, sondern auch stark von ihrem familiären und sozialen Umfeld beeinflusst werden. Gesundheit ist als ein grundlegender Faktor für erfolgreiches und gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen anzusehen. Ein ganzheitlicher Ansatz zur Gesundheit berücksichtigt sowohl physische als auch psychische und soziale Aspekte und betont die Bedeutung von Prävention, Gesundheitsförderung, Bildung und die Schaffung einer gesunden Umwelt und ist als entscheidend für eine Gewährleistung der bestmöglichen Bedingungen für die Entwicklung junger Menschen anzusehen (vgl. Robert Koch-Institut, 2013, S. 5). In dem folgend dargestellten Ursachenmodell werden die Auswirkungen auf die vermittelnden Faktoren der Unterschiede (auf zweiter Ebene in der Grafik) deutlich. Diese stehen in enger wechselseitiger Verbindung zueinander und beeinflussen die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, sodass es langfristig zu gesundheitlicher Ungleichheit kommt (vgl. Hurrelmann, 2006, S. 68 f.).

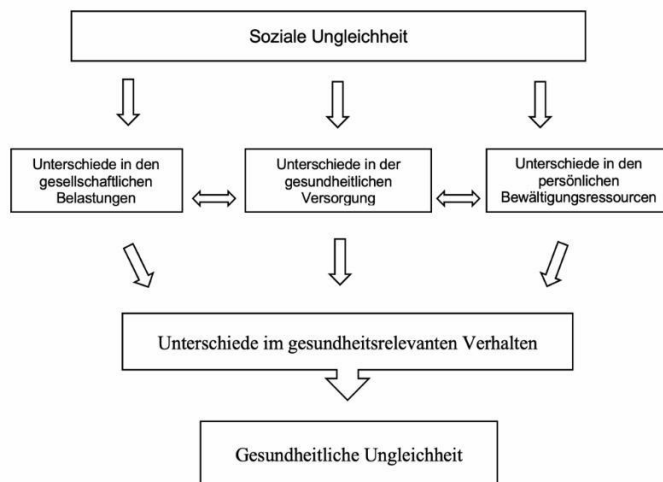


Abbildung 1: Der Zusammenhang von sozialer- und gesundheitlicher Ungleichheit (eigene Darstellung nach Mielck und Helmert, 1998, in: Hurrelmann, 2006, S. 69).

Je höher der sozioökonomische Status, desto größer ist nach den vorliegenden Studien das Selbstvertrauen in die Bewältigung der Lebensanforderungen. Ein niedriger Status führt meist zu einem gering ausgeprägten Selbstbewusstsein, wenig Wissen über die Entstehungs- und Sicherungsbedingungen von Gesundheit und unzureichenden Fähigkeiten der Störungs- und Krankheitsbewältigung. Bildhaft könnte man auch davon sprechen, dass die *Fähigkeit zum*

*Doing Health*, zur selbstgesteuerten Gestaltung des Gesundheitsverhaltens und der Beeinflussung der Gesundheitsverhältnisse einschließlich der Konsequenzen, sich fachlich kundige Hilfe zu suchen, sinkt. Die Folgen sind (...) falsche Ernährung, zu wenig Bewegung, unangemessene Spannungsregulation mit Neigung zu erhöhtem Substanzkonsum, auffällig viele psychische und psychosomatische Krankheiten, depressive Syndrome und funktionelle Störungen, meist kombiniert mit unzureichendem Vorsorgeverhalten (Hurrelmann, 2006, S. 69).

Die Ergebnisse der komplexen Gesundheitsstudie „KiGGS“ (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, nähere Erklärungen zu dieser Studie folgen im weiteren Verlauf) geben allgemeine Hinweise auf eine vorhandene Ungleichverteilung der Gesundheitschancen und lassen erkennen, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien

[...] häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen sind, häufiger zu den Rauchenden gehören, weniger gestillt wurden, seltener regelmäßig Sport treiben, mehr Freizeit vor dem Bildschirm verbringen, sich seltener die Zähne putzen, häufiger Verhaltensauffälligkeiten zeigen, häufiger psychische Probleme und Essstörungen haben, in einem ungünstigeren Familienklima aufwachsen, geringere personale, soziale und familiäre Ressourcen besitzen, eine höhere Gewaltbelastung aufweisen, die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen seltener wahrnehmen, häufiger Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen haben und häufiger Mütter haben, die während der Schwangerschaft geraucht haben (RKI/ BZgA, 2008, S. 155).

Im Kapitel 3.4.2 wird näher auf mögliche Gesundheitsprobleme der Kinder- und Jugendlichen in Deutschland eingegangen. Aus den Forschungsergebnissen wird deutlich, dass sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen und häufiger von gesundheitsbezogenen Einschränkungen betroffen sind (vgl. RKI/ Destatis, 2018, S. 24-27). Soziale Ungleichheit wird gemessen an den finanziellen Ressourcen, dem sozioökonomischen Status und dem Bildungsgrad sowie beruflicher und sozialer Anerkennung (vgl. Hurrelmann, 2006, S. 68). Ansatzpunkt zur Reduzierung sozialer Ungleichheit ist die Beeinflussung der vermittelnden Faktoren. Diese Bedingungsfaktoren können auf der Ebene der gesundheitlichen Belastungen durch eine Verbesserung der Freizeit- und Wohnbedingungen verändert werden. Individuelle Kompetenzen der Lebensbewältigung können über Bildungsimpulse erhöht werden. Die Teilnahme an Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen sowie an präventiven Maßnahmen sollte gesteigert werden. Bezogen auf das Klientel in der Heimerziehung ist es diesem, aufgrund von finanzieller, beruflicher und bildungsabhängiger Zurücksetzung nicht möglich, einen Lebensstil zu führen, der sich selbstbestimmt und gesundheitsförderlich gestaltet (vgl. Hurrelmann, 2006, S. 70 f.). Es besteht ein Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung der Familie und einem schlechten Gesundheitszustand bei den Kindern. Es kommt zu einer Verkettung von negativen Lebensbedingungen. Diese, auf der Verhältnisebene beschriebene Ausgangslage, hat

Auswirkungen auf die Verhaltensebene. Diese Bedingungen haben in direkter und indirekter Form Einfluss auf den Leistungsstandard, die Intelligenz, die Selbstwahrnehmung, das soziale Verhalten und die Sprachentwicklung der Kinder und Jugendlichen und somit auf die Leistungs-, Persönlichkeits- und Gesundheitsentwicklung der Kinder (vgl. Hurrelmann, 2006, S. 75). Auf der Verhältnisebene sind beispielsweise monotone Freizeitangebote, Arbeitslosigkeit, Geldmangel, Wohnenge, wenig stimulierende Umweltimpulse im Elternhaus, soziale Isolation und mangelnde Unterstützung aus der Nachbarschaft zu nennen. Auf der Verhaltensebene wird aggressives und depressives Verhalten, ein deprivierter Lebensstil mit schlechtem Erziehungsverhalten der Eltern, niedriges Selbstvertrauen, Verunsicherung der Kinder, gesundheitliches Risikoverhalten der Kinder und schlechte Schulleistungen aufgeführt (vgl. Hurrelmann, 2006, S. 75). Die Benachteiligung hat wiederum Auswirkungen auf den Prozess der Sozialisation der Kinder, wobei die persönliche Entwicklung sich adaptiv in allen psychischen und sozialen Dimensionen auf die (ungünstige) sozioökonomische Lebenslage einstellt. Für die Kinder liegen die Folgen in Verwahrlosung und Verunsicherungen ihres sozialen Verhaltens. Die Kinder übernehmen in Laufe ihrer Sozialisation den gesundheitsrelevanten Lebensstil, der zu ungünstigen Mustern im hygienischen-, im Bewegungs- und Essverhalten sowie zu einem Risikoverhalten in Gestalt von gefährlichem Sexualverhalten und auffälligem Unfallverhalten, einer geringeren Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten und mangelnder Sensibilisierung bezüglich der eigenen Gesundheit führt (vgl. Hurrelmann, 2006, S. 76). Der weitere Lebenslauf, bezogen auf das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitsstatus wird durch diese Muster bestimmt (ebd.). Dadurch, dass die Kinder unzureichende Anerkennung, Anregung, Anleitung und mangelnde Strukturierung des Familienalltags erfahren, kann es zu einem „[...] Gefühl der sozialen Minderwertigkeit, zu mangelndem Selbstwertgefühl, zur Unfähigkeit solidarischen Handelns und psychosomatischen, aggressiven, depressiven, affektiven oder anderen psychiatrisch relevanten Störungen kommen“ (Hurrelmann, 2006, S. 76). Insbesondere bei der psychischen Gesundheit sind die sozialen Unterschiede deutlich erkennbar. Mädchen und Jungen mit niedrigem sozioökonomischen Status haben ein erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten oder für das Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom im Vergleich zu Gleichaltrigen mit einem hohen sozioökonomischen Status. Um allen Kindern und Jugendlichen eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen, sollten Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention frühzeitig im Lebensverlauf ansetzen und auf spezifische Zielgruppen abgestimmt werden (vgl. RKI/ Destatis, 2018, S. 19). Ein niedriger sozialer Status zählt zu den Risikofaktoren, welcher mit einer bis zu vierfach erhöhter Wahrscheinlichkeit für psychische Auffälligkeiten einhergeht (vgl. RKI/BZgA, 2008, S. 6). „Bei Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status lag der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Risiko für eine psychische Störung mit 33,5% um den Faktor drei höher als bei Familien mit hohem

Sozialstatus (9,8%)“ (RKI, 2015, S. 117). Bei gleichzeitiger Berücksichtigung weiterer relevanter sozialer Variablen zeigt sich, dass 11 bis 17-jährige Jungen aus Familien mit dem niedrigsten Einkommen ein deutlich höheres Risiko für psychische Auffälligkeiten haben als gleichaltrige Jungen aus Familien mit dem höchsten Einkommen. Mädchen werden insgesamt seltener als psychisch auffällig eingestuft (vgl. RKI/ BZgA, 2008, S. 157 f.). Der Einkommenseffekt zeigt sich auch im Zusammenhang mit Übergewicht und Adipositas, insbesondere bei 11- bis 17-jährigen Mädchen. In dieser Altersgruppe sind in der niedrigsten Einkommensgruppe mit 26,4 % fast doppelt so viele Mädchen übergewichtig oder adipös wie in der höchsten Einkommensgruppe (vgl. RKI/ BZgA, 2008, S. 157 f.). Werden weiterer relevante Indikatoren berücksichtigt, ist erkennbar, dass auch der Bildungshintergrund der Eltern einen starken Einfluss hat (vgl. ebd.). Außerdem konnte festgestellt werden, dass Kinder von psychisch, chronisch oder schwer erkrankten sowie suchtkranken Eltern ein besonders hohes Risiko haben, psychische Störungen zu entwickeln (vgl. ebd., S. 25).

In diesem Absatz ist deutlich geworden, dass die langfristigen gesundheitlichen Risikofaktoren im Kindes- und Jugendalter in Abhängigkeit von der sozioökonomischen Lage variieren und dass die soziale Herkunft von Kindern und Jugendlichen eine entscheidende Rolle für ihre Gesundheit im späteren Leben spielt (vgl. RKI/ Destatis, 2018, S. 24 f.), jedoch nicht vorbestimmt bzw. schicksalhaft ist. Ungünstige soziale Startbedingungen können durch frühzeitige und nachhaltige Prävention und Gesundheitsförderung teilweise ausgeglichen werden, wenn diese rechtzeitig beginnen (vgl. RKI, 2013, S. 15).

### **3.4. Vollstationäre Kinder- und Jugendhilfe/ Heimerziehung**

---

In der Heimerziehung stellen Gesundheitsprobleme spezifische Herausforderungen für die Kinder- und Jugendlichen sowie die pädagogischen Fachpersonen in der beruflichen Praxis dar. Kinder und Jugendliche, die in der stationären Jugendhilfe untergebracht sind, stehen oft extremen und kumulierten psychosozialen Risikofaktoren gegenüber und bilden aus vielfältigen Gründen eine Hochrisikopopulation für die Entwicklung und Chronifizierung von psychischen Erkrankungen (vgl. Schmid, 2007, S. 17).

Die „Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform“ nach §34 SGB VIII zählt zu den Hilfen zur Erziehung und beschreibt eine familienersetzende bzw. familienergänzende Hilfe, welche sich an Kinder und Jugendliche richtet. Die Heimerziehung ist eine Art der Hilfen zur Erziehung (§28-35 SGB VIII), welche weitgehend in die bisherige Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen eingreift. Innerhalb ihrer Sozialisation kommt es zu einem Wechsel von familiärer Erziehung zu professioneller Erziehung, was positive wie auch negative Auswirkungen für die Betroffenen hat (vgl. Emanuel et al., 2017, S. 135). Seit der Einführung des §35 a im Kinder- und Jugendhilfegesetz im Jahr 1991 ist die Jugendhilfe für die Eingliederungshilfe bzw. Hilfe

zur Teilhabe von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen zuständig. Die Intention, die der Gesetzgeber bei der Einführung hatte, war es, „[...] den interdisziplinären Dialog zu fördern und explizit ärztliche und pädagogische Kompetenzen bei den Planungen zur (Wieder-)Eingliederungshilfe psychisch kranker Kinder und Jugendlicher zu vereinen.“ (Schmid, 2007, S. 49). Es haben sich unterschiedliche Formen der Heimerziehung herausgebildet, welche an verschiedene Bedarfe der Kinder und Jugendlichen angepasst sind. Das Angebot ist somit sehr breit gefächert. Es stehen Gruppen mit intensiver Betreuung und Konzeption, wie beispielweise therapeutische Intensivwohngruppen oder Wohngemeinschaften als betreutes Wohnen zur Verfügung, die Ausgestaltung erfolgt von den verschiedenen Trägern (frei oder öffentlich) sehr unterschiedlich (vgl. Emanuel et al., 2017, 136 f.). Die vollstationäre Kinder- und Jugendhilfe spielt eine entscheidende Rolle bei der Betreuung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen, die nicht mehr in ihren Herkunftsfamilien leben können bzw. als unbegleitete minderjährige Asylsuchende in Deutschland in Obhut genommen wurden und im Rahmen der vollstationären Kinder- und Jugendhilfe betreut werden. Im Rahmen dieser Forschungsarbeit wird die Betreuung von unbegleiteten minderjährigen Asylsuchenden am Rande miteinbezogen.

Es soll eine Zusammenarbeit zwischen den Eltern und den Mitarbeiter\*innen erfolgen (§37, Abs. 1, S. 1, SGB VIII). Nach § 1 Abs. 1-3 SGB VIII gibt es neben der elterlichen Verantwortung, welche in Art. 6 Abs. 2 Grundgesetz und §1 Abs. 2 Satz 1 SGBVIII geregelt ist, eine öffentliche Verantwortung für das Aufwachsen, welche unter anderem auch die Kinder- und Jugendhilfe wahrnimmt. In § 1 SGB VIII wird das Recht eines jeden jungen Menschen auf die Förderung der individuellen Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen, selbstbestimmten und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit beschrieben (vgl. Abs. 1). Die Jugendhilfe soll zur Verwirklichung dieses Rechts unter anderem Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen (vgl. Abs. 3-4). Zum Auftrag der Kinder und Jugendhilfe wird beschrieben, dass diese sich nicht nur auf gesundheitliche, sondern auch auf außerschulische Bildungsangebote konzentriert, die eine breite Palette von Schwerpunkten abdecken, darunter allgemeine, politische, soziale, kulturelle, naturkundliche und technische Bildung (vgl. § 11 Abs. 3 Nr. 1).

### SGB VIII - Präventions- und Förderauftrag und weitere Berührungspunkte zum Gesundheitswesen

Der Präventions- und Förderauftrag und weitere Berührungspunkte zum Gesundheitswesen werden unter anderem dadurch deutlich, dass jungen Menschen und ihren Erziehungsberechtigten Bildungsprogramme im Bereich des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes angeboten werden sollen. Diese Maßnahmen haben das Ziel, junge Menschen in die Lage zu versetzen, sich vor schädlichen Einflüssen zu schützen und

gleichzeitig ihre Fähigkeiten zur Kritikfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit und Eigenverantwortlichkeit zu fördern, sowie ihr Verantwortungsbewusstsein gegenüber anderen Menschen zu stärken. Darüber hinaus sollen Eltern und andere Erziehungsberechtigte dazu befähigt werden, die Kinder und Jugendlichen vor potenziell schädlichen Einflüssen zu schützen (vgl. § 14 Abs. 1- 2 SGB VIII). Müttern, Vätern, anderen Erziehungsberechtigten und jungen Menschen sollen Leistungen im Bereich der Förderung der (elterlichen) Gesundheitskompetenz angeboten werden. Diese Leistungen haben das Ziel, Erziehungsberechtigte dabei zu unterstützen, ihre erzieherische Verantwortung wahrzunehmen und gleichzeitig die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten im Bereich der Gesundheit zu erlangen. Insbesondere sollen sie in Fragen der Gesundheitsförderung, Prävention und gesunden Lebensführung geschult werden, um die Gesundheit ihrer Familie zu erhalten und zu verbessern. Darüber hinaus sollen sie darüber aufgeklärt werden, wie sie Gesundheitskonflikte innerhalb der Familie auf gewaltfreie Weise lösen können (vgl. § 16 Abs. 1 SGB VIII). Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe haben mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen, deren Tätigkeit sich auf die Lebenssituation junger Menschen und ihrer Familien auswirkt, zusammenzuarbeiten. Demnach besteht beispielsweise ein gesetzlich geregelter Kooperationsauftrag der Kinder- und Jugendhilfe mit Gesundheitsdiensten, Einrichtungen und Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und sonstigen Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens (vgl. § 81 Nr. 5 SGB VIII).

Ein wesentliches Prinzip der Kinder- und Jugendhilfe gemäß SGB VIII besteht darin, Kinder, Jugendliche und ihre Eltern nicht als passive Empfänger\*innen von Maßnahmen oder Eingriffen zu betrachten, sondern sie als Expert\*innen für ihre eigenen Angelegenheiten einzubeziehen. Ziel ist es, auf Augenhöhe zusammenzuarbeiten und sie aktiv am Gestaltungsprozess von Unterstützung und Schutz teilhaben zu lassen. Diese Herangehensweise gilt als grundlegend in allen Bereichen der Kinder- und Jugendhilfe, um die Selbstbestimmung und Mitwirkungsfähigkeit von Kindern, Jugendlichen, jungen Erwachsenen und Eltern zu fördern. Um sicherzustellen, dass die Kinder- und Jugendhilfe diesem anspruchsvollen Auftrag gegenüber allen jungen Menschen gerecht werden kann und um den Schutz und die Unterstützung von Kindern und Jugendlichen in Heimen, Pflegefamilien und in schwierigen Lebenssituationen zu verbessern, plant das Kinder- und Jugendstärkungsgesetz umfangreiche Änderungen im Achten Buch des Sozialgesetzbuches (vgl. BMFSFJ, 2021). Im Bereich der inklusiven Kinder- und Jugendhilfe sollen die Jugendämter zum 01.01.2028 für alle Kinder und Jugendlichen zuständig werden, ganz gleich ob bzw. welche Beeinträchtigung vorliegt. Es wird als Aufgabe des Staates angesehen, alle Kinder und Jugendlichen, ob mit und ohne Behinderung zu unterstützen. Demnach gehören alle Kinder- und Jugendliche fortan in die Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe (vgl. BMFSFJ, 2021). Diese Gesamtzuständigkeit kann somit als letzte Stufe der SGB-VIII-Reform

erst dann umgesetzt werden, wenn Bundestag und Bundesrat bis 2027 ein Bundesgesetz verabschieden, das die Einzelheiten konkret regelt. Durch die geplante Gesetzesänderung soll im Rahmen des SGB VIII eine Bündelung der staatlichen Unterstützungsleistungen und Hilfen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen erfolgen. Als Hauptziel des Gesetzes kann die Schaffung einer zeitgemäßen Kinder- und Jugendhilfe angesehen werden, die darauf ausgerichtet ist, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit besonderem Unterstützungsbedarf zu stärken (vgl. BMFSFJ, 2021). Im Kontext der Inklusion wird häufig auf den sonderpädagogischen Förderbedarf von Kindern und Jugendlichen Bezug genommen. Dieser bezieht sich jedoch auf Lernbeeinträchtigungen und ist – obwohl es gewisse Überschneidungen geben mag – nicht gleichzusetzen mit einer Behinderung. Im Jahr 2013 wurden knapp 92.100 Kinder in Kindertageseinrichtungen oder öffentlich geförderter Kindertagespflege betreut, bei denen aufgrund bestehender oder drohender Behinderung Eingliederungshilfe nach SGB XII/SGB VII gewährt wurde oder bei denen ein sonderpädagogischer Förderbedarf festgestellt worden war (vgl. RKI, 2015, S. 137).

Die KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) erfasste Daten zu Behinderungen bei dieser Altersgruppe. Laut den Ergebnissen hatten 2,0 % der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren eine amtlich anerkannte Behinderung. Dabei bestand kein signifikanter Unterschied zwischen Mädchen und Jungen. Die KiGGS-Daten ermöglichen auch eine Abschätzung des Anteils von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen. Hierzu zählen nicht nur diejenigen mit einer amtlich anerkannten Behinderung, sondern auch solche, deren Eltern dauerhaften Unterstützungsbedarf angegeben haben sowie Einschränkungen aufgrund von Krankheiten, Gesundheitsproblemen oder Verhaltensstörungen. Demnach lässt sich annehmen, dass bei etwa 10 % der Kinder und Jugendlichen (8 % Mädchen, 12 % Jungen) eine Beeinträchtigung vorliegt (vgl. RKI, 2015, S. 137). Das Gesetz plant gesetzliche Änderungen in fünf Schlüsselbereichen. Dazu gehört ein verbesserter Kinder- und Jugendschutz, die Stärkung von Kindern und Jugendlichen in Pflegefamilien oder Erziehungshilfeeinrichtungen, integrierte Unterstützung für Kinder und Jugendliche mit und ohne Behinderungen, verstärkte Präventionsmaßnahmen vor Ort und eine erhöhte Beteiligung von jungen Menschen, Eltern und Familien (vgl. ebd., BMFSFJ, 2021). Von besonderer Bedeutung für die Thematik dieser Arbeit ist der Bereich der Hilfen aus einer Hand für Kinder und Jugendliche mit und ohne Behinderungen (BMFSFJ, 2021).

#### Mitarbeitende in der Kinder- und Jugendhilfe

§ 72 Abs. 1 SGB VIII regelt auf Bundesebene die Grundsätze der Qualifikation von hauptberuflichen Mitarbeiter\*innen der Kinder- und Jugendhilfe. Hier heißt es:

Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sollen bei den Jugendämtern und Landesjugendämtern hauptberuflich nur Personen beschäftigen, die sich für die jeweilige Aufgabe nach ihrer Persönlichkeit eignen und eine dieser Aufgabe entsprechende Ausbildung erhalten haben (Fachkräfte) oder auf Grund besonderer Erfahrungen in der sozialen Arbeit in der Lage sind, die Aufgabe zu erfüllen. Soweit die jeweilige Aufgabe dies erfordert, sind mit ihrer Wahrnehmung nur Fachkräfte oder Fachkräfte mit entsprechender Zusatzausbildung zu betrauen. Fachkräfte verschiedener Fachrichtungen sollen zusammenwirken, soweit die jeweilige Aufgabe dies erfordert (§72 Abs. 1 SGB VIII).

Die größte Gruppe der hauptberuflich in der Jugendarbeit Tätigen stellen mit 33% die Sozialpädagog\*innen und Sozialarbeiter\*innen dar. Die zweitgrößte Gruppe bilden mit 22 % die als Erzieher\*innen ausgebildeten Personen (vgl. Statistisches Bundesamt 2022a).

#### 3.4.1. Hochrisikogruppe „Heimkind“

---

In diesem Abschnitt soll geklärt werden, aus welchen Lebenslagen und Lebenswelten die in der Heimerziehung betreuten Kinder und Jugendlichen stammen. Es sollen mögliche Gründe für die Unterbringung dargestellt werden. Es soll ein Bild davon entstehen, wie groß die Gruppe, der in der vollstationären Kinder- und Jugendhilfe untergebrachten Kinder und Jugendlichen ist und in welcher Problemlage sich diese befindet.

Im Rahmen der Forschungsarbeit liegt der Fokus auf der Altersgruppe der 11 bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen. Das Jugendalter bzw. die Adoleszenz stellt eine besondere Herausforderung für alle Beteiligten dar. Es ist davon auszugehen, dass Jugendliche sich in der Lebensphase der Adoleszenz eher auf das „Hier und Jetzt“ konzentrieren und sich daher weniger Gedanken über die langfristigen gesundheitlichen Auswirkungen ihres Lebensstils machen (vgl. Ohlbrecht & Winkler, 2018, S. 616). Besonders im Kindes- und Jugendalter sind Fragen der Anpassung an gesellschaftliche Normen, das Bedürfnis nach Zugehörigkeit, die Akzeptanz in sozialen Gruppen sowie die Loslösung von elterlichen Vorgaben und die Erkundung von risikoreichen Freiheiten von großer Bedeutung. Diese Phase kann sowohl gesundheitsfördernd als auch gesundheitsgefährdend sein (vgl. ebd.). Jugendliche nutzen diese Zeit intensiv, um Vorstellungen von einer erfolgreichen Lebensführung zu erproben und unter geschützten Bedingungen zu testen. Dies betont die Notwendigkeit gezielter Gesundheitsförderung in dieser Altersgruppe (vgl. ebd.). „Die Zunahme von Gesundheitsproblemen und ungünstige Veränderungen vieler gesundheitsbezogener Verhaltensweisen machen das Jugendalter zu einem wichtigen Zeitfenster für Prävention und Gesundheitsförderung“ (Pinquart, 2021, S. 356). Zunehmend wird von einer neuen Morbidität (einem neuem Krankheitsstatus) gesprochen, da die Beschreibung des Spektrums von Krankheiten und Gesundheitsrisiken in den letzten Jahren auf folgende wichtige Merkmale hinweist: Es gibt eine abnehmende Prävalenz von Infektions- und Mangelkrankheiten im

Kindes- und Jugendalter, gleichzeitig aber eine Zunahme von chronischen Krankheiten und psychischen Auffälligkeiten (vgl. Ohlbrecht & Winkler, 2018, S. 611). Die Ursachen der neuen Morbidität werden größtenteils in Entwicklungsstörungen, emotionalen Problemen und sozialem Verhalten gesehen. Dazu gehören Entwicklungs- und Verhaltensstörungen wie Lernschwierigkeiten, Aufmerksamkeits- und Aktivitätsprobleme, erhöhte Aggressivität, emotionale Unregelmäßigkeiten sowie gesundheitsgefährdendes Verhalten im Jugendalter (vgl. ebd.).

### Gründe für die Unterbringung

Kinder und Jugendliche, die in stationären Jugendhilfemaßnahmen leben oder gelebt haben, sind oft erheblichen psychosozialen Belastungen ausgesetzt. Dazu zählen unter anderem zerrüttete Familienverhältnisse, anhaltende Konflikte innerhalb der Familie, beengte Wohnverhältnisse, ein inkonsequenter und strafender Erziehungsstil, erzieherisches Versagen oder mangelnde pädagogische Kompetenzen, Trennung der Eltern, frühe Elternschaft der leiblichen Eltern, psychische Störungen der Eltern, traumatische Erfahrungen, Kindesmisshandlung, Deprivation sowie negative Bindungserfahrungen und ein Mangel an sozialer Unterstützung (vgl. Schmid, 2007, S. 21). Die Hintergründe für die familienersetzenden Hilfen nach §34 sind, wie durch diese Beispiele deutlich wird, oftmals tragisch. Der Datenreport 2021 der Bundeszentrale für politische Bildung zeigte in Bezug auf den familiären Hintergrund der in Deutschland lebenden untergebrachten Kinder und Jugendlichen, dass den Personensorgeberechtigten vor der Unterbringung in 29% der Fälle, also in fast jedem dritten Fall, die elterliche Sorge durch ein Familiengericht teilweise oder vollständig entzogen wurde. Bei den Arten der Kindeswohlgefährdung, welche aus 157.300 Gefährdungseinschätzungen aus dem Jahr 2018 ermittelt wurden, lag in 50.412 Fällen eine akute oder latente Kindeswohlgefährdung vor. Hiervon sind in 60% Vernachlässigung, in 26 % (massive) körperliche, in 31% psychische und in 5% sexualisierte Misshandlung/ Gewalt zu nennen (vgl. Nöthen, 2021). Die 210 000 jungen Menschen, die 2021 im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe außerhalb der eigenen Familie gelebt haben, kamen zu 51% aus Herkunftsfamilien, in denen die Eltern alleinerziehend waren. Bei 19 % handelte es sich um Elternteile in einer neuen Partnerschaft und in 17 % um zusammenlebende Elternpaare (vgl. Statistisches Bundesamt, 2022). Es konnte festgestellt werden, dass in zwei von drei Fällen Transferleistungen (Sozialhilfe oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII), Arbeitslosengeld II (SGB II)) sowie ein Kinderzuschlag von den Betroffenen selbst oder ihren Familien bezogen wurden. Damit lag der Anteil der Transferleistungsbezieher\*innen in dieser Personengruppe der Alleinerziehenden bei 76 %, bei Elternteilen in neuer Partnerschaft bei 64 % und bei zusammenlebenden Elternpaaren bei 63 % (vgl. Statistisches Bundesamt, 2022). Als Hauptgründe für neue Unterbringungen im Jahr 2021 wurden bei 18 % eine

Unversorgtheit des jungen Menschen, verursacht durch eine unbegleitete Einreise aus dem Ausland oder den Ausfall der Bezugsperson infolge einer Erkrankung, sowie in 17% eine Gefährdung des Kindeswohls durch körperliche oder psychische Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuelle Gewalt genannt (vgl. Statistisches Bundesamt, 2022).

#### Migration und unbegleitete minderjährige Asylsuchende

Infolge von Krieg und Zerstörung haben in den vergangenen Jahren zahlreiche Menschen ihre Heimat verlassen und eine große Anzahl von Asylsuchenden hat Schutz in verschiedenen europäischen Ländern gesucht. Im Jahr 2021 wurden in Deutschland insgesamt 11.278 Fälle von Inobhutnahmen unbegleiteter minderjähriger Asylsuchenden verzeichnet, in den Jahren 2015 und 2016 insgesamt 87.244, welche das Jugendhilfesystem zusätzlich herausgefordert haben (vgl. Statista, 2023). Diese hohe Zahl stellte die bestehenden Strukturen der Gesundheitsversorgung vor erhebliche Herausforderungen. Dabei steht, aus Sicht von Public Health, die Frage nach der Gesundheit und dem Bedarf an gesundheitlicher Versorgung im Vordergrund (vgl. Frank et al., 2017, S. 40-42). Unbegleitete ausländische Minderjährige zählen zu den besonders schutzbedürftigen Personen. Es handelt sich um junge Menschen, die oft schwere Erfahrungen durchlebt haben und häufig unter Traumatisierungen leiden. Ein Bericht zur Situation unbegleiteter ausländischer Kinder und Jugendlicher des Bundesministeriums aus dem Jahr 2018 beschreibt, dass die Maßnahmen, Leistungen und Angebote des regulären Kinder- und Jugendhilfesystems einen Schutz und eine Stärkung für besonders schutzbedürftige Kinder und Jugendliche von Anfang an bieten sollten. Diese sollten der wirksamen Prävention von Gefahren und Risiken dienen (vgl. BMFSFJ, 2018). Insbesondere während der Inobhutnahme und auch danach spielen stationäre Einrichtungen und betreute Wohnformen eine entscheidende Rolle bei der Unterbringung. Sie sollen die jungen Menschen bei der Bewältigung ihrer traumatischen Erfahrungen unterstützen und ihnen die nötige Betreuung und Begleitung auf ihrem Weg zu einer eigenständigen Lebensführung und einer gelungenen Integration in die Gesellschaft bieten (vgl. ebd.).

#### 3.4.2. Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen - Herausforderungen im Kontext der vollstationären Kinder- und Jugendhilfe

---

In diesem Abschnitt soll beispielhaft, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, vorgestellt werden, welchen hauptsächlichen Gesundheitsproblemen Kinder und Jugendliche in Deutschland ausgesetzt sind, um ein Bild davon entstehen zu lassen, mit welchen Gesundheitsproblemen Mitarbeitende in der vollstationären Kinder- und Jugendhilfe konfrontiert sein können. Zunächst ist es wichtig zu erwähnen, dass Kinder und Jugendliche in Deutschland von zahlreichen Erkrankungen unterschiedlich stark betroffen sind und ihre Gesundheit individuell

unterschiedlich einschätzen. Es handelt sich um einen subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand, welcher emotionale, mentale, körperliche, verhaltensbezogene und soziale Komponenten der eigenen Funktionstüchtigkeit und des persönlichen Wohlbefindens umfasst. Diese wird auch als gesundheitsbezogene Lebensqualität bezeichnet (vgl. RKI/BZgA, 2008, S. 11). Körperliche Erkrankungen und Schmerzen, ein nicht optimales Körperbild, insbesondere aber psychische Auffälligkeiten sind dabei mit Beeinträchtigungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verbunden (vgl. RKI, 2015, S. 34). Der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit eingeschränkter gesundheitlicher Lebensqualität steigt signifikant an, wenn psychische Auffälligkeiten vorliegen, und zwar von 25,8 % bei den 7 bis 10-Jährigen auf 29,6 % bei den 11 bis 17-Jährigen (vgl. RKI, 2015, S. 34). Zur Entstehung und Entwicklung vieler psychischer Erkrankungen tragen nicht nur genetische und physiologische Faktoren bei, sondern auch persönliche Aspekte wie bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, individuell-lerngeschichtliche Elemente sowie psychosoziale und andere Einflüsse. Letztere werden auch als psychosoziale Ressourcen bezeichnet. Die Daten der KiGGS-Studie belegen, dass Kinder und Jugendliche mit deutlichen Defiziten in ihren Ressourcen überproportional häufig psychische oder Verhaltensauffälligkeiten aufweisen. Je nach Art der Beeinträchtigung oder der Symptomatik spielen unterschiedliche Ressourcenbereiche eine entscheidende Rolle. Große Defizite in den personalen Ressourcen gelten beispielsweise als stärkster Prädiktor für psychische Auffälligkeiten insgesamt (vgl. RKI, 2015, S. 118). Die präsentierten Analysen zu psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen basieren auf den Angaben von Eltern 3- bis 17-jähriger Kinder und Jugendlichen, die den Fragebogen zu Stärken und Schwächen („Strengths and Difficulties Questionnaire“, kurz: SDQ) in der KiGGS-Studie zwischen 2003 und 2006 sowie in der KiGGS Welle 1 von 2009 bis 2012 ausgefüllt haben (vgl. RKI, 2015, S. 117). Dieser Fragebogen bietet Einblicke in verschiedene Bereiche, darunter emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivitätsprobleme, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen sowie einen Bereich für psychische Stärken, speziell prosoziales Verhalten. Durch die Zusammenführung der ersten vier genannten Bereiche lässt sich ein Gesamtproblemwert berechnen. Anhand von Normwerten können Kinder und Jugendliche in Kategorien wie „unauffällig, grenzwertig auffällig oder auffällig“ klassifiziert werden (vgl. ebd.). „Der SDQ ermöglicht, im Sinne des Präventionsgedankens von Public Health, Risikogruppen von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen zu identifizieren und damit Anhaltspunkte für Prävention und Information zu liefern“ (RKI, 2015, S. 117).

Kinder aus Familien ohne Migrationshintergrund oder mit hohem Sozialstatus haben laut eigener Einschätzung eine bessere subjektive Gesundheit im Vergleich zu Kindern aus sozial benachteiligten Familien und Kindern mit Migrationshintergrund (vgl. RKI/ BZgA, 2008, S. 162). Negative Einflüsse auf die subjektive Gesundheit ergeben sich aus körperlichen oder

psychischen Krankheiten und Gesundheitsstörungen. Andererseits zeigt sich, dass ein gesundheitsbewusstes Verhalten, wie ein geringer Konsum elektronischer Medien, eine hohe sportliche Aktivität und der Verzicht auf Tabak mit einer verbesserten subjektiven Gesundheit einhergeht (vgl. RKI/BZgA, 2008, S. 14). Diese Aspekte wurden in dem Absatz über den Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit bereits deutlich. Im Kindes- und Jugendalter zeigt sich eine enge Verbindung zwischen der sozialen Lage und dem Gesundheitszustand. Obwohl die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland gesund heranwächst, zeigen sich in der gesundheitlichen Entwicklung soziale Unterschiede. Die Ergebnisse der zweiten Erhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2) zeigen, dass Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischem Status einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand aufweisen und häufiger gesundheitsbezogene Einschränkungen erfahren (vgl. RKI/ Destatis, 2018, S. 19). Es liegen Gesundheitsberichterstattungen (GBE) vor, die staatlich organisiert sind, wie beispielsweise des Bundes, der Länder oder der Kommunen und Landkreise sowie weitere Gesundheitsreporte nicht-staatlicher Akteur\*innen wie Berichterstattungen der Krankenkassen, betriebliche Gesundheitsbericht- oder Pflegeberichterstattungen. Die Gesundheitsberichterstattung zielt darauf ab, die Gesundheit der Bevölkerung oder bestimmter Gruppen in einer handlungsorientierten und leicht verständlichen Form zu beschreiben. Ihr Zweck liegt darin, Diskussionen über politisch relevante gesundheitliche Probleme zu objektivieren und darüber zu informieren (vgl. Elkeles, 2022, S.148). Seit 2008 führt das Robert Koch-Institut (RKI) ein Gesundheitsmonitoring durch, das Untersuchungs- und Befragungssurveys für alle Altersgruppen einschließt. Im Rahmen dieses Monitorings wurden die KiGGS (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Basiserhebung und Welle 1, DEGS1 (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland) und GEDA (Gesundheit in Deutschland aktuell) miteinbezogen (vgl. RKI, 2015, S. 15; vgl. RKI/ Destatis, 2018, S. 75). Der GBE-Bericht wurde seit seiner Veröffentlichung im Jahr 2015 nicht mehr aktualisiert. Folgend werden neben den Ergebnissen aus dem Gesundheitsmonitoring und Ergebnissen aus der KiGGS Basiserhebung und Welle 1 außerdem Ergebnisse der KiGGS Welle 2 mitaufgeführt. KiGGS verfolgt einen langfristigen Ansatz und gehört zu den weltweit aussagekräftigsten Studien ihrer Art, um körperliche, psychische und soziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen umfassend zu beschreiben (vgl. RKI, 2013, S. 4). Die Basiserhebung lief von 2003 bis 2006 (17.641 Teilnehmende), die erste Folgerhebung (KiGGS Welle 1) folgte 2009 bis 2012 (12.368 Teilnehmende). Die zweite Folgerhebung (KiGGS Welle 2) fand von 2014 bis 2017 (15.023 Teilnehmende) statt (vgl. RKI, 2015, S. 78). Aus den Ergebnissen der KiGGS gehen erkennbare Gesundheitsprobleme hervor, welche im Folgenden kurz beispielhaft dargestellt werden. Hierzu wurde auf der Basis von KiGGS für weitere Gesundheitsprobleme hochgerechnet, um die Quote, der in Deutschland betroffenen

Kinder und Jugendlichen einschätzen zu können. Für die Hochrechnung wurde die durch das statistische Bundesamt (Stand 31.12.2006) ermittelte Zahl von 14,2 Mio. Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 17 Jahren in Deutschland herangezogen (vgl. RKI/ BZgA, 2008, S. 162).

- Bei 15% der 3- bis 17-Jährigen gibt es Hinweise für psychische Probleme.  
**In realen Zahlen: 1,8 Millionen Kinder und Jugendliche.**
- Über 6 % der 3- bis 17-Jährigen sind adipös, also **etwa 750.000 Kinder und Jugendliche.**
- Im Alter von 11 bis 17 Jahren sind 10% der Jungen und 20 % der Mädchen sportlich nicht aktiv. **Das entspricht ca. 300.000 Jungen und 600.000 Mädchen.**
- 15 % der 1- bis 17-Jährigen, **etwa 2 Millionen Kinder und Jugendliche**, erleiden pro Jahr mindestens eine behandlungsbedürftige Unfallverletzung.
- 20% der 11- bis 17-Jährigen rauchen. **Das sind 1,2 Millionen Kinder und Jugendliche.**
- 20% der 12- bis 17-Jährigen praktizieren exzessives Rauschtrinken (»Binge-Drinking«).  
**Dies entspricht etwa 1,1 Millionen Jugendlichen.**
- 20% der 11- bis 17-Jährigen lassen Hinweise auf ein gestörtes Essverhalten erkennen.  
**Betroffen sind 1,2 Millionen Kinder und Jugendliche.**
- 17% der 0- bis 17-Jährigen haben eine Allergie.  
**Dies entspricht ca. 2,4 Millionen Kindern und Jugendlichen.**
- Bei 5% der 3- bis 17-Jährigen, **ca. 600.000 Kindern und Jugendlichen**, wurde bereits ADHS diagnostiziert.
- 25 % der 0- bis 17-Jährigen, sprich **3,6 Millionen Kinder und Jugendliche**, putzen nur selten die Zähne.
- 19 % der 0- bis 5-Jährigen haben nur unvollständig an den Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen. Dies entspricht **ca. 800.000 Kindern und Jugendlichen.**
- Etwa zwei Drittel der Jugendlichen zwischen 15 und 17 Jahren haben die Jugendgesundheitsuntersuchung nicht wahrgenommen. **Dies entspricht ca. 1,8 Millionen Jugendlichen** (RKI/ BZgA, 2008, S. 169).

Kinder und Jugendliche, die auf erzieherische Hilfen angewiesen sind, stellen eine Hochrisikogruppe für die Entwicklung psychischer Störungen dar (Prävalenzrate etwa drei- bis viermal höher im Vergleich zur Gesamtbevölkerung). Eine der umfangreichsten europäischen Studien vom Schmid aus dem Jahr 2007, die den Fokus auf psychische Erkrankungen dieser Zielgruppe legte, zeigt eine hohe psychische Belastung der Hochrisikogruppe aus der stationären Jugendhilfe, sodass 60 % der untersuchten Kinder und Jugendlichen die Diagnosekriterien für eine kinder- und jugendpsychiatrische Störung erfüllen, wobei viele von ihnen komplexe und schwer zu behandelnde Störungsbilder aufweisen (vgl. Schmid, 2007, S. 21ff.). Repräsentative epidemiologische Untersuchungen zur Verbreitung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen zeigen im internationalen Vergleich weitgehend

ähnliche Prävalenzraten. In der KiGGS Studie (2014 - 2017) waren 16,9% der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen nach Angaben ihrer Eltern psychisch auffällig (vgl. RKI/ Destatis, 2018, S. 39). Hier sind beispielsweise emotionale Probleme, Hyperaktivitätsprobleme, Verhaltensprobleme, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen, Selbstregulationsstörungen/ selbstverletzendes Verhalten benannt (vgl. RKI, 2015, S. 117f.). Eine der weltweit häufigsten Verhaltensstörungen im Kinder und Jugendalter ist die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), die erhebliche psychosoziale Probleme für die betroffenen Kinder und Jugendlichen sowie ihre Angehörigen mit sich bringt. Die statistische Wahrscheinlichkeit von psychischen Auffälligkeiten oder ADHS betroffen zu sein, ist bei Mädchen und Jungen mit niedrigem sozialökonomischen Status um das 2,8- bis 4,4-fache höher als bei Gleichaltrigen mit hohem sozialökonomischen Status (vgl. RKI/ Destatis, 2018, S. 19). Die Diagnose ADHS wurde bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus mit 8,1 % mehr als doppelt so häufig gestellt wie bei Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus (3,0 %) (vgl. RKI, 2015, S. 118). Bereits im frühen Kindesalter können Untergewicht, Übergewicht und Adipositas zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen, deren Auswirkungen bis ins Erwachsenenalter nachhaltig sein können (vgl. RKI/ Destatis, 2018, S. 71). Obwohl Deutschland das von der WHO festgelegte Ziel erreicht zu haben scheint, den Anstieg der Adipositasprävalenz bei Kindern und Jugendlichen zu stoppen, verbleiben die Prävalenzen weiterhin auf einem hohen Niveau (vgl. ebd.). „Nach WHO-Referenzsystem weisen 1,6 % der 5- bis 17-Jährigen Untergewicht auf, 26,3 % sind von Übergewicht (einschließlich Adipositas) und 8,8 % von Adipositas betroffen“ (RKI/ Destatis, 2018, S. 65). Nach den KiGGS-Daten sind Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus nicht häufiger von akuten Erkrankungen wie Atemwegs- oder Magen-Darm-Infektionen betroffen. Allerdings bestehen deutliche soziale Unterschiede bei den langfristigen gesundheitlichen Risikofaktoren. Besonders deutlich wird dies bei schwerem Übergewicht (Adipositas), welches bei sozial benachteiligten Kindern deutlich häufiger vorkommt und später das Risiko für Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöhen kann (vgl. Robert Koch-Institut, 2013, S. 15). Gemäß der Ergebnisse der KiGGS-Basiserhebung zeigen insgesamt 21,9 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren Symptome einer Essstörung (Mädchen 28,9 %, Jungen 15,2%). Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus berichten doppelt so häufig über Essstörungssymptome im Vergleich zu solchen aus Familien mit hohem Sozialstatus. Im Fall von Essstörungssymptomen sind vor allem Defizite im Bereich familiärer und sozialer Ressourcen relevant (vgl. RKI, 2015, S. 118). Allergische Erkrankungen, wie Asthma bronchiale, Heuschnupfen und Neurodermitis gehören mit zu den häufigsten physischen Gesundheitsproblemen bei Kindern und Jugendlichen (vgl. RKI/ Destatis, 2018, S. 3). Symptome wie Juckreiz in den Augen, eine verstopfte Nase, Atembeschwerden und daraus resultierend gestörter Nachtschlaf stellen oft eine erhebliche

Belastung im täglichen Leben der betroffenen Kinder und ihrer Familien dar (vgl. RKI, 2015, S. 78). Asthma bronchiale ist eine chronische Atemwegserkrankung, die insbesondere Kinder und Jugendliche betrifft, wobei in Familien mit hohem sozialökonomischen Status niedrigere Asthmaprävalenzen festzustellen sind (vgl. RKI/ Destatis, 2018, S. 6f.).

Heuschnupfen ist unter Kindern und Jugendlichen eine verbreitete allergische Reaktion. In Deutschland wurde bei 11,0 % der Kinder und Jugendlichen bereits einmal im Leben eine Heuschnupfendiagnose gestellt, wobei hier der sozioökonomische Status der Eltern weder bei Mädchen noch bei Jungen eine nennenswerte Rolle spielt. In absoluten Zahlen sind in Deutschland eine Million Kinder und Jugendliche von Heuschnupfen betroffen (vgl. RKI/ Destatis, 2018, S. 10).

Neurodermitis tritt bei Kindern und Jugendlichen mit einer Prävalenz von 12,8 % auf. Die höchsten Lebenszeitprävalenzen für Neurodermitis sind bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit hohem sozialökonomischem Status festzustellen. Circa 900.000 Kinder und Jugendliche in Deutschland sind nach Angaben der Eltern von Neurodermitis betroffen (vgl. RKI/ Destatis, 2018, S. 10).

Die Prävalenz von Karies und Parodontalerkrankungen wird durch die Lebensweise und das Gesundheitsverhalten beeinflusst. Risikofaktoren hierfür sind der Konsum von zuckerhaltigen Nahrungsmitteln und Getränken, Alkohol, Tabakkonsum sowie insbesondere unzureichende Mundhygiene (vgl. RKI, 2015, S. 95). Untersuchungen zur Mundgesundheit identifizieren den sozioökonomischen Status als einen bedeutenden Einflussfaktor. „7 % bis 20 % Prozent der 1- bis 6-Jährigen in Deutschland haben eine so genannte Saugerflaschen-Karies (Nursing-Bottle-Syndrom, Early-Childhood-Caries)“ (RKI, 2015, S. 95). Dabei liegen Unterschiede bei der Prävalenz von Zahnkaries in verschiedenen Bevölkerungsgruppen vor, es zeigt sich auch hier eine deutlich höhere Karieshäufigkeit bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus (vgl. RKI, 2015, S. 95).

Im Zusammenhang mit perinatalen Faktoren ist beispielsweise der Konsum von Tabak und Alkohol während der Schwangerschaft zu nennen, welcher spezifische Risiken für die kindliche Entwicklung birgt. Kinder von Frauen, die rauchen, weisen unter anderem ein geringeres Geburtsgewicht auf und haben ein erhöhtes Risiko für Frühgeburt und angeborene Fehlbildungen (vgl. RKI 2015, S. 104 f.). Der Konsum von Alkohol während der Schwangerschaft kann eine Vielzahl von Problemen bei Kindern verursachen, insbesondere Wachstumsstörungen, Fehlbildungen und Störungen des zentralen Nervensystems. Langfristig können Verhaltensstörungen und intellektuelle Beeinträchtigungen auftreten. Diese Auswirkungen werden als fetale Alkoholspektrumstörung (Fetal Alcohol Spectrum Disorder, FASD) zusammengefasst, wobei die schwerste Form das fetale Alkoholsyndrom (FAS) ist (vgl. RKI 2015, S. 104). Die KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) zeigte, dass etwa 14 % der befragten Mütter während der Schwangerschaft zumindest gelegentlich Alkohol konsumierten.

Der Alkoholkonsum während der Schwangerschaft ist in der Gruppe mit hohem sozialem Status häufiger anzutreffen, während Frauen, die während der Schwangerschaft rauchen, hauptsächlich der niedrigen Statusgruppe angehören (vgl. RKI 2015, S. 105).

Die Symptome von Bindungsstörungen bzw. Bindungsauffälligkeiten, insbesondere in Verbindung mit anderen psychischen Symptomen, spielen eine entscheidende Rolle bei der Planung von Hilfsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendhilfe. Trotz ihrer Relevanz haben diese Aspekte in der epidemiologischen Forschung im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe bisher nur wenig Beachtung gefunden (vgl. Schröder et al., 2017, S. 118). Bei Kindern in Fremdplatzierung stellt eine ausgeprägte psychische Belastung eher die Norm als die Ausnahme dar. Bezüglich des auffälligen Bindungsverhaltens zeigen lediglich 2,4 % der Kinder in der Allgemeinbevölkerung einen auffälligen Wert, bei den Kindern und Jugendlichen in der Heimerziehung sind es hingegen 37,9 %. In Bezug auf Bindungsstörungen stellen unter anderem Studien von Dvir et al., (2014) und Minnis et al., (2013) hohe Komorbiditäten mit anderen psychischen Erkrankungen fest (vgl. Schröder et al., 2017, S. 123).

Da in der Kinder- und Jugendhilfe überwiegend Familien versorgt werden, die von transgenerationaler Traumatisierung betroffen sind, stellen auch Traumata bzw. Traumatisierungen und Traumafolgestörungen ein weit verbreitetes Gesundheitsproblem dar, mit dem pädagogische Fachkräfte konfrontiert sind (vgl. Hipp, 2023, S. 63).

Das Trauma stellt für das Individuum eine extreme und unkontrollierbare Stresssituation dar, auf welche der Körper auf der biologischen und der Verhaltensebene reagiert. Zum einen werden Stresshormone ausgeschüttet und zum anderen entsteht ein Zustand von Taubheit bis hin zur Dissoziation während des Traumageschehens. Die Traumainhalte werden nur bruchstückhaft, unstrukturiert im impliziten Gedächtnis (nondeklarativ) gespeichert und nicht im willentlich abrufbaren Gedächtnis (deklarativ)“ (Caspar et al., 2018, S. 78).

Das Wiedererleben des Traumas in Form von Albträumen oder Flashbacks ist eine emotionale konditionierte Reaktion auf Schlüsselreize (Trigger), die während des Traumas präsent waren (vgl. ebd.). Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist die am häufigsten auftretende psychische Störung nach einem traumatischen Erlebnis wobei diese von der Borderline Persönlichkeitsstörung und von dissoziativen Störungen abzugrenzen ist (vgl. Dreßing & Förster, 2021, S. 47, 50f.). Traumafolgestörungen zeigen oftmals Begleiterscheinungen in Form von zusätzlichen Störungsbildern und sind in ihrer Erscheinungsform sehr vielfältig (vgl. ebd., S. 47). „Zwischenmenschliche Traumatisierungen liegen in Erfahrungen physischer und emotionaler Vernachlässigungen, nicht integrierbarer Bindungsverluste, Misshandlungen und sexualisierter Gewalt begründet. Die bedrohlichen Umweltbedingungen in der frühen Kindheit führen bei den Betroffenen zu einer spezifischen Fehlprägung ihres autonomen

Nervensystems. Die Folgen sind Störungen der Stressregulation, der Mentalisierung, der Beziehungsfähigkeit und der Identität“ (Hipp, 2023, S. 75).

Die posttraumatischen Belastungsstörungen werden als Reaktion auf ein traumatisches Ereignis gesehen. Das Trauma wird in Träumen oder sich aufdrängenden Erinnerungen wiedererlebt (sog. Flashbacks) und von Symptomen wie Gefühlsabstumpfung, sozialem Rückzug und Hyperarousal (vegetative Übererregung) begleitet. Die angstausslösenden Situationen oder Objekte werden von den Betroffenen häufig vermieden oder nur unter großer Angst ausgehalten. Oft wird bereits das Denken an die angstausslösende Situation von Erwartungsangst („Angst vor der Angst“) begleitet. Die Angstsymptome bestehen in den meisten Fällen seit der Kindheit oder frühen Adoleszenz (Ausnahme posttraumatische Belastungsstörung und Anpassungsstörungen). Der Verlauf ohne Behandlung ist in den meisten Fällen chronisch. Komorbid können körperliche Erkrankungen, affektive Störungen und Alkohol- oder Substanzabhängigkeit auftreten (Caspar et al., 2018, S. 66).

Auch wenn die beispielhaft aufgeführten Gesundheitsprobleme im Kontext dieser Arbeit nicht mit zugewiesenen Codes vorgestellt werden, ist es wichtig zu wissen, dass verschiedene Klassifikations- bzw. Kodiersysteme zur Verfügung stehen. In diesen medizinischen Klassifikationssystemen wird eine Gruppierung mehrerer Sachverhalte bzw. ähnlicher Diagnosen zu einem Code zusammengefasst. Die ICD-10-GM (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), welche zur Kodierung der Diagnosen (Morbidität) im ambulanten und stationären Bereich eingesetzt wird, klassifiziert körperliche Erkrankungen und psychische Störungen (vgl. Caspar et al., 2018, S. 17; BfArM, 2023). Neben dieser Version ist im Januar 2022 die neue Version ICD-11 in Kraft getreten, welche nach einer Übergangsfrist von fünf Jahren in Deutschland eingeführt wird. Außerdem dient die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) als Klassifikationssystem der WHO fach- und länderübergreifend zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen. Mit Hilfe dieser Klassifikation wird es möglich, bio-psycho-soziale Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren systematisch zu erfassen (vgl. BfArM, 2023). Das US-amerikanische Klassifikationssystem DSM-5 codiert nur psychische Störungen und eventuell damit zusammenhängende Krankheitsfaktoren (vgl. Caspar et al., 2018, S. 18).

### **3.5. Heimerziehung als pädiatrischer Lernort in der Pflegeausbildung**

Die im Januar 2020 in Kraft getretene generalistische Pflegeausbildung sieht durch ihre Neustrukturierung vor, dass die Auszubildenden ein umfassendes Spektrum des Pflegeberufes kennenlernen und ihre Kompetenzen entwickeln. Dabei stehen für die praktische Ausbildung eine Vielfalt von Versorgungssettings bereit, in denen die

Auszubildenden lernen, die Pflege und Versorgung von zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und mit individuellem Versorgungsbedarf zu planen, zu organisieren und zu gestalten (vgl. BIBB, 2020, S. 7). Die genehmigten Einrichtungen für Praxiseinsätze in der Pflegeausbildung sind in der Landesverordnung über die Ausbildung und Durchführung der Pflegeberufsausbildung des Landes Schleswig-Holstein vom 8. Januar 2020 (PflBADVO §8 (3,4)) aufgeführt. Grundsätzlich sieht §7 PflBG vor, dass die Pflichteinsätze in den Bereichen der pädiatrischen Versorgung und der allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsychiatrischen Versorgung sowie auch in anderen zur Vermittlung der Ausbildungsinhalte geeigneten Einrichtungen durchgeführt werden können (Satz 1). So müssen diese Einrichtungen zunächst einmal die Vorgaben des PflBG und der dazu ergangenen Rechtsverordnungen erfüllen (Abs. 1). Nach der PflBADVO werden in §8 geeignete Einrichtungen für die praktische Ausbildung im Rahmen der Pflichteinsätze näher beschrieben. Durch die gesetzlichen Regelungen sind Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe bzw. vollstationäre Wohngruppen der Erziehungshilfe nicht explizit als pädiatrische Lernorte aufgeführt, jedoch als solche zugelassen (vgl. PflBADVO §8 (3,4)).

In §8 Abs. 2 PflBADVO wird diesbezüglich darauf hingewiesen, dass Einrichtungen zur Ausbildung im pädiatrischen Bereich zugelassen werden können, wenn „[...] sichergestellt ist, dass Auszubildende den Umgang und die pflegerische Versorgung mit Kindern und Jugendlichen erlernen können (Satz 1), eine Praxisanleitung im Sinne des § 4 PflAPrV zur Verfügung steht oder die Praxisanleitung durch den Träger der praktischen Ausbildung sichergestellt wird und (Satz 2) die für die Praxisanleitung eingesetzte Person eine jährliche Fortbildung absolviert, deren Umfang durch die PflAPrV vorgegeben wird“ (Satz 3). Sind diese Kriterien erfüllt, so können laut §8 Abs. 3 „pädiatrische Abteilungen in Krankenhäusern, ambulante Pflegedienste, sofern schwerpunktmäßig auch Kinder pflegerisch versorgt werden, Einrichtungen für pflegebedürftige Kinder, Kinder- und Jugendpsychiatrien, klinische Fachabteilungen und tagesklinische Einrichtungen mit fast ausschließlichem pädiatrischen Patientenanteil oder speziellem pädiatrischem Angebot“ geeignete Einrichtungen zur Ausbildung im pädiatrischen Bereich sein (PflBADVO, 2020). Ist pflegerisches, sonder- oder heilpädagogisches Personal in den Einrichtungen vorhanden, können unter Beachtung von Abs. 2 und über die in Abs. 3 genannten Bedingungen auch „Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderung, sonderpädagogische Förderzentren für verhaltensauffällige oder lernverzögerte Kinder und Jugendliche, Kinderarztpraxen, Kindertagesstätten, Krippen oder Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche“ als pädiatrische Lernorte geeignet sein (PflBADVO, 2020, §8 Abs. 4). Die zentralen Anforderungen für den Einsatz in der pädiatrischen Versorgung betreffen die Interaktion und Beziehungsgestaltung mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen. Hierbei liegt der Schwerpunkt nicht nur auf dem Umgang mit gesundheits- und entwicklungsbedingten Selbstpflegetherfordernissen, sondern

auch auf der Förderung ihrer Entwicklung und der Berücksichtigung ihrer familiären sowie sozialen Bindungen (vgl. BIBB, 2020, S. 220). „Die Kompetenzentwicklung ist mit den Kompetenzbereichen I und II ausschließlich auf die Mikroebene der direkten Versorgung und Interaktion gerichtet“ (BIBB, 2020, S. 220). Der Praxiseinsatz im Bereich Pädiatrie ist einer der verbindlichen Einsätze während der Pflegeausbildung und erstreckt sich über mindestens 120 Stunden. Mindestens 10 % werden von qualifizierten Fachkräften im Rahmen einer Praxisanleitung begleitet (vgl. §6 Abs. 3 PflBG).

## **4. METHODIK**

---

Der Fokus in diesem Kapitel liegt auf der Vorstellung von methodischen Schritten, die zur Beantwortung der Forschungsfragen gewählt wurden. Dazu werden zu Beginn das Forschungsdesign und die Methodenauswahl sowie die Rekrutierung der Interviewteilnehmenden bzw. die Auswahl der Stichprobe vorgestellt. Der Aufbau und die Entwicklung des Interviewleitfadens sowie Details zur Datenerhebung und -auswertung werden dargelegt. Es erfolgt eine strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz, welche in ihren Schritten beschrieben wird. Abschließend wird auf die Gütekriterien der eigenen Forschung eingegangen.

### **4.1. Forschungsdesign und Methodenauswahl**

---

Die Datenerhebung erfolgte in Form einer qualitativen Interviewstudie, durch sechs leitfragengestützte Einzelinterviews. Diese wurden aufgrund individueller Präferenz online auf der Plattform „BigBlueButton“ durchgeführt und aufgezeichnet. Es wurden pädagogische Fachkräfte (Erzieher\*innen/ Sozialarbeiter\*innen) aus vollstationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, in denen Kinder und Jugendliche im Alter von 11-17 Jahren nach §34 SGB VIII (Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform) untergebracht sind, interviewt.

### **4.2. Rekrutierung der Interviewteilnehmer\*innen und Auswahl der Stichprobe**

---

Es wurde ein Feldzugang gewählt, in dem ein Informationsschreiben mit der Einladung zur Teilnahme an der Forschung an 30 Einrichtungen in Schleswig-Holstein verschickt wurde, wodurch die Interviewteilnehmenden rekrutiert werden konnten. Es wurde sich für einen Feldzugang entschieden, da dies eine wichtige Voraussetzung dafür darstellt, um eine möglichst komplexe Analyse des Gegenstandsfeldes durchzuführen (vgl. Krüger, 2013, S. 54). Bei der Auswahl der Einrichtungen wurden private und öffentliche Träger berücksichtigt. Es wurden auch therapeutische Einrichtungen angeschrieben. Bei der Auswahl der Teilnehmenden wurde darauf geachtet, dass die zu Interviewenden auf mindestens fünf Jahre Arbeitserfahrungen in der Betreuung der Kinder und Jugendlichen aus einer §34 SGB VIII Unterbringung zurückgreifen konnten. Außerdem wurde darauf geachtet, dass pädagogische Fachkräfte unterschiedlicher Alters- und Berufsgruppen ausgewählt wurden. Es wurden Mitarbeitende von privaten und öffentlichen Jugendhilfeträgern aus fünf verschiedenen Landkreisen in Schleswig-Holstein befragt. Insgesamt wurden sechs Personen, wovon sich fünf dem weiblichen und eine Person dem männlichen Geschlecht zuordnet, interviewt. Das

Durchschnittsalter lag bei 33 (von 27 bis 38) Jahren. Die Arbeitserfahrung lag im Durchschnitt bei acht Jahren. Die vorliegenden Berufsausbildungen waren bei fünf Interviewteilnehmer\*innen eine abgeschlossene Berufsausbildung zur Erzieherin, in einem Fall zusätzlich mit traumapädagogischer Fachweiterbildung und eine der fünf Personen hatte zusätzlich soziale Arbeit studiert. Eine teilnehmende Person hatte ausschließlich das Studium der Sozialen Arbeit absolviert und neben der Berufserfahrung im Bereich der Heimerziehung auch Arbeitserfahrungen im Allgemeinen Sozialen Dienst. Die Interviewteilnehmenden arbeiteten in zwei Fällen in reinen Mädchenwohngruppen, in einem Fall in einer therapeutisch-gemischtgeschlechtlichen Einrichtung, in einem Fall in der Verselbstständigung/Außenbetreuung (auch für junge Mütter und deren Kinder) und in zwei Fällen in gemischtgeschlechtlichen Wohngruppen der vollstationären Kinder- und Jugendhilfe. Zu den beschriebenen Aufgaben und Tätigkeitsbereichen gehört die pädagogische Betreuung, Alltagsbegleitung, Unterstützung bei schulischen oder gesundheitlichen Aufgaben, Kontaktbegleitung zur Familie, in einem Fall eine Leitungsfunktion (erst Gruppenleitung dann Bereichsleitung) und in einem weiteren Fall eine pädagogische Gesamtleitung in der Geschäftsführung (mit der Organisation und Durchführung von Schulungen, Mitarbeiter\*innenbetreuung und Verwaltung). Die Interviews dauerten im Durchschnitt ca. 40 Minuten, wobei der Einstieg in das Interview (circa 10 Minuten) nur in einem Fall mit aufgezeichnet wurde.

### **4.3. Entwicklung und Aufbau des Interviewleitfadens**

---

Im folgenden Abschnitt wird der Ablauf der Entwicklung des Leitfragebogens sowie der Aufbau beschrieben. Im Vorfeld der Entwicklung wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, um tiefere Einblicke in die Thematik und den aktuellen Stand der Forschung zu erlangen. Durch diesen Arbeitsschritt konnten mögliche Themenbereiche erkannt werden, die im Leitfaden implementiert werden sollten. Die allgemeineren Forschungsfragen wurden in konkrete Interviewfragen umgewandelt. Diese wurden zunächst gesammelt, anschließend wurden sieben Leitthemen festgelegt und die Ziele der Leitthemen im Hinblick auf die Beantwortung der Forschungsfrage festgehalten. Es wurden Codedefinitionen erstellt, welche im weiteren Verlauf dargestellt werden.

Ich habe mich für eine qualitative Forschung entschieden, da es mir darum ging, individuelle Erfahrungen, Einschätzungen und Perspektiven der Teilnehmenden zu verstehen, um mit dessen Hilfe die Forschungsfrage zu beantworten. Die Gespräche wurden nach einem Gesprächsleitfaden aufgebaut. Die Interviewführung war teilstandardisiert und orientierte sich an festgelegten Fragen, deren Abfolge im Interview durch die thematischen Leitthemen festgelegt wurde. Die Teilnehmenden wurden dazu aufgefordert, „[...] die im Leitfaden

vorgegebenen Fragen nach eigenem Ermessen und nach Einschätzung des theoretischen Anliegens der jeweiligen Studie durch klärende Nachfragen zu ergänzen und Gesichtspunkte aufzugreifen, die von den Befragten unabhängig vom Gesprächsleitfaden in die Interviewsituation eingebracht werden, sofern diese im Fragekontext der Untersuchung als bedeutsam erscheinen“ (Hopf, 1995, S. 177).

**1. Leitthema: Definitionen von Gesundheitsproblemen:** Es soll beschrieben werden, wie pädagogische Fachkräfte Gesundheitsprobleme in der Heimerziehung definieren. Dafür soll eine getrennte Aufführung von physischen und psychischen Gesundheitsproblemen erfolgen. Es wird danach gefragt, ob die pädagogischen Fachkräfte für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen aus der Heimerziehung besondere Bedürfnisse bezüglich der Gesundheitslage und Gesundheitsversorgung sehen und entsprechende Unterstützungsbedarfe der Kinder und Jugendlichen benannt werden können. Die Häufigkeit der Gesundheitsprobleme soll beschrieben werden.

**2. Leitthema: Veränderungen der Gesundheitslage der Kinder und Jugendlichen und den Anforderungen:** Faktoren, die die Gesundheit der betreuten Kinder und Jugendlichen in der Heimerziehung beeinflussen und individuelle Einschätzungen zu vorliegenden Zusammenhängen zwischen den Gesundheitsproblemen und den sozialen Umständen sollen abgefragt werden. Es sollen Einschätzungen zu gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit getroffen werden, welche die Entstehung von Gesundheitsproblemen begründen könnten.

**3. Leitthema: Umgang mit Gesundheitsproblemen:** Es soll individuell beschrieben werden, wie Veränderungen bezüglich der Gesundheitszustände der zu versorgenden Kinder und Jugendlichen eingeschätzt werden bzw. ob es im Laufe der Berufstätigkeit zu wahrgenommenen Veränderungen gekommen ist. Diese sollen näher beschrieben werden. Außerdem sollen Veränderungen der Anforderungen durch die Betreuung unbegleiteter minderjähriger Asylsuchender erläutert werden.

**4. Leitthema: Zugang zur Gesundheitsversorgung:** Es soll beschrieben werden, wie pädagogische Fachkräfte Gesundheitsprobleme in der Heimerziehung identifizieren und mit diesen umgehen bzw. darauf reagieren. Hierfür wird nach der Art der Erfassung, der Identifizierung und den gewählten Maßnahmen zur frühzeitigen Erkennung und Reaktion gefragt (Prävention/ Gesundheitsförderung). Es soll erfasst werden, wie sie mit verschiedenen Aspekten der Gesundheit umgehen, sowohl mit physischen als auch psychischen Gesundheitsproblemen. Die Möglichkeit der Begleitung von Arztterminen und die Informationsweitergabe aus den Terminen soll erläutert werden. Es soll erfasst werden, wie sich die Zusammenarbeit des Teams mit Gesundheitsberufen oder Fachpersonen gestaltet. Es werden Informationen zur Weitergabe von gesundheitsbezogenen Themen abgefragt, hierbei liegt der Fokus auch auf Informationen zum Gesundheitszustand vor der Unterbringung.

#### **5. Leitthema: Herausforderungen und Empfehlungen bzgl. der Gesundheitsversorgung:**

Es soll beschrieben werden, wie sich der Zugang zur Gesundheitsversorgung gestaltet und von den pädagogischen Fachkräften eingeschätzt und bewertet wird, wo sich Hindernisse und Herausforderungen bezüglich des Zugangs zur Gesundheitsversorgung ergeben bzw. welche Ressourcen oftmals fehlen. Daraus resultierende Auswirkungen auf die Kinder und Jugendlichen werden erfasst. Es wird danach gefragt, ob die Gruppe der Kinder und Jugendlichen aus der Heimerziehung besondere Bedürfnisse bezüglich der Gesundheitslage und Gesundheitsversorgung (im direkten Kontakt zu Ärzt\*innen) aufweist und diese Aspekte sollen genauer beschrieben werden. Unterstützungsmöglichkeiten und gewünschte Ressourcen, um besser auf die Gesundheitsbedürfnisse eingehen zu können, werden erfragt. Es sollen Empfehlungen vorgeschlagen werden, um die Gesundheitsversorgung optimieren zu können.

**6. Leitthema: Chancen und Möglichkeiten für den Einsatz beruflich Pflegender:** Es soll nach Möglichkeiten und Chancen durch den Einsatz beruflich Pflegender in der Heimerziehung gefragt und Beispiele für mögliche Tätigkeiten bzw. den Einsatz Pflegender genannt werden. Es wird danach gefragt, inwiefern der Einsatz beruflich Pflegender die interdisziplinäre Zusammenarbeit und den Wissensaustausch beeinflussen können. Aufgaben und Verantwortlichkeiten/ Unterstützungsmöglichkeiten beruflich Pflegender in der Heimerziehung sollen erfasst werden. Es wird der Frage nachgegangen, wie das pädagogische Personal den Nutzen des Einsatzes beruflich Pflegender in Bezug auf die Gesundheitsversorgung und Pflege der betreuten Kinder und Jugendlichen bewertet und wo diese Hilfe benötigen, weil die (eigenen pädagogischen) Kompetenzen überschritten werden.

**7. Leitthema: Empfehlungen für die Pflegeausbildung/ Kompetenzprofil:** Es wird danach gefragt, welche spezifischen Kompetenzen für diesen Einsatzbereich angebahnt werden müssen. Hierfür werden von den pädagogischen Fachkräften Kompetenzen, die als wichtig eingeschätzt werden, abgefragt. Es werden Aussagen gesammelt, die den Einsatz beruflich Pflegender (ohne erweiterte pädagogische Ausbildung) in der Heimerziehung bewerten. Es soll eine Einschätzung erfolgen, welche erweiterten Ausbildungsinhalte für die Pflegebildung als sinnvoll erachtet werden, um in diesem Arbeitsfeld tätig zu sein. Es werden Empfehlungen für Pflegebildung aus der Sicht der pädagogischen Fachkräfte erfasst.

#### **4.4. Datenerhebung und Datenverarbeitung**

---

Es wurde eine Einwilligungs- und Datenschutzerklärung verfasst, welche von den Interviewteilnehmenden unterzeichnet wurde.

Die Datenerhebung erfolgt ausschließlich online über das Programm

„BigBlueButton“ der CAU-Cloud, in dem die Interviews aufgezeichnet wurden. Diese wurden anschließend mit dem Programm „f4x“ computergestützt transkribiert. Dies ermöglichte eine erste Verschriftlichung der Interviews, welche jedoch weitere Arbeitsschritte erforderte. Es wurden Transkriptionsregeln festgelegt, die sich an den Empfehlungen für die computerunterstützte Auswertung nach Kuckartz orientieren (Kuckartz, 2018, S. 167). Es erfolgte eine wörtliche Transkription, in der vorhandene Dialekte nicht mit transkribiert, sondern in Hochdeutsch übersetzt wurden. Die Interpunktionen und Sprache wurden an das Schriftdeutsch angenähert. Jedoch wurde die Satzform, auch bei vorhandenen Fehlern, beibehalten. Wortdoppelungen/ Wiederholungen wurden nicht transkribiert. Sprachpausen wurden durch in Klammern gesetzte Auslassungspunkte (...) markiert. Lautäußerungen der Interviewerin (ja, mhm, aha etc.) wurden nicht transkribiert, wenn es dadurch nicht zu einer Unterbrechung des Redeflusses gekommen ist. Absätze der befragten Personen wurden durch die Kürzel P1: - P6: und Absätze der interviewenden Person mit einem I: markiert. Jeder Wechsel der Sprecher\*innen wurde in einem eigenen Absatz transkribiert, dabei eine Zeilennummerierung angewendet und das Dokument mit Seitenzahlen versehen. Es wurden Zeitmarken eingefügt. Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, wurden anonymisiert. Dabei wurden diese Daten in eckige Klammern gesetzt wie beispielweise [Name/ weiblich] oder [Ort] (vgl. Kuckartz, 2018, S. 167f.). Vor der Datenauswertung wurde ein erneuter Abgleich zwischen Transkription und der Audioaufnahme vorgenommen, bevor diese dann in MAXQDA importiert wurden. Dabei wurden Notizen und Memos zu den Texten erstellt, die erste Hypothesen und Auswertungsideen beinhalteten (vgl. Kuckartz, 2018, S. 170f.). Die Originaldaten (Transkriptionen während der Bearbeitung vor der Anonymisierung und die Audioaufnahmen) wurden ausschließlich auf dem Server der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, in der „OLAT-Cloud“ Datenschutzkonform gespeichert und mit der Abgabe der vorliegenden Arbeit gelöscht.

#### **4.5. Strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz**

---

Die Datenauswertung erfolgte mit Hilfe der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz, da diese sich für leitfadenorientierte, problemzentrierte und fokussierte Interviews eignet (Kuckartz, 2018). Die qualitative Inhaltsanalyse folgte der Systematik, dass das Material in Einheiten zerlegt und nacheinander bearbeitet wurde. Dabei entstand ein Categoriesystem, welches theoriegeleitet am Material entwickelt wurde, im Zentrum des Vorgehens. Das Categoriesystem legte Aspekte fest, die aus dem Material herausgefiltert wurden (vgl. Mayring, 2023, S. 98). Im Folgenden wird der Ablauf der Analyse in den sieben Phasen der Auswertung

von inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalysen dargestellt. Die Analyse wurde softwaregestützt mit MAXQDR 2022 durchgeführt.

**1. Initiierende Textarbeit:** In der ersten Phase der Analyse, welche ein hermeneutisch-interpretatives Ziel verfolgt, wurden die transkribierten Interviews sorgfältig gelesen, mit dem Ziel, ein Verständnis für den subjektiven Sinn zu entwickeln (vgl. Kuckartz 2018, S. 56). Wichtige Textpassagen aus den Interviews wurden markiert. Erste Besonderheiten und Auswertungsideen wurden dabei in Memos, wie beispielsweise die eigenen Ideen, Gedanken und eventuelle Hypothesen, festgehalten. Es konnte hierdurch ein erstes Gesamtverständnis der verschiedenen Interviews auf der Basis der Forschungsfragen entwickelt werden. Mit der Fertigstellung der ersten Transkriptionen wurde dieser Prozess bereits begonnen und dadurch wurde es ermöglicht, dass die inhaltsanalytische Arbeit bereits vor dem Abschluss aller Erhebungen beginnen konnte (vgl. ebd., S. 57). Abschließend wurden kurze fallbezogene, thematische Fallzusammenfassungen/ Summaries gezielt aus der Perspektive der Forschungsfragen zu den einzelnen Interviews erstellt. Diese erfolgte faktenorientiert und hatte das Ziel einer Komprimierung der Inhalte, welche eng am Text erfolgte. Aufgrund der kurzen Textlängen erfolgte dies, wie von Kuckartz empfohlen, in stichwortartiger Darstellung (vgl. ebd., S. 59).

**2. Entwickeln von thematischen Hauptkategorien:** Anhand der Leitthemen aus dem Leitfragebogen sowie der inhaltlichen Struktur des Textes wurden thematischen Kategorien entwickelt. Die Hauptkategorien wurden zunächst aus der Forschungsfrage abgeleitet. Im Prozess der Codierung ergab sich dann noch eine weitere, bisher noch nicht erfasste Hauptkategorie, welche sich induktiv aus dem Material ergeben hatte. Diese Kategorie wurde dann ebenfalls definiert und in Form von Memos festgehalten. Es wurde auf die Relation der Kategorien untereinander, also die Gestalt des Kategoriensystems geachtet und die Zahl der Hauptkategorien wurde dabei geringgehalten (vgl. ebd., S. 95). Da das Ziel der Studie ist, etwas darüber zu erfahren, welche Erfahrungen und Meinungen von pädagogischen Fachkräften angeführt werden, kann diese als explorativ und deskriptiv beschrieben werden (vgl. ebd., S. 88).

**3. Codieren des Materials mit den Hauptkategorien:** Das gesamte Material wurde dann mit den Hauptkategorien sequenziell durchgearbeitet und den thematischen Hauptkategorien zugeordnet. Es wurde mit einem Kategoriensystem gearbeitet, welches aus der Forschungsfrage abgeleitet wurde, wobei dieses als eine Art Suchraster gedient hat, anhand dessen das Material zunächst bezogen auf das Vorkommen des entsprechenden Inhalts durchsucht und grob kategorisiert wurde (vgl. Kuckartz 2018, S. 95 f.). Im zweiten Schritt erfolgte dann induktiv die Bildung von Subkategorien, wobei nur das zuvor den jeweiligen Hauptkategorien zugeordnete Material herangezogen wurde.

**4. Zusammenstellen von Textstellen nach der Hauptkategorie:** Im vierten Schritt wurden alle Textstellen der jeweiligen Hauptkategorie zusammengestellt und die thematischen Hauptkategorien, die ausdifferenziert werden sollen, ausgewählt. Dafür wurden mit Hilfe der MAXQDA-Software alle mit der gleichen Kategorie codierten Textstellen zusammengestellt (vgl. Kuckartz 2018, S. 180).

**5. Induktives Bestimmen von Subkategorien:**

Die im vorherigen Schritt ausgewählten Textstellen wurden im fünften Schritt erneut analysiert und es wurde nun induktiv eine weitere Subkategorie gebildet. Erst nach dem vorab dargestellten ersten Codier Prozess, in dem das gesamte Material den Hauptkategorien zugeordnet wurde, wurden die Subkategorien als eine untergeordnete Kategorie der entsprechenden Hauptkategorie zugewiesen.

**6. Codieren des Materials am Kategoriensystem:** Das gesamte Material wurde im sechsten Schritt anhand des erarbeiteten und ausdifferenzierten Kategoriensystems erneut und abschließend codiert.

**7. Analyse und Visualisierung:** Im letzten Schritt wurden die Hauptkategorien analysiert, visualisiert und verschriftlicht.

Anhand der folgenden Grafik werden die sechs Formen einfacher und komplexer Auswertung bei einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse noch einmal dargestellt.



Abbildung 2: Sechs Formen einfacher und komplexer Auswertung bei einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz 2018, S. 118).

## 4.6. Gütekriterien qualitativer Forschung

---

Um die Qualität der Forschung beurteilen zu können, wird es als wichtiger Standard der empirischen Forschung angesehen, die Ergebnisse anhand von Gütekriterien zu beurteilen (vgl. Mayring, 2023, S. 119). Mayring stellte sechs übergreifende Kriterien auf, mit Hilfe dieser die Qualität der durchgeführten Forschung im Folgenden beurteilt werden soll (vgl. ebd. S. 122ff.).

**1. Verfahrensdokumentation:** Zunächst erfolgte eine Erläuterung des persönlichen Vorverständnisses. Die Durchführung und Auswertung der Datenerhebung sowie die Zusammenstellung des Analyseinstrumentariums wurde dargelegt (vgl. Mayring, 2023, S. 123).

**2. Argumentative Interpretationsabsicherung:** Interpretationen wurden argumentativ begründet. Die Deutung der jeweiligen Interpretationen erfolgte theoriegeleitet, wodurch diese in sich schlüssig ist. Es wurden in diesem Prozess auch alternative Deutungen gesucht und daraufhin überprüft (vgl. Mayring, 2023, S. 123).

**3. Regelgeleitetheit:** Wie bereits in Abschnitt 4.5 beschrieben, folgte die qualitative Inhaltsanalyse der Systematik, das Material in Einheiten zu zerlegen, welche nacheinander bearbeitet wurden. Dabei stand ein Categoriesystem, welches theoriegeleitet am Material entwickelt wurde im Zentrum des Vorgehens, wobei Aspekte festgelegt wurden, die aus dem Material herausgefiltert wurden (vgl. Mayring, 2023, S. 98). Hierdurch konnte die Qualität der Interpretationen abgesichert werden. Die vorab festgelegten Analyseschritte erfolgten schrittweise, systematisch von einer Einheit zur nächsten (vgl. Mayring, 2023, S. 123).

**4. Nähe zum Gegenstand:** Die Nähe zum Gegenstand konnte vor allem dadurch erreicht werden, dass möglichst nahe an der Alltagswelt der beforschten Subjekte angeknüpft wurde (vgl. Mayring 2023, S. 124). „Qualitative Forschung will an konkreten sozialen Problemen ansetzen, will Forschung für die Betroffenen machen und dabei ein offenes, gleichberechtigtes Verhältnis herstellen (...). Durch diese Interessenannäherung erreicht der Forschungsprozess eine größtmögliche Nähe zum Gegenstand“ (Mayring, 2023, S. 124).

**5. Kommunikative Validierung:** Die interviewten Personen werden nicht als Lieferant\*innen von Daten angesehen, sondern stellen, wie die Forschenden auch, denkende Subjekte dar, weshalb der Dialog mit ihnen aufgenommen wurde und sich daraus wichtige Argumente zur Relevanz der Ergebnisse gewinnen lassen (vgl. Mayring, 2023, S. 124 f.). Diesbezüglich ist sich auch auf den Hinweis von Ertl-Schmuck et. al zu beziehen, dass die Eigenlogik qualitativer Forschung sich dadurch auszeichnet, „... dass insbesondere die subjektiven und biografisch entstandenen Wirklichkeiten der Adressat:innen und Akteur:innen pädagogischer bzw. pflegerischer/ therapeutischer Arbeit in den Blick genommen werden“ (Ertl-Schmuck et al., 2023, S. 73). Hierdurch gelangen, je nach Erkenntnisinteresse, „...das Erleben, die sozialen

Interaktionen, die damit verwobenen Sinn- und Bedeutungskonstruktionen sowie identitätsbildende Muster“ (ebd.) in den Fokus, wobei ebenfalls erwähnt wird, dass das Subjekt dabei nicht als Symptom- oder Funktionsträger\*in bzw. als Repräsentant\*in eines Phänomens betrachtet wird (vgl. Ertl-Schmuck et al., 2023, S. 73 f.).

**6. Triangulation:** Unter Triangulation ist zu verstehen, dass versucht wird, „...für die Fragestellung unterschiedliche Lösungswege zu finden und die Ergebnisse zu vergleichen“ (Ertl-Schmuck et al., 2023, S. 73f.), was bedeutet, dass verschiedene Erhebungsmethoden kombiniert werden können, um Stärken und Schwächen zu identifizieren und verschiedene Standpunkte zu gewinnen. Dies wurde in dieser Forschung nicht angewandt, da es den Zeitrahmen dieser Arbeit überschritten hätte und aufgrund der Zielstellung nicht als zwingend notwendig erschien.

Außerdem können zur Bewertung qualitativer Forschung auch Kernkriterien nach Ertl-Schmuck et al. herangezogen werden, an denen sich ebenfalls orientiert wurde:

- Anschlussfähigkeit der Forschungsfrage an den wissenschaftlichen Diskurs
- Relevanz bzw. Bedeutsamkeit des Forschungsvorhabens
- Gegenstandsangemessene Methodenwahl
- Intersubjektive Nachvollziehbarkeit des gesamten Forschungsprozesses: Dokumentation des Vorverständnisses der Forschenden sowie die Begründung der Wahl der einzelnen Erhebungsmethoden und des Erhebungskontextes. Dokumentation des Feldzugangs, der einzelnen Untersuchungs- und Auswertungsschritte, der Ergebnisse, der Deutungen, Annahmen, Beobachtungen der Forschenden, der Transkriptionsregeln und des verwendeten Datenmaterials
- Empirische Verankerung: Theoriebildung erfolgt dicht an den Daten, Neues in den Daten entdecken und kodifizierte Verfahren der Datenanalyse offenlegen
- Kohärenz: Stimmigkeit der Theorie, plausibler Argumentationsgang, Erkennen und Offenlegen von Widersprüchen
- Kommunikative Validierung:
  - 1) Überprüfung der Ergebnisse im Forscher:innenteam
  - 2) Diskussion der Ergebnisse mit den Beforschten
- Reflektierte Subjektivität der Forschenden im gesamten Forschungsprozess
- Limitation: Geltungsbereich und Grenzen der entwickelten Theorie
- Forschungsethische Arbeitsweise (Ertl-Schmuck et al., 2023, S. 75).

## 5. ERGEBNISSE DER EIGENEN FORSCHUNG

---

Die Analyse der Interviews erfolgte kategorienbasiert entlang der Hauptkategorien, die sich aus den Leitthemen des Interviewleitfadens ergeben. Diese werden im folgenden Absatz aufgeführt und die Antworten aus den Interviews zusammenfassend dargestellt. Hierfür wurden Zitate aus den Interviews beigefügt. Zur Analyse der Fragestellungen wurden teilweise Äußerungen aus anderen Leitthemen des Interviews herangezogen, da diese ebenfalls zur Beantwortung der Fragestellungen als bedeutsam erschienen. Da es sich in einigen Punkten um, für die pädagogischen Fachkräfte schwer zu erfassende bzw. komplexe Thematiken handelte, wurden Fragen nach Gesundheitsproblemen bei den Kindern und Jugendlichen wiederholt angesprochen.

### 5.1. Definition von Gesundheitsproblemen

---

Das erste Leitthema befasste sich mit Definitionen von Gesundheitsproblemen. Es sollte beschrieben werden, wie pädagogische Fachkräfte Gesundheitsprobleme in der Heimerziehung definieren. Dafür erfolgte eine getrennte Aufführung von physischen und psychischen Gesundheitsproblemen. Art und Häufigkeit von Gesundheitsproblemen wurden von den Teilnehmenden beschrieben.

#### Physische Gesundheitsprobleme

In den Interviews löste diese Fragestellung zunächst Unsicherheit aus. Da pflegerische und medizinische Tätigkeiten nicht im Fokus der täglichen Arbeit der pädagogischen Fachkräfte stehen, wurden solche Probleme offensichtlich wenig wahrgenommen bzw. als nicht vorliegend beschrieben. Aussagen aus den Interviews, die diese Annahme untermauern, sind beispielsweise: *„Physische Schwierigkeiten haben wir in unserem Bereich nicht so sehr viele, weil wir keine Einrichtung sind, die (...) im weitesten Sinne für Menschen mit einer Behinderung vorgesehen sind. Es gibt keine körperlichen Einschränkungen“* (P4: Z. 26-28) oder *„Also körperliche Gesundheitsprobleme begegnen mir in meiner Arbeit nicht. Nein“* (P5: Z. 23-24); *„Ansonsten also die körperlichen Beschwerden kann ich halt nicht so viel zu sagen, weil wir da eher nicht das Klientel für haben“* (P5: Z. 59-61). Im weiteren Verlauf der Interviews wurden jedoch auch physische Gesundheitsprobleme benannt, die im Kontext der ersten Fragestellung (noch) nicht gesehen wurden. Folgende Aussagen deuten darauf hin: *„Bei den Kindern ist es vor allen Dingen die Orthopädie, die häufig schleifen gelassen wurde in jungen Jahren. Generell nehmen wir ab zwölf Jahren erst auf, das ist das Jüngste, was wir haben können. Da müsste eigentlich an der Orthopädie schon viel gelaufen sein. Viele körperliche Merkmale sind auch durch Suizidversuche entstanden, also beispielsweise der Sprung von einem Balkon und dann daraufhin eine Fehlstellung der Sprunggelenke etc.“* (P6: Z. 18-24).

Auch im Bereich der kiefernorthopädischen Behandlungen kann ein hoher Bedarf vermutet werden (vgl. P3: Z. 150-152). Des Weiteren wurden Gesundheitsprobleme sowie Neurodermitis, Essstörungen/ Gewichtsprobleme bzw. Anorexie oder Adipositas (vgl. P1: Z. 56, 138; P2: Z. 34-35); P6: Z. 64), Einschränkungen der Motorik (P4: Z. 134-135; vgl. 169 f., bronchiale Probleme bzw. Asthma (vgl. P1: Z. 60 f.) und Zahnprobleme (vgl. P1: Z. 137-139) oder Zahnfehlstellungen (vgl. P3: Z.151 f.) benannt. *„Zahnhygiene oder überhaupt der Zustand der Zähne. Weil die am häufigsten höheren Behandlungsbedarf haben, weil sie vernachlässigt wurden“* (P1: Z. 54-55, P2: Z. 121 ff.). Es wurde deutlich, dass im weiteren Verlauf des Interviews offensichtliche körperliche Erkrankungen doch benannt wurden, die zunächst nicht präsent waren. Es wurden körperliche Gesundheitsprobleme beschrieben, die den pädagogischen Fachpersonen vermutlich aus eigenen Erfahrungen bekannt sind und daher als „gängige“ Gesundheitsprobleme eingeordnet wurden. *„Ja, also ich würde sagen, das sind so Alltagssachen, die sie haben“* (P3: Z. 22). Es wurde von physischen Gesundheitsproblemen wie Kopfschmerzen, Bauchschmerzen (vgl. P3: Z. 22), Erkältungen (vgl. P3: Z. 23; P2: Z. 39), Magen-Darm-Erkrankungen (vgl. P2: Z. 39 f.), Kinderkrankheiten wie beispielsweise Scharlach oder Mumps (vgl. P3: Z.25), Krätze und Läuse (vgl. P3: Z. 26; P2: Z. 39 f.) berichtet. *„Und auch so entzündliche Sachen, also entzündete Ohrläppchen oder so aufgepulte Wunden oder so was, wo sie halt unhygienisch mit umgehen“* (P3: Z. 22-28). *„Mit was wir natürlich immer wieder konfrontiert sind, sind Armbrüche oder jegliche Verletzungen, die im täglichen Erwachsenwerden einfach dazugehören und dazukommen, die wir dann behandeln müssen“* (P4: Z. 29-31). Von einer Fachkraft wurden Herausforderung mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ I und II berichtet (vgl. P1: Z. 35-37).

Es wurde deutlich, dass es den Interviewten schwer fiel, zwischen physischen und psychischen Gesundheitsproblemen zu trennen, da diese in einem sich wechselseitig beeinflussenden Zusammenhang eher als psychosomatisches Gesundheitsproblem gesehen wurden. *„Innerhalb der Wohngruppen herrscht natürlich auch Mobbing, was noch mal verstärkt, auch bei Gewichtsproblemen“* (P6: Z. 64-66); *„(...) das Gewicht der Mädchen, was dann auch wieder auf die Psyche schlug“* (P1: Z. 158-159). So wurden beispielsweise selbstverletzende Verhaltensweisen durch Schnitte oder Verbrennungen benannt (vgl. P2: Z. 27-33). *„...die auch einhergehend sind mit psychischen Problemen“* (P2: Z.33) *„Oder genau grundsätzlich Probleme mit dem Körpergewicht, mit dem Äußerlichen. Aber auch die sind in der Regel einhergehend mit psychischen Problemen“* (P2: Z. 27-36). Aus dem Bereich der psychosomatischen Gesundheitsprobleme wurden zwei Beispiele genannt, welche zum näheren Verständnis an dieser Stelle aufgeführt werden und die Komplexität nochmals verdeutlichen.

*Ich habe lange ein Mädchen betreut, das bei uns gewohnt hat, die immer im Zusammenhang mit dem Schulbesuch Bauchschmerzen hatte und wir waren mit ihr bei sämtlichen Ärzten, um dem Problem auf den Grund zu gehen und es konnte aber kein offensichtlich medizinisches, also rein körperlich medizinisches Problem erkannt werden, sodass nach circa anderthalb Jahren dann die Idee kam, dass es vielleicht auch tatsächlich ein psychisches Problem sein könnte, was bis heute aber noch nicht abschließend geklärt ist. Und man vermutet, dass es tatsächlich ein psychosomatisches Problem ist, das durch was auch immer ausgelöst wird (P2: Z. 64-73).*

*Wir hatten ein 13-jähriges Mädchen, die ein komisches Krankheitsbild, ja ein Krankheitsbild hatte, was abschließend bei uns nicht ganz geklärt werden konnte. Die hat mehrfach am Tag Ohnmachtsanfälle vorgetäuscht, das heißt, sie ist zunächst in der Wohngruppe, hat sie sich auf den Boden geschmissen und war ohnmächtig. Nachdem man ihr dann bei uns nicht mehr so die notwendige Aufmerksamkeit gegeben hat, weil relativ schnell klar war, die hat hier kein körperliches Problem. Also es ist kein Herzinfarkt, es hat keine körperlichen Ursachen, ist sie dann zum Beispiel rausgegangen und hat dieses Verhalten auch in der Stadt gezeigt. Und Menschen, die dieses Verhalten nicht kennen zum Beispiel haben dementsprechend auch krass darauf reagiert und haben des Öfteren auch den Krankenwagen gerufen. Und auch da war es nachher so, dass der Rettungswagen bei uns angerufen hat und gesagt hat: Wir können dieses Kind nicht mehrfach am Tag einsammeln, weil die vorgibt in Ohnmacht zu fallen (P2: 469-481).*

### Psychische Erkrankungen

Wie bereits erwähnt, konnten in den Interviews psychische Gesundheitsprobleme ausführlicher benannt werden. Hier wurden beispielsweise Angststörungen (vgl. P1: Z. 65) bzw. soziale Ängste und soziale Phobien (vgl. P6: Z. 36-38), Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenien (vgl. P4: Z. 53), Borderlinestrukturen bzw. Borderline Störungen (vgl. P1: Z. 65 f.; P3: Z. 34; P4: Z. 134; P5: Z. 29; P6: Z. 29), Depressionen (vgl. P1: Z. 58; P3: Z. 33; P4: Z. 59, 132; P6: Z. 35, 69), Verhaltensprobleme in Form von Wutausbrüchen oder Aggression (vgl. P1: Z. 64-71), Schwierigkeiten mit Emotionsregulation und Impulskontrolle (vgl. P6: Z. 281), Bulimie (P2: Z. 54), Schlafstörungen (vgl. P1: Z. 104), Essstörungen durch ein gestörtes Selbstbild (vgl. P1: Z. 104-107), ADHS (vgl. P1: Z. 141; P3: Z. 33; P6: Z. 29), selbstverletzendes Verhalten (vgl. P3, Z. 35), posttraumatische Belastungsstörungen (vgl. P4: Z. 57 f.; P6: Z.30), Beziehungs- und Bindungsstörungen (vgl. P2: Z. 84, P4: Z. 59-60, 133). Traumatisierungen (vgl. P5: Z. 30, 34) bzw. Traumafolgestörungen (vgl. P6: Z. 30), seelische Verwahrlosung (P2: Z. 49), Autismus (vgl. P5: Z. 40; P6: Z. 34), geistige Behinderung/ Intelligenzminderung (vgl. P5: Z. 42 f.), fetales Alkohol Syndrom (vgl. P6: Z. 35), Anpassungsstörungen (vgl. P6: Z. 36-38), Entwicklungsstörungen der frühen Kindheit (vgl. P6: Z. 36-38), Schwierigkeiten mit Emotionsregulation und Impulskontrolle (vgl. P6:280f.),

Drogenkonsum und damit einhergehende Wesensveränderungen bzw. dadurch ausgelöste Psychosen (vgl. P6: Z. 38-41) benannt.

## 5.2. Gesundheitliche und soziale Ungleichheit

---

Es wurde nach gesundheitsbeeinflussenden Faktoren bzw. nach der persönlichen Einschätzung zum Zusammenhang zwischen den Gesundheitsproblemen und den sozialen Umständen bzw. sozialer Ungleichheit der Kinder und Jugendlichen gefragt. Alle befragten pädagogischen Fachkräfte benannten Zusammenhänge zwischen der Entstehung von Gesundheitsproblemen und sozialer Ungleichheit. Bezüglich des sozialen Umfelds und psychischen Erkrankungen wurde betont, dass psychische Erkrankungen als Reaktion auf das soziale Umfeld entstehen könnten. Dies bezieht sich darauf, dass Kinder und Jugendliche, besonders in Jugendhilfeeinrichtungen, oft in einem Umfeld aufwachsen, das von psychischen Erkrankungen der Eltern geprägt ist. *„Das beginnt von einem Weltbild aus, das man nicht mit einer psychischen Erkrankung aufwacht oder geboren wird, sondern, dass diese sich entwickeln und daraus begründet sind, in welchem sozialen Umfeld man aufwächst und welche ja zum Beispiel nicht nur, aber zum Beispiel Resilienzfaktoren ein Mensch hat, um mit Herausforderungen und Problematiken umzugehen. Plus, dass wir natürlich uns im Rahmen unserer Arbeit in einem Feld bewegen, wo man immer wieder oder sehr häufig damit konfrontiert ist, dass auch die Eltern der Kinder schon eine psychische Erkrankung haben und diese natürlich dann weitergegeben oder häufig weitergegeben werden, sodass ich behaupten würde, dass sicherlich von Kindern und Jugendlichen in Jugendhilfeeinrichtungen bestimmt 75 bis 80 % eine psychische Erkrankung haben. (...) Was nicht bedeutet, dass all diese Kinder tatsächlich diagnostiziert sind, sondern dass sich das verschiedenartig und verschieden ausgeprägt zeigt. Und es immer dann ein Problem ist, wenn diese psychische Erkrankung eine Auswirkung auf das tägliche Leben hat“* (P4: 64-77). Innerhalb der Ursprungsfamilien können Strukturen zu Angstzuständen führen, was wiederum die psychische Gesundheit beeinflusst (vgl. P1: Z. 75-76). Es wurden Belastungen aus der Herkunftsfamilie genannt, welche als Einflussfaktor bzw. als Ursache für die Entstehung von Traumatisierungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Bindungsstörungen und andere psychischen Probleme gesehen werden können und durch Abwesenheit der Eltern oder Liebesentzug verstärkt werden (vgl. P5: Z. 31-35; P6: Z. 51-57). *„Ähm, ganz viel wird auch mit Liebesentzug gearbeitet der Eltern. Dadurch entstehen ja auch die verschiedensten Ängste und Anpassungsstörungen aufgrund von Frustrationen generell. Alles, was mit Gewalt zu tun hat, denke ich, wäre weniger, wenn die Kinder nicht in ihrer Herkunftsfamilie leben könnten oder dürften“* (P6: 53-57); *„(...) Weil gerade die posttraumatische Belastungsstörung und die Traumatisierung ja aus der Herkunftsfamilie kommen“* (P5: 31-35); *„Also ich denke, gerade so was wie Bindungsstörungen, was ja auch sehr viele in der Jugendhilfe haben, werden natürlich*

*noch mal verstärkt durch die Abwesenheit der Eltern, ganz klar“ (P6: Z. 51-53). Es wurde benannt, dass die Qualität der Bildung, das Verhalten in der Schule und der Zugang zu gesunder Ernährung und Sportaktivitäten oft mit der sozialen Schicht zusammenhängen. Kinder aus einkommensschwachen Familien hätten den Aussagen der Teilnehmenden zur Folge einen schlechteren Zugang zu diesen Ressourcen, was sich negativ auf ihre körperliche und psychische Gesundheit auswirken könnte (vgl. P1, Z. 76-89; P4: Z. 102-108; P2: Z. 78-82; P4: Z. 119-123). „In vielen Familien spielt auch Bildung gar nicht so eine hohe Rolle. Da ist dann natürlich auch die Qualität der Schulbildung schwierig, oder auch wenn sich das Verhalten zum Beispiel wie jetzt Wut oder Aggression... das zeigt sich ja auch in der Schule. Da müssen die Mädchen sich dann häufig auch dem Unterricht fernhalten von Schulseite aus. Also ich würde sagen, da gibt es dann schon einen Zusammenhang“ (P1: Z. 76-82). Stress im elterlichen Haushalt und in ballungsreichen Wohngebieten wird als bedeutender Faktor betrachtet (vgl. P1: Z. 89-94). „Ja, und ich glaube auch, dass die Stressverhältnisse, also Stress, denke ich, auch eine große Rolle spielen im elterlichen Haushalt und vielleicht auch insgesamt in dem Gebiet, wo die Jugendlichen dann häufig groß werden, was ja doch eher dann in Ballungswohngebieten, wo viele Menschen leben, die aus schwierigen Verhältnissen kommen. Und Stress sehe ich auch als Faktor für viele Erkrankungen“ (P1: Z. 89-94). Der Einfluss von Medien, insbesondere Social Media, wurde als möglicher Auslöser für psychische und physische Erkrankungen betrachtet, einschließlich Schlafstörungen, Essstörungen und verändertem Selbstbild (vgl. P1: Z. 99-109; P3: Z. 101-106). „Also was ich mir auch gut vorstellen könnte, ist, dass sich einfach der Zugang zu Medien verändert hat und auch also der technologische Einfluss ist ein anderer. Und dass dadurch auch viele psychische oder auch physische Erkrankungen dann daraus resultieren. Wie zum Beispiel in unserer Einrichtung verbringen die Mädchen sehr viel Zeit in irgendwelchen Social Media Kanälen und schlafen dann nicht und entwickeln dadurch dann auch häufig eine Schlafstörung oder setzen einfach andere Prioritäten oder auch Essstörungen, die dann teilweise daraus resultieren, weil die ein anderes Selbstbild dann entwickeln und eigentlich ganz anders sein möchten und eher ein Teil dieser Social Media Welt darstellen möchten und dann hat sich das Essverhalten auch deutlich verändert“ (P1: 99-109); „Ich habe manchmal den Eindruck, dass es auch so nach Corona einfach vermehrt ist, dass jeder mit sich selber viel drinne bleibt und viel am Handy sitzt und nicht mehr so viel raus geht, unter Leute an die frische Luft ins Tageslicht, sondern mit sich und seiner Psyche in seinem dunklen Zimmer sitzt und Videos guckt, die genau zu dieser Stimmung passen. Was es denn alles noch viel schlimmer erscheinen lässt“ (P3: 101-106). Die Ernährung, besonders in Wohngruppen, könne zu Gewichtsproblemen und Mobbing führen, was wiederum Auswirkungen auf die psychische Gesundheit habe (vgl. P1: Z. 212-215; P6: Z. 61-66). „Also die Ernährung in der Einrichtung ist ja häufig auch schon eine Umstellung für die Kinder und Jugendlichen, weil da der Fokus auch auf gesunder Ernährung*

liegt, dass da auch kein übermäßiger Zuckerkonsum stattfindet“ (P1: 212-215); „Es ist doch häufig, dass es so einen Essensplan gibt, dass es jeden Tag Kuchen gibt und morgens am besten noch Monte-Snack und zum Abendessen die Müllermilch. Also generell Gewichtsprobleme sind auch ganz häufig“ (P6: Z. 62-66). Es wurde von entstehenden Schwierigkeiten berichtet, die auftauchen können, sobald die Eltern bzw. Personensorgeberechtigten Behandlungen nicht zustimmen, so wurde beispielsweise von folgendem Fall berichtet: „(...) falls es dann doch auch mal schwierige Elternteile gibt, die dann mit irgendwelchen Behandlungen nicht einverstanden sind, weil wir das als Einrichtungen auch nicht alles selbstständig entscheiden dürfen. Und das entpuppt sich häufig als Schwierigkeit, wenn der Bedarf einfach nicht gesehen wird vom elterlichen Haushalt und da dann einfach den Betreuerinnen ein Riegel vorgeschoben wird, in dem die Eltern ein Verbot aussprechen“ (P1: Z. 317-323). Drogenkonsum, vor allem in jungen Jahren und im Zusammenhang mit Mischkonsum, wurde als weiterer Faktor für die Entstehung von Gesundheitsproblemen betrachtet (vgl. P1: Z. 317-323; P4: Z. 83-97). „(...) ist einfach ein subjektives Gefühl, dass der Konsum früher wird und der Kontakt zu Drogen eher kommt und es sich dann auch oft nicht nur um Cannabis handelt, sondern was wir beobachten, dass es immer mehr Mischkonsum gibt, also dass sie sich Cannabis mit Schmerzmittel verabreichen zum Beispiel, um die Wirkung in welcher Art auch immer zu pushen. Das ist sicherlich noch ein großer Faktor“ (P4: 83-91). Eine pädagogische Fachkraft hob hervor, dass Jugendliche aus einkommensschwachen Familien möglicherweise einen schlechteren Zugang zu gesunder Ernährung und Sportmöglichkeiten haben könnten (vgl. P1: Z. Pos. 82-89). „Vielleicht auch so ein bisschen, dass die, ähm ja, also zum Beispiel Jugendliche, die dann irgendwie aus einkommensschwachen Familien kommen, dass die dann vielleicht auch einen schlechteren Zugang haben zu gesunder Ernährung oder das Angebot für Bewegungsmöglichkeiten, so wie Sportvereine oder der Reitsport. Also viele Mädchen, die zu uns kommen, haben den Wunsch, dem Reitsport nachzugehen und können das oder konnten das bisher im familiären Haushalt nicht, da die finanziellen Mittel nicht vorhanden waren. Das denke ich, trägt auch schon noch mit dazu bei“ (P1, Pos. 82-89). Bei der Betrachtung der Sozialisationsprozesse und Lebensumstände, wie ihre Interessen, Sportaktivitäten und schulische Förderung von Kindern und Jugendlichen, die im Rahmen der Heimerziehung betreut werden, wurden Zusammenhänge mit körperlichen Gesundheitsproblemen benannt (vgl. P4: Z. 102-108). „Na ja, wenn man schaut, wie wachsen Kinder auf und in welchen, äh ja, wie werden sie sozialisiert, wie viel Sport machen sie? Wie erklären sie sich? Achten die Eltern auf eine gute Schulbildung? Sind die Kinder interessiert daran, einen Freundeskreis zu haben oder hängen sie lieber vor der Konsole? Sind das natürlich auch Faktoren, die körperliche Auswirkungen haben. Sei es motorisch, dass sie nicht dazu in der Lage sind, mit Sportgeräten umzugehen oder eben zum Beispiel Auswirkungen auf das Gewicht haben können“ (P4: 102-108).

In den Interviews wurde die Vielfalt der Hintergründe bzw. der unterschiedlichen sozialen Schichten angesprochen. Es wurde betont, dass auch in vermeintlich wohlhabenden Familien Gesundheitsprobleme auftreten können (vgl. P2: Z. 78-82; P4: 119-123). *„Ja, das kann ich mir vorstellen. Wobei ich es schwer beantworten kann. Oder das schwer benennen kann, welche Faktoren das sind. Weil die Kinder, die wir betreuen, kommen aus den unterschiedlichsten sozialen Schichten von Menschen, die ganz, ganz wenig haben und Sozialhilfeempfänger sind, bis zu Menschen, die sehr viel Materielles haben“* (P2: Z. 78-82); *„Auch bei Kindern, die möglicherweise im normalsozialisierten und wohl- also guten Wohlstand haben, auch finanziell bedingt, sondern ja, man kann sicherlich auch Kinder entdecken in Familien, von denen man vermeintlich meint, dass alles in Ordnung ist. Und das ist so nicht“* (P4: 119-123). Bei der Befragung wurde die Bedeutung der Mund- und Körperhygiene angesprochen (vgl. P3: Z. 41-46; P2: Z. 327-334). *„Aber auch eventuell, dass das von Anfang an aus dem Elternhaus mitgegeben wurde, das zum Beispiel eine tägliche Mundhygiene oder Körperhygiene wichtig ist, dass auch regelmäßige Kontrollen wichtig sind. Und ich glaube, wenn man das von Anfang an nicht unbedingt mitbekommen hat und regelmäßig (...) als positive Kontrolle mitbekommen hat, dass es dann schwierig ist. Viele Kinder und Jugendliche haben tatsächlich auch Angst vor Arztbesuchen, ja sind häufig Scham belastet und das ist die Quittung dafür. Ist auf jeden Fall eine Herausforderung, überhaupt erst mal zu dem Arztbesuch zu bewegen“* (P2: 327-334). *„So was wie Läuse oder Krätze entstehen natürlich schon auch eher irgendwie in unhygienischeren Umständen oder werden da zumindest nicht so schnell wieder in den Griff bekommen“* (P3: 41-43).

### **5.3. Veränderungen der Gesundheitszustände**

---

Im zweiten Leitthema wurden die Teilnehmenden aufgefordert, Veränderungen bezüglich der Gesundheitszustände der zu versorgenden Kinder- und Jugendlichen einzuschätzen bzw. Aussagen darüber zu treffen, ob es im Laufe ihrer Berufstätigkeit zu wahrgenommenen Veränderungen gekommen sei. Außerdem sollten Veränderungen der Anforderungen durch die Betreuung unbegleiteter minderjähriger Asylsuchenden (Migration) erläutert werden. Im Allgemeinen wurde von einer Zunahme von extremen Verhaltensweisen berichtet. Psychische Probleme hätten dem subjektiven Empfinden nach in den letzten Jahren zugenommen. Eine zunehmende Schwierigkeit für die Kinder und Jugendlichen würde darin bestehen, Grenzen einzuhalten (vgl. P2: Z. 112-117). *„Ja, Mein Eindruck ist, dass insbesondere die psychischen Probleme in den letzten zwei Jahren (d.h. 2021-2023, d. Verf.) zugenommen haben bzw. dass die Grenzen der Jugendlichen geringer geworden sind. Wenn man das so formulieren kann. Ich finde, es wird immer extremer, wie die Jugendlichen sich teilweise verletzen in ihrem Verhalten, aber auch gegenüber Betreuern oder Erziehern. Dass da einfach ja die Grenzen*

noch niedriger sind und es eigentlich kaum noch Grenzen gibt, die eingehalten werden können. Genau. Und das macht die Arbeit dann natürlich herausfordernder und nicht gerade einfacher“ (P2: 112-119). „Wir gehen immer mehr in die Ausarbeitung von Konzepten und auch in die Diskussionen mit anderen Trägern oder den Kreisen oder den Jugendämtern. Wie ist umzugehen mit sogenannten Grenzgängern? Das Thema ist unter Jugendlichen gerade sehr, sehr groß und hat auch noch nicht so richtig eine Antwort darauf, was getan werden muss. Und Grenzgänger haben sicherlich oder viele von denen eben auch eine psychische Beeinträchtigung oder einen Grund, warum sie sich so verhalten“ (P4: 155-160). Im Kontext der Corona-Pandemie wurde von einer Zunahme von Gesundheitsproblemen und Verhaltensauffälligkeiten berichtet, welche sowohl physische als auch psychische Gesundheitsprobleme miteinschließen würden. Insbesondere wurde eine Gewichtszunahme bei Mädchen benannt, die sich wiederum auf die Psyche auswirkte (vgl. P1: Z. 155-160). Es wurde der Eindruck geschildert, dass die Kinder und Jugendlichen, mit dem Beginn der Pandemie, vermehrt Zeit zu Hause mit ihren Handys verbringen, sich zurückziehen und Videos konsumieren würden. Dieses Verhalten hätte negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit gehabt, da die Kinder und Jugendlichen weniger nach draußen gehen und soziale Kontakte dadurch vernachlässigt wurden (vgl. P3: Z. 101-106). Außerdem wurde von einer Zunahme von depressiven Verstimmungen bzw. Depressionen berichtet (vgl. P6: Z. 35-36). „Also eigentlich Depressionen sind auch ganz viel geworden, gerade nach Corona“ (P6: 35-36). Es wurden negative Auswirkungen auf den Schlaf, die Prioritätensetzung und das Ernährungsverhalten beschrieben, welches aufgrund des Einflusses der sozialen Medien zu einem veränderten Selbstbild und Essstörungen führen würde (vgl. P1: Z. 101-109). Die durch die Pandemie entstandenen Umstände hätten vor allem bei Kindern und Jugendlichen mit sozialen Ängsten zu einer Verschärfung der bereits bestehenden Problematiken geführt. Erhebliche Auswirkungen, durch den Mangel bzw. Entzug von Schulaktivitäten und Freizeitaktivitäten, wurden besonders bei der jüngeren Generation beobachtet (vgl. P6: Z. 81-88). Eine ungesunde Ernährung und deren Folgen wurden als zunehmende Herausforderungen beschrieben. Außerdem wurde der Eindruck geschildert, dass auch psychische Erkrankungen unter den Kindern und Jugendlichen zunehmen würden (vgl. P3: Z. 92-98).

Im Allgemeinen wurden die Herausforderung, die an die Kinder und Jugendhilfe gestellt werden als immer größer angesehen. Dieses wurde in einen Zusammenhang mit den vorliegenden Störungsbildern gebracht, die im Verhältnis zum letzten Jahrzehnt als deutlich ausgeprägter erschienen (vgl. P4: 148-155). Es wurde außerdem von Herausforderungen bezüglich des Verhaltens bzw. reduzierter Lernfähigkeiten im schulischen Kontext berichtet. Diesbezüglich wurde der Eindruck geschildert, dass es zu einer auffälligen Zunahme von Schulbegleitungen, die von Schulen angefordert werden, gekommen sei (vgl. P4: 393-404).

„Und was ich feststelle ist, dass vor allen Dingen Schule - also es soll kein Bashing sein oder so, es ist einfach nur eine Feststellung- Probleme auch nicht mehr angehen möchte mit ihren Kindern, sondern Hallo, wir brauchen eine Schulbegleitung und damit ist das Thema durch. Wenn ich mir anschau, wie viele Kinder inzwischen eine Schulbegleitung haben, dann ist das unverhältnismäßig viel mehr als das, was vorher vor 10 bis 15 Jahren der Fall war. Ja, da habe ich ja auch selber eben schon gesagt, die Jugendlichen und Kinder, gerade diese Kinder, es wird immer schwieriger und es wird immer aufwändiger. Und die Probleme werden auch immer komplexer. Aber ich glaube, das ist unverhältnismäßig viel mehr so, dass eine Schule dann einfach um sich selbst zu schützen sagt, gibt zum Kind mal eine Schulbegleitung, dann klappt das schon. Aber es ist natürlich auch ein Stempel, was das Kind bekommt“ (P4: Z. 393-404).

Es wurde eine Zunahme von Ängsten, insbesondere in Bezug auf den Kontakt mit fremden Personen beschrieben (vgl. P6: Z. 234-238). „Zum Beispiel die Ängste, also generell sind die Ängste auch mehr geworden in den vergangenen Jahren, finde ich. Kontakt zu, vor allen Dingen fremden Personen aufzunehmen, wenn es ein neuer Arzt ist. Auch die Vereinbarung von Terminen fällt vielen ganz, ganz schwer. Und da sind die Gründe ganz unterschiedlich“ (P6: Z. 234-238). Eine pädagogische Fachkraft schätze die Veränderungen der psychischen Gesundheitsprobleme als weitgehend konstant ohne signifikante Verbesserungen oder Verschlechterungen ein (vgl. P5: Z. 73-76). „Nein, eigentlich nicht. Also, ich bin jetzt seit acht Jahren da. Nein, das ist wiederkehrend. Natürlich jeder sein eigenes Krankheitsbild. Aber die psychischen Probleme sind eigentlich dieselben. Ja. Hat sich nicht verschlimmert oder verbessert“ (P5: Z. 73-76). Im Zusammenhang mit Migration wurden folgende Aussagen bezüglich der Beschreibung und Veränderung der Gesundheitsprobleme, mit denen pädagogische Fachkräfte in ihrer Arbeit konfrontiert sind, genannt. Im Rahmen der Interviews wurde deutlich, dass nicht alle pädagogischen Fachkräfte Erfahrungen in der Betreuung und Unterstützung von unbegleitet minderjährigen Asylsuchenden gemacht haben und unterschiedliche Einschätzungen geteilt wurden. „Da sehe ich eigentlich nichts als besonders herausfordernd an. Es ist gleichbleibend“ (P1: Z. 168-169). Die unbegleiteten minderjährigen Asylsuchenden (UMA's) wurden in separaten Wohngruppen bzw. in einer kleinen Zahl an Streuplätzen in den regulären Wohngruppen der Heimerziehung untergebracht. Teilweise wird von pädagogischen Fachkräften benannt, dass die Erkrankungen den bereits bekannten Erkrankungen der Kinder und Jugendlichen in den Wohngruppen ähneln. „(...) es sind ja (...) hört sich jetzt vielleicht verrückt an, aber es sind ja schon auch ähnliche Erkrankungen. Also es war dann auch eine posttraumatische Belastungsstörung mit Angstzuständen und so. Es sind ja schon ähnliche Verhaltensmuster“ (P5: Z. 81-87). Andererseits wurden widersprüchliche Erfahrungen geteilt: „(...) Natürlich sind generell ganz viele Untersuchungen, die eigentlich in frühen Kindheitsjahren sind, ähm sind ja noch gar nicht abgeschlossen bei den meisten Uma's. Dazu kommt dann noch mal irgendeine Traumatisierung durch die Flucht oder auch

*körperliche Leiden ohne Ende. Da kommt es dann auch nochmal drauf an, über welches Land die gereist sind, also gerade die, die über Bulgarien und Italien kommen, die sind eigentlich so die Ärmsten, würde ich behaupten. Die werden zum Teil noch massiv geprügelt, wodurch dann auch einfach Hirnschäden zustande kommen oder Knochenschäden. Also das ist ein ganz anderes Arbeiten. Das kann man eigentlich mit deutschen Kindern, die durch die Untersuchung gelaufen sind und nie eine Flucht hinter sich hatten, eigentlich gar nicht vergleichen“ (P6: Z. 100-110). Als besondere Herausforderung wurde jedoch die Einschränkung in der Möglichkeit der Kommunikation gesehen. „Ich würde sagen, es ist schwierig, weil da ganz viel, ja auch die Sprache eine Rolle spielt. Also viele Untersuchungen, beispielsweise ein MRT, dann, da kein Dolmetscher dabei ist, dann wird der Mann nicht verstehen, dass er sich nicht bewegen soll und nicht den Knopf drücken darf, wenn er jetzt vielleicht gerade sogar einen Hirnschaden hat, der untersucht werden soll und er dadurch auch Intelligenz retardiert ist oder so“ (P6: Z. 113-118). Die Informationen über die Gesundheitszustände der unbegleiteten minderjährigen Asylsuchenden wurden als spärlich beschrieben, da diese weder dem Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) noch den Wohngruppen bekannt sind. Durch eine erschwerte Kommunikation besteht eine große Herausforderung darin, Gesundheitszustände einzuschätzen und Problematiken herausfinden zu können (vgl. P4: Z. 222-226). Die Konfrontation mit Traumata scheint durch die hinzukommende Betreuung von unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten vermehrt (vgl. P4: Z. 201 f.). Insgesamt zeigen diese Aussagen, dass die Herausforderungen im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen den Einschätzungen der pädagogischen Fachkräfte nach, in den letzten Jahren zugenommen haben, wobei die Corona-Pandemie und der verstärkte Einfluss von Social Media sowie zum Teil die Lebenslage Migration als bedeutender Faktor beschrieben wurden.*

#### **5.4. Umgang mit den Gesundheitsproblemen**

---

Im dritten Leitthema lag der Schwerpunkt der Fragen auf dem Umgang mit den Gesundheitsproblemen. Es wurde erfragt, wie pädagogische Fachkräfte Gesundheitsprobleme in der Heimerziehung identifizieren und mit diesen umgehen bzw. darauf reagieren. Hierfür wurde die Art der Erfassung, der Identifizierung und der gewählten Maßnahmen zur frühzeitigen Erkennung und Reaktion (Prävention/ Gesundheitsförderung) ermittelt. Es sollte erfasst werden, wie mit verschiedenen Aspekten der Gesundheit, inklusive Begleitung zu Arztterminen und Informationsweitergabe, umgegangen wurde sowie ob ausreichend Informationen zu den Gesundheitszuständen vor der Unterbringung zur Verfügung standen.

Die pädagogischen Fachkräfte haben verschiedene Ansätze zur Erfassung und Anamnese von Gesundheitsproblemen in der Heimerziehung beschrieben. Zur Art der Erfassung von

Gesundheitsproblemen zu Beginn der Jugendhilfemaßnahme bzw. mit dem Einzug in die Wohngruppe wurde angegeben, dass es eine Eingewöhnungszeit gibt, in der die Kinder und Jugendlichen beobachtet werden und sichtbare Auffälligkeiten dokumentiert werden. Dabei wird versucht, mögliche Handlungsbereiche bzw. Gesundheitsprobleme zu identifizieren, wobei die eigentliche Ursache hinter dem Problem oft erst später erkannt werden würde (vgl. P2: Z. 160-173; P3: Z. 116-120). Bei der Aufnahme wird eine Anamnese durchgeführt (vgl. P4: Z. 217-218; P3: Z. 116-120; P1: Z. 175-182). Eine teilnehmende Person berichtete: *„(...) das Erfassen erfolgt dann über den zuständigen Kinderarzt. Da werden wir dann vorstellig und da werden die Kinder und Jugendlichen dann auf jeden Fall auch noch mal untersucht und ein Status Quo erfasst und dann wird das auch noch mal in der Einrichtung selbst in den Akten dokumentiert“* (P1: Z. 179-182). *„Häufig sind die Probleme ja auch körperlich erkennbar, wie zum Beispiel bei selbstverletzendem Verhalten oder bei körperlichen Erkrankungen wie Magersucht oder Fettleibigkeit“* (P2: Z. 160-168); *„Also zu Beginn fragen wir natürlich ab, ob bekannte Krankheiten irgendwie da sind oder Allergien oder Unverträglichkeiten oder ja auch, ob es schon mal Aufenthalte irgendwie im psychischen Kontext gab und ob es dazu dann Berichte gibt“* (P3: Z. 116-119). Es wurde beschrieben, dass die pädagogischen Fachkräfte hauptsächlich durch Gespräche, Beobachtungen der optischen Veränderungen oder Auffälligkeiten und die Begleitung von Arztterminen versuchen, bestehende Gesundheitsprobleme zu erfassen, um zeitnah zu reagieren (vgl. P3: Z. 132-139; P4: Z. 238-242). *„Und aufgrund der Erfahrung zeigt sich dann ja, das könnte ja das sein. Ich bin ja kein Arzt, aber ich kann dann schon einschätzen: Geh doch mal zu deinem Hausarzt und der diagnostiziert dann“* (P5: Z. 97-100). Gerade in Bezug auf psychische Gesundheitsprobleme wurde von einer pädagogischen Fachkraft davon berichtet, dass die Kinder und Jugendlichen zum Zeitpunkt des Einzugs in die Wohngruppe zunächst angepasstes Verhalten zeigen und Auffälligkeiten erst im Laufe der Zeit sichtbar werden würden (vgl. P2: Z. 148-154). In einem Fall erfolgt die Dokumentation der Gesundheitszustände bzw. -verläufe detaillierter, was den Aussagen der Fachkräfte nach eine effiziente Verfolgung des Gesundheitszustands der Betreuten ermöglichen würde (vgl. P2: Z. 132-144). *„Wir haben ein Online Dokumentations System. Ein selbst programmiertes sozusagen, wo jeder, jedes Kind oder jeder Jugendliche sozusagen ein Profil hat, in dem wir verschiedene Bereiche haben, wie zum Beispiel die Schule, Therapeutisches, aber auch Medizinisches oder Alltägliches. Und da wird ganz genau dokumentiert, welche gesundheitlichen Einschränkungen oder Zustände gerade vorhanden sind, wie sich das weiterentwickelt, welche Arztbesuche wann stattfinden, was bei den Arztbesuchen diagnostiziert wurde. Und das ist tatsächlich sehr hilfreich, weil so auch im Krankheitsfall der Betreuer und jeder weitere im Gruppendienst nachverfolgen kann, was gerade Stand der Dinge ist. Und bei der Aufnahme eines neuen Kindes oder eines Jugendlichen sind wir immer auf die Falldarstellungen des jeweiligen Allgemeinen Sozialen*

*Dienstes angewiesen. Und je detaillierter das ist, umso besser können wir auch gleich in der Arbeit einsteigen, um die Betreuten bestmöglich weiter zu begleiten“ (P2: Z. 132-144). Zum Teil wird der Gesundheitszustand auch in den offiziellen Berichten für das Hilfeplangespräch (mit den Kindern und Jugendlichen, den Personensorgeberechtigten, den Mitarbeitenden vom ASD sowie der Wohngruppe) aufgeführt bzw. festgehalten (vgl. P5: Z. 91-94; P5: Z. 96-101). Teilnehmende berichteten davon, dass körperliche Beschwerden von den unbegleiteten minderjährigen Asylsuchenden oftmals nicht ausreichend mitgeteilt werden könnten, sodass die Identifizierung und demnach auch die Erfassung und Anamnese nach individuellem Gefühl erfolgt, bei offensichtlichen Erkrankungen wird dann eine ärztliche Untersuchung bzw. Einschätzung hinzugezogen (vgl. P6: Z. 181-186; P1: Z. 186-190). „Körperliche Beschwerden werden uns eigentlich immer mitgeteilt, außer es sind halt die UMA´s, für die das zum Teil normal ist, dass sie unglaubliche Zahnschmerzen haben. Das merken wir dann zum Beispiel daran, dass kein Hähnchen mehr gegessen wird, sondern nur noch Eier mit Toast, also weiche Nahrung. Und genau. Ja, also es ist auch wirklich in allen Fällen immer die Beobachtung, aber auch die Rücksprache mit den Kindern“ (P6: Z. 181-186). „Nein, also das ist eigentlich nach Gefühl. Also entweder wenn es offensichtliche Erkrankungen sind, dann ist es nicht so schwer. Die anderen werden dann erst später deutlich. Und genau da dokumentieren wir dann auch immer noch mal, wenn irgendwas auffällig geworden ist und beobachten dann erst mal die Häufigkeit und werden dann anschließend gegebenenfalls beim Arzt vorstellig“ (P1: Z. 186-190).*

Insgesamt verwenden die pädagogischen Fachkräfte eine Kombination aus Beobachtung, Gesprächen, Dokumentation und Zusammenarbeit mit Gesundheitsdienstleistern, um Gesundheitsprobleme zu erfassen und darauf zu reagieren (vgl. P3: Z. 123-128). Im Allgemeinen ist den Interviews zu entnehmen, dass die Weitergabe von Informationen zwischen verschiedenen Instanzen (Allgemeiner Sozialer Dienst, ehemaligen Wohngruppen, Personensorgeberechtigten) als herausfordernd einzuschätzen ist. Es wurde von der Vermutung der Zurückhaltung von Informationen durch den ASD berichtet. Dieser würde gelegentlich Informationen zurückhalten, um zu verhindern, dass aufgrund von Gesundheitsproblemen keine Aufnahme in der Wohngruppe möglich ist bzw. diese abgelehnt wird (vgl. P2: Z. 213 ff.). „Ich denke mit der Befürchtung, wenn sie alles offenlegen würden, dass dann die Jugendlichen häufig nicht aufgenommen werden könnten, weil die Problematik doch größer ist als eigentlich dargestellt, was für die Wohngruppen total bescheiden ist. Wobei ich auch den ASD verstehen kann, dass sie diese Kinder irgendwie gerne gut betreut wissen möchten. Aber nichtsdestotrotz je mehr Informationen wir haben und je ausführlicher die sind, umso besser können wir eben auch damit arbeiten. Und wenn gesagt wird ach, das Kind ist ja total lieb und es bringt auch kaum etwas mit sich und dann entpuppt es sich aber nach kurzer Zeit als Intensivtäter in sämtlichen Formen, oder ist es gefährlich gegenüber anderen oder sich

*selbst ... Und dass Informationen sind, die vorgehalten werden, ist das für alle Beteiligten und insbesondere für das Kind dann ja, absolut negativ“ (P2: Z. 213-225). Es wurde jedoch auch die Vermutung geäußert, dass die Mitarbeitenden im ASD nicht ausreichend Informationen über die Gesundheitszustände bekommen, somit nicht mit „böser Absicht“ gehandelt wurde. Von einer pädagogischen Fachkraft wurde angegeben, dass die Weitergabe von Informationen an das Jugendamt selten stattfindet, außer es handelt sich um drastische Auffälligkeiten oder therapeutische Anbindungen, die während Hilfeplangesprächen besprochen werden (vgl. P3: Z. 167-172). „Und ich glaube ganz, ganz klar, wir haben schon mehrfach Fälle gehabt, wo wir gesagt haben, das kann nicht angehen, dass dieses Kind hier so übergeben wurde, also in vielen Punkten schlicht gelogen wurde. Und da mache ich auch dem ASD keinen Vorwurf, weil auch der nur mit den Informationen arbeiten kann, die er tatsächlich bekommt. Ich erwarte von einer Sachbearbeiterin im Amt nicht, dass sie den Jugendlichen oder die Jugendlichen, die sie betreut, aus dem FF kennen, wenn sie die einmal im halben Jahr sieht. Geht ja gar nicht. Und Papier ist geduldig. Man kann da viel reinschreiben und das muss nicht immer der Wahrheit entsprechen. Und so mache ich dem ASD da keinen Vorwurf. Wobei es sicherlich auch da Kolleginnen und Kollegen gibt, die aufgrund- was ich auch verstehen kann- aufgrund der aktuellen Situation in (Landkreis), die sehr spärlich ist, Jugendliche besser darzustellen, als sie vielleicht wirklich sind“ (P4: Z. 284-296). Im Bereich der Verselbstständigung/ Außenbetreuung im trägereigenem Wohnraum wird hingegen von gegenteiligen Erfahrungen berichtet. Der ASD wäre sich bewusst darüber, dass Selbstständigkeit in der Außenbetreuung erforderlich sei und würde dementsprechend auch „kritische Informationen“ weitergeben. Dennoch wären die Informationen von ASD über gesundheitliche Probleme oft nicht gut (vgl. P5: Z. 129-133). „(...) Weil es ja so ist, dass gerade der ASD weiß, in der Außenbetreuung muss man ja relativ selbstständig sein. Wenn der uns dann schon von Anfang an sagt, dass es eine Borderline Mama ist, die mit drei Kindern eigentlich überfordert ist, dass wir dann nicht aufnehmen würden“ (P5: Z. 130-133). Die Informationsweitergabe zwischen den Personensorgeberechtigten aus den Ursprungsfamilien und den Wohngruppen wird im Alltag teilweise als mangelhaft beschrieben, gerade wenn es dazu kommt, dass die Eltern bzw. Personensorgeberechtigten die Erkrankungen nicht ernst- oder nicht wahrnehmen. „Zusammenarbeit mit dem ASD oder den ehemaligen Wohngruppen, falls es da welche gab oder zum Beispiel dann auch den Schulen, da funktioniert das dann deutlich besser. Ja, da ist die Verantwortlichkeit der jeweiligen Personen oder das Gefühl dafür auf jeden Fall höher als häufig aus dem elterlichen Haushalt“ (P1: Z. 258-261). Es wurde jedoch festgestellt, dass extreme Unterschiede in der Informationsbereitschaft der Eltern vorliegen (vgl. P3: Z. 176 f.). „(...) nämlich einmal Eltern, die sich noch nie gekümmert haben und dann findet man entsprechend auch gar keine Informationen über die Kinder und Jugendlichen. Und jetzt seit neustem haben wir aber auch Eltern, die in die anderen Extreme*

gehen, also wegen jedem krummen Haar wurden die Kinder dann schon dreimal auf links gedreht und es ist eigentlich wirklich gar nicht so viel los gewesen“ (P3: Z. 177-181). Die Informationsweitergabe von ehemaligen Wohngruppen wurde als spärlich bis schlecht beschrieben. Es wurde der Eindruck geäußert, dass einige Einrichtungen das Kind möglicherweise schnell loswerden möchten und daher nicht alle relevanten Informationen weitergeben (vgl. P4: Z. 271- 281). „Wir haben das natürlich immer wieder, dass wir Kinder und Jugendliche aufnehmen, die vorher schon in anderen Einrichtungen waren. Da ist die Informationsweitergabe eher spärlich bis schlecht oder gar nicht. Es gibt natürlich tolle Einrichtungen, die super gute Übergaben machen und sehr hinterher sind, auch wirklich alles zu erzählen. Aber man hat, oder ich habe eher das Gefühl, dass abgebende Einrichtungen das Kind dann auch schnell loswerden möchten und eher nicht erzählen, was los ist, egal in welche Richtung, damit dann die aufnehmende Einrichtung dieses Kind tatsächlich aufnimmt, um dann nach drei Monaten festzustellen - Moment mal, das ist aber nicht der Mensch, der uns hier angekündigt wurde“ (P4: Z. 272-281). Außerdem wurde davon berichtet, dass die Weitergabe von Informationen dadurch erschwert wäre, dass alles schriftlich und mit Schweigepflichtsentbindungen geregelt werden müsste. Diese wird jedoch beim Einzug in die Wohngruppe von den Personensorgeberechtigten unterschrieben und liegt in den meisten Fällen vor, sodass ein Austausch mit den Ärzt\*innen stattfinden kann (vgl. P2: Z. 199-202). Die Notwendigkeit eines verbesserten Informationsmanagements und einer effektiveren Koordination wurde deutlich (vgl. P4: Z. 271-296).

Zur Informationsweitergabe von Informationen aus unbegleiteten Arztterminen wurde berichtet, dass die meisten Jugendlichen, dem individuellem Empfinden der Fachkräfte nach, mehr oder weniger zuverlässig und ehrlich über die Ergebnisse von Arztterminen berichten würden (vgl. P2: Z. 198 f.; P3: Z. 155-159). „Wenn die Jugendlichen alleine gehen, werden sie, wenn sie zurückkommen, direkt im Büro erwartet und es gibt eine direkten Austausch. Natürlich ist es manchmal so, dass sie nicht alles verstehen, egal ob es an der Sprache liegt oder einfach, weil ein Arzt sich so ausdrückt, wie er sich nun mal ausdrückt. Und das geht uns ja selber genauso, dass wir dann hinterher daraus gehen und teilweise nicht wissen, was da gerade geredet wurde. Dann telefonieren wir mit den Ärzten noch mal hinterher“ (P4: Z. 258-264). Die Aussagen der pädagogischen Fachkräfte machten deutlich, dass die Informationsweitergabe durch verschiedene Faktoren, wie beispielsweise die Gesundheitskompetenzen der Eltern bzw. Personensorgeberechtigten, mangelnde Informationen seitens der Wohngruppen bzw. Personensorgeberechtigten oder des Allgemeinen Sozialen Dienstes beeinflusst wird und als nicht ausreichend für eine gute Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention angesehen wurde.

Im Rahmen der Interviews wurde nach vorliegenden Maßnahmen und Strategien zur Prävention und Gesundheitsförderung in der Heimerziehung gefragt. Von einer pädagogischen Fachkraft, die bei einem großen Träger angestellt ist, wurde benannt, dass Heimtauglichkeitsuntersuchungen stattfinden. Hierfür erfolgt eine frühzeitige Vorstellung bei Allgemeinmediziner\*innen bereits zur Aufnahme der Kinder und Jugendlichen. Es wurde beschrieben, dass eine gute Vernetzung mit Fachärzt\*innen und der Einrichtung bestehen würde (vgl. P4: Z. 238-242). *„Aber das ist jetzt kein spezielles Konzept, was dahintersteckt, das gehört einfach mit dazu“* (P4: Z. 241 f.). Es wurde angegeben, dass regelmäßige Arztuntersuchungen, einschließlich einmal jährlich zahnärztliche, zweimal jährlich hausärztliche und einmal jährliche augenärztliche Kontrolluntersuchungen geplant werden (vgl. P6: Z. 136-138). *„(...) um da einen gewissen Check up zu haben und generell natürlich was für U- Untersuchungen noch anstehen. Die gehen ja bis zum 14. oder 15. Lebensjahr, die werden halt nach Plan gemacht“* (P6: Z. 139-141). Auffälligkeiten werden von den pädagogischen Fachkräften dokumentiert und in ihrer Häufigkeit beobachtet. Bei Bedarf, der dann durch die pädagogischen Fachkräfte eingeschätzt wird, wird eine medizinische Unterstützung in Anspruch genommen (vgl. P1: Z. 186-190; 195 f.). Auf die Frage, wie reagiert wird, wenn Kinder und Jugendliche Gesundheitsprobleme bei den pädagogischen Fachkräften melden, wurde beispielsweise geantwortet, dass dies in der Regel nur vorkommen würde, *„wenn sie nicht zur Schule gehen möchten oder können. Und dann ist immer ein Arztbesuch vorausgesetzt. Einmal abklären von medizinischer Seite. Wir sind ja alles nur Pädagogen, wir haben bei uns keine Pflegefachkräfte oder Ärzte oder Psychologen und ein Arzt wird dann immer aufgesucht“* (P6: Z. 187-193). Wenn Gesundheitsprobleme von Kindern und Jugendlichen gemeldet werden, besteht der übliche Ablauf darin, einen Arzt aufzusuchen, um die medizinische Seite abzuklären zu lassen (vgl. P6: Z. 187-193). Der Fokus für präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen und Strategien wird auf Hygiene und Aufklärung gelegt. Es würde sich besonders auf die Aufklärung konzentriert werden, insbesondere bei Erkrankungen, die durch Hygienemangel entstehen (vgl. P1: Z. 203-207). *„(...) Oder wenn jetzt jemand sich weigert, dass man zum Beispiel bei der Zahnhygiene persönlich unterstützt, dann müssen wir das auch in Zusammenarbeit mit dem Zahnarzt machen“* (P1: Z. 207-209). Von einer Interviewteilnehmenden wurde berichtet, dass alle Kinder und Jugendlichen eine therapeutische Anbindung hätten, welche bei Bedarf in Anspruch genommen werden könnte (vgl. P6: Z. 168-170). Zusammenfassend konnte festgestellt werden, dass das Thema Prävention und Gesundheitsförderung im Alltag keine besondere Relevanz hat.

## 5.5. Zugang, Herausforderungen und Empfehlungen bezüglich der Gesundheitsversorgung

---

Die Leitthemen „Zugang zur Gesundheitsversorgung“ und „Herausforderungen und Empfehlungen zur Gesundheitsversorgung“ werden folgend in einem gemeinsamen Abschnitt betrachtet. In den Interviews wurde gefragt, wie sich der Zugang zur Gesundheitsversorgung gestaltet und von den pädagogischen Fachkräften eingeschätzt wurde. Diesbezüglich wurde beschrieben, wo sich Engpässe ergeben bzw. welche Ressourcen als fehlend eingeschätzt werden. Daraus resultierende Auswirkungen auf die Kinder und Jugendlichen sowie die besonderen Bedürfnissen und Herausforderungen der Kinder und Jugendlichen aus der Heimerziehung im direkten Kontakt zu Arzt\*innen/ Therapeut\*innen wurde erfragt und darum gebeten, diese Aspekte genauer zu beschreiben.

Auf die Frage, wie der Zugang von den betreuten Personen in der Heimerziehung zur notwendigen medizinischen Versorgung bzw. als wie gut die Möglichkeit an Therapieplätze oder weitere Termine bei Arzt\*innen heranzukommen, eingeschätzt wird, wurden folgende Antworten gegeben. Es wurde von langen Wartezeiten für die Aufnahme von ambulanten Therapieplätzen berichtet (vgl. P1: Z. 282-294). *„Und wir haben zum Beispiel auch schon auf Therapieplätze mehr als zwei Jahre warten müssen. (...) Und auch mit Dringlichkeit“* (P1: Z. 282 f.); *„So was wie die Anmeldung zu Therapien ist wirklich sehr schwer in (Ort). Ähm, genau. Also da schaffen wir es eigentlich nicht, innerhalb von wenigen Wochen irgendwo anzumelden und anzugliedern, sondern das zieht sich immer mehrere Monate in die Länge“* (P3: Z. 190-193); *„Was ein absolutes Problem ist, aber das ist nicht nur in der Jugendhilfe so, das ist ja überall so, sind Facharzttermine und vor allen Dingen sind das Termine bei Psychologen, psychiatrischen Institutsambulanzen, Tagesgruppen, Therapeuten, Kliniken“* (P4: Z. 318-321); *„Ich würde sagen Hausärzte sind super. Therapeuten, da haben wir leider immer noch viel zu wenig. Da wird ja glücklicherweise mittlerweile auch von der Krankenkasse die Online Therapie getragen. Auch da sind aber auch zu wenig Plätze. Also alles was so rund um die Psyche ist, ist tatsächlich schwer. Bei allem Körperlichen ist es eigentlich ganz gut“* (P6: Z. 224-228). *„In Krisen muss ich aber sagen, dass gerade die Zusammenarbeit mit den hiesigen Kinder- und Jugendpsychiatrien häufig von Vorteil ist, weil man dann das Personal kennt, weil man eventuell dadurch schneller mal einen Platz bekommen könnte. Genau. Aber ich glaube, dass es dann auch die jahrelange Arbeit der Einrichtung mit den verschiedenen Institutionen oder die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Institutionen ausschlaggebend ist. Und ansonsten machen die ja ganz normal Termine wie jeder andere auch und stehen aber meist auf der Warteliste“* (P2: Z. 241-248). In einer Einschätzung wurde berichtet, dass die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen durch einen erschwerten Zugang zur Gesundheitsversorgung langfristig beeinflusst werden könnte. So könnten sie den Mut

verlieren, sich weiterhin um das Anliegen zu kümmern, das Durchhaltevermögen könne abschwächen bzw. verloren gehen, obwohl der Bedarf (von den Betreuer\*innen) weiterhin als hoch eingeschätzt werden würde (vgl. P3: Z. 226-232). In diesem Zusammenhang wurde folgendes Dilemma erwähnt: *„wenn sie eben schon versucht haben, sich irgendwo zu melden und einfach merken, dass es nicht schnell ein Ergebnis gibt, dass man dann auch den Mut verliert, sich weiter darum zu kümmern oder auch, dass man überhaupt das Durchhaltevermögen hat, immer wieder alle vier Wochen sich auf der Warteliste weiter aktuell zu halten, sich doch wieder zu melden. Also das schreckt schon Leute ab, die es trotzdem auch eigentlich dringend benötigen würden“* (P3: Z. 226-232). Bezüglich der Nutzung von ambulanten Therapien im Anschluss an den Aufenthalt in der Klinik wurde geantwortet, dass sich dies als schwierig gestalten würde. *„Das nächste wäre in [Ort], was dann glaube ich ungefähr einen Fahrtweg wäre von 40 Minuten pro Weg. Und dann wäre der nächste erst wieder in [Ort, Fahrt ca. 50 Min]. Und das gestaltet sich einfach auch schwierig. Diese Termine können häufig von den Mädchen nicht selbstständig wahrgenommen werden und müssen begleitet werden, was über die Einrichtungen dann fast unmöglich ist. Und die andere Option für die Mädchen, die die Termine selber wahrnehmen können- das entpuppt sich dann häufig auch als schwierig, weil die Mädchen die Termine dann nicht wahrnehmen und vielleicht auf dem Weg dann sich doch entscheiden, die Freundin zu besuchen und dort nicht aufschlagen und somit dann auch wieder den Platz verlieren“* (P1: Z. 299-308). Außerdem wurde die Möglichkeit der akuten therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten als nicht ausreichend beschrieben. *„Also wenn, dann erfolgt nur der Weg über die Ambulanz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in einer akuten Situation, in der sich auch kein anderer mehr zu helfen weiß. Alternativ gibt es da keine Unterbringungsmöglichkeit. (...). Dann geht es erst mal wieder zurück in die Einrichtung. Und mit Glück wird der Bedarf so hoch eingeschätzt, dass man dann vielleicht auch noch mal (...) auf die Warteliste kommt“* (P1: Z. 282-294); *„...hätten wir das Beratungszentrum in (Ort) nicht, wüssten wir wahrscheinlich gar nicht wohin mit den psychologischen Problemen und Erkrankungen. Das hilft sehr. Ich bin auch sehr dankbar, dass es das gibt. Dazu haben wir auch echt ein gutes Verhältnis, auch zu den Therapeuten und Psychologen da. Also ich würde schon sagen, dass es schon eine Netzwerkarbeit ist. Zu den niedergelassenen Therapeuten und Psychologen, wie gesagt, hatte ich ja gerade schon gesagt ... ein 3/4 Jahr jeden Monat da anrufen, immer wieder und den weiteren Bedarf bestätigen. Die Tagesklinik haben wir manchmal ja noch, wobei wir da eher die Erfahrung gemacht haben, dass es eine Aufbewahrung eher ist. Also da wird nicht richtig an die psychologischen Probleme herangegangen, weil ja auch die Kürze der Zeit, also ich möchte da überhaupt keinen Psychologen oder so jetzt schlecht reden- kann ich auch gar nicht, weil es deren Arbeit ist. Aber es ist schon so, dass in fünf Wochen kann man nicht Jahrzehnte aufarbeiten einfach“* (P5: Z. 138-152). Als ein weiteres Hindernis wurde der unterschiedliche

Zugang beschrieben. „Es gibt ja verschiedene Mechanismen, die greifen, wenn man zum Beispiel akut einen Psychologen braucht, über den Kassenärztlichen Dienst zu versuchen einen Notfalltermin zu bekommen, der sich dann aber befinden darf- ich meine ein Radius von 50, 35 oder 50 Kilometern, also Radius-, wo dieser Jugendliche dann zu einem Ersttermin hingehen kann, um zu Anfang anzufangen zu berichten, um dann in drei Monaten den nächsten Termin zu bekommen“ (P4: Z. 347-353). „Die Psychiatrische Institutsambulanz hier in [Ort] hat eine Warteliste, aktuell von einem halben bis 3/4 Jahr. Und ähnlich sieht es bei niedergelassenen Psychologen aus, wobei ja die Warteliste noch deutlich länger ist. Ja, stationär geht es ein bisschen, ein bisschen schneller“ (P4: Z. 356-362). Als mögliche Gründe für Hemmnisse bzw. Herausforderungen auf Seiten der Kinder- und Jugendlichen, ärztliche bzw. therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, wurden folgende Antworten gegeben: „Und die Jugendlichen selbst haben so im Allgemeinen aber wenig Hürden zum Arzt zu gehen. Und ich kann nur sagen, es kommt darauf an, welchen Arzt die Jugendlichen besuchen sollen. Also bei der Gynäkologie, da ist das ein großes Thema. Bei vielen Mädchen ist auch der Zahnarzt stellt auch ein großes Problem dar. Genau. Also eigentlich alles, wo es so ein bisschen auch um die intimen Bereiche oder auch um Scham geht. Also viele Mädchen schämen sich auch zum Beispiel für ihre eigene Zahnhygiene und mögen auch zum Beispiel da gar nicht den Mund aufmachen oder haben Angst vor Schmerzen oder Erleben andere Traumata von Schmerz. Und ja, sie weigern sich dann auch regelrecht, zum Arzt zu gehen. (...). häufig auch Scham oder eventuell auch wenn sexueller Missbrauch erfahren wurde im Kindheitsalter, dann stellt das auch eine besondere Hürde dar“ (P1: Z. 325-337); „Viele Kinder und Jugendliche haben tatsächlich auch Angst vor Arztbesuchen, ja sind häufig schambelastet und das ist die Quittung dafür. Ist auf jeden Fall eine Herausforderung, überhaupt erst mal zu dem Arztbesuch zu bewegen“ (P2: Z. 331-334); „Viele Kinder äußern, dass ihnen nicht geholfen werden kann und stehen sich da so ein bisschen selbst im Weg. Und ich würde aber behaupten, dass der Grund, wenn dann auch auf der Seite des Kindes oder des Jugendlichen zu suchen ist und nicht unbedingt an dem Angebot von Ärzten, Therapeuten und ja, der Fachinstitutionen“ (P2: Z. 263-267). „Also bei Kinderärzten ist die Herausforderung sicher, dass man immer vorher anrufen muss, man darf da mittlerweile eigentlich kaum noch spontan hingehen und einfach sagen mir geht es nicht gut. Das heißt, Sie müssen da schon mal sich so organisieren, dass sie selber anrufen oder uns das eben sagen, dass wir anrufen. Dann ist man auch oft noch in der Warteschleife. Das finde ich tatsächlich schon ein Hindernis. Und bei Therapeutenanmeldungen, die sind schon mal gar nicht so wirklich gut auffindbar im Internet. Also da es schon schwer überhaupt Kontakt herzustellen, weil man gar nicht weiß, wen es überhaupt gibt. Ja, genau. Man wird auch oft finde ich abgelehnt oder weiter verwiesen“ (P3: 197-205). Außerdem wurden Infrastrukturprobleme benannt. „Dann fehlt einem ein Busticket oder man hat kein Fahrrad und dann haben die keine Lust, eine halbe Stunde zum Orthopäden

zu laufen und deswegen machen sie es dann halt nicht. Das zum Beispiel. Und manchmal auch, dass sie das Gefühl haben, dass sie alleine gehen müssen“ (P3: Z. 263-267). Auch persönliche Unterschiedlichkeit wurden als Einflussfaktor beschrieben. „Welche, denen es wirklich ganz, ganz schlecht geht und die trotzdem sich schämen oder Angst haben offen zu sein und zu sagen, dass es denen nicht gut geht. Und dann haben wir die anderen, die am liebsten viermal die Woche freiwillig jeden Facharzt kontaktieren wollen, den sie finden können“ (P3: Z. 211-216); „Also in der Regel fällt es ihnen sehr schwer, sich selber Termine telefonisch zu machen. Das ist schon auch ein Punkt. Und wenn man dann als Betreuerin anruft, ist es schon auch so, dass man oft wegen der Datenschutzverordnung da abgeriegelt wird, was ja auch richtig ist. Aber man will ja auch nur einen Termin machen“ (P5: Z. 162-166). Auf die Nachfrage für mögliche Gründe wurde geantwortet: „In der Regel hängt man in einer Warteschleife. Das ist schon mal Zeit, die da flöten geht. Geduld ist ja sowieso nicht so deren Stärke. Dann können Sie ja mit Ihrem Handy gerade auch nicht WhatsApp oder Snapchat oder weiß der Geier was machen. Und wenn man dann durch ist, dann wird man in der Regel ja nicht mehr freundlich behandelt, sondern nur noch abgefrühstückt. Und das ist schon dann auch schwierig für so ein junges Mädchen, sich da dann so hinter zu klemmen und diesen Termin dann zu vereinbaren, bis man dann da durch ist. Und dann wird man am besten noch gefragt, welche Krankenkasse man hat und dann weiß man schon gar nicht mehr, wo und wie man darauf antworten soll“ (P5: Z. 171-179). Von einer Fachkraft wurde berichtet, dass aufgrund der fehlenden Personensorgeberechtigung selbst bei Begleitung der Termine oftmals nicht das gewünschte Ergebnis erzielt wird. „Es gibt solche Termine auch, die wir dann begleiten und unterstützen und dann auch was sagen. Wir werden dann in der Regel aber auch nicht ernst genommen von den Ärzten, sondern dann wird irgendwie gesagt ja, wo ist denn Ihr Betreuer Ausweis (...) und dann ist man nach drei Minuten wieder raus. Man hat da anderthalb Stunden in der Praxis gesessen und ja, hat eigentlich nichts in der Hand und keine Hilfe erhalten. (...). Und das Wort von uns zählt dann eigentlich ja auch bei Ärzten gar nicht“ (P5: Z. 206-221). Es wurde davon berichtet, dass die Gesundheitsversorgung durch die Eltern bzw. Personensorgeberechtigten die Gesundheitsversorgung blockieren könnte. „Es gab (...) bei uns auch den Fall, dass ein Mädchen dringend gynäkologische untersucht werden musste und die Eltern das nicht für angemessen gehalten haben, aufgrund ihres Alters. Dieses Mädchen war erst elf Jahre alt und die Eltern empfanden sie noch zu jung für eine gynäkologische Untersuchung. Und dann musste der Weg über den ASD gehen, über das Gericht und letztendlich war dann die Erkrankung, also es war dann einfach eine Pilzinfektion, die nachher so ausgebreitet war, dass das Mädchen auch operativ behandelt werden musste. Das war eine sehr schwierige Situation“ (P1: Z. 371-378). Die Bereitschaft auf Seiten der Kinder und Jugendlichen sich helfen lassen zu wollen, wurde als Grundvoraussetzung benannt. „...Aber wie die erreicht werden kann...Ich glaube, das ist noch mal eine Studie für

sich“ (P2: Z. 300 f.); „Gerade im therapeutischen Bereich glaube ich, (...) wir können niemanden zwingen, eine Therapie zu machen. Und Therapeuten sagen auch wenn du selber nicht bereit bist, dich darauf einzulassen, dann können wir nicht zusammenarbeiten. Das ist die größte Problematik und das verhindert den Zugang. Also auch wenn ein Angebot da ist, muss es letztendlich angenommen werden“ (P2: Z. 305-310); Ich würde sagen, es ist oft eine fehlende Mitarbeitswilligkeit also, sie wollen zwar Hilfe, aber sie wollen eigentlich doch nicht fremden Ärzten sagen, was los ist“ (P3: Z. 251-253). Durch eine teilnehmende Person wurde benannt, dass mangelndes Vertrauen in fremde Personen wie beispielsweise Ärzt\*innen, den Willen zur Mitarbeit behindern könnte. Dieses mangelnde Vertrauen wäre aus den Erfahrungen einer fehlenden Prägung in der Kindheit begründet. Es wurde die Erfahrung gemacht, dass Probleme nicht ernst genommen werden und Menschen sich darum nicht kümmern wollen würden. Es wurde beschrieben, dass die Kinder und Jugendlichen evtl. nicht die Erfahrung gemacht hätten, Erwachsene Menschen dafür kontaktieren und zu nutzen können. „Dass es Leute gibt, die die Probleme wirklich ernst nehmen und die sich dann auch gerne kümmern wollen, dass sie diese Erfahrung einfach nicht gemacht haben, dass man mit Erwachsenen in Kontakt treten kann und die einem dann auch wirklich helfen, zeitnah und einen vor allen Dingen auch ernst nehmen in der Problematik“ (P3: Z. 255-259). Außerdem wurden von einer teilnehmenden Person ein Zusammenhang mit Defiziten bezüglich der Fähigkeit, Vertrauen herzustellen benannt. „Dass die Kinder und Jugendlichen kein Vertrauen zum Arzt haben? Ja, sie vertrauen ja sowieso niemandem oder den wenigsten und wenn überhaupt sich selbst und sich selbst ja auch noch nicht mal so richtig. Und dann vertrauen sie natürlich auch nicht der Meinung eines Arztes bzw. haben dann nicht das Vertrauen in sich selbst, dem Arzt zu sagen: Hey, pass mal auf mein Freund- du brauchst mir nicht erzählen, das ist psychosomatisch. Ich habe wirklich Rückenschmerzen. Das trauen Sie sich natürlich nicht“ (P4: Z. 366-372). Durch Aussagen aus den Interviews wurde deutlich, dass es ein Hindernis für die Kinder und Jugendlichen sein kann, nicht ernst genommen zu werden bzw. sich nicht ernst genommen zu fühlen. „Ja da gibt es zwei Punkte, die ganz besonders herausstechen. Der erste ist die Glaubhaftigkeit. Also ein Jugendlicher, der zum Arzt geht und über sein Leid klagt und es dem Arzt als unwahr erscheint. Beispiel: Ein Kind kommt mit Rückenschmerzen oder hat Rückenschmerzen und wir haben schon alles versucht auszuschließen. Es gab vielleicht verschiedene Untersuchungen, aber es soll jetzt auch ein MRT gemacht werden, so aus unserer Sicht, damit wir genau hingucken können. Das Kind hat aber die Arme aufgeschnitten, also ist ein Borderline-Kind, hat sich geritzt und sitzt dann beim Arzt, bei welchem auch immer und dann wird das natürlich, ... das heißt dann nein, das Problem wird einfach abgestempelt unter: ja, ist psychosomatisch. Und da wird das Kind nicht richtig untersucht. Und das passiert auch, wenn da Kolleginnen und Kollegen mit sitzen. Und wenn ich mir dann vorstelle, dass Kinder und Jugendliche da alleine sitzen, dann werden sie

da einfach abgefrühstückt. (...) und wieder weggeschickt und nicht richtig behandelt“ (P4: Z. 325-342); „Also herausfordernd könnte auf jeden Fall schon mal der Punkt sein, dass eventuell nicht das gewünschte Geschlecht vor den Mädchen sitzt. Das passiert auch sehr häufig, dass sich dann vielleicht ein Mädchen auch eher eine Therapeutin sucht oder vielleicht auch einen Therapeuten. Und wenn dann das entgegengesetzte Geschlecht vor Ort ist, dann blockieren die Mädchen auch häufig. Also das sind dann Erfahrungswerte, die, ...also es kommt dann immer drauf an, ob es dann vielleicht der Trigger Vater ist oder Mutter oder vielleicht Onkel oder irgendjemand, der ja, wo es irgendeine Form von Gewalt zu Hause gab, ob seelische oder körperliche Gewalt“ (P1: Z. 397-405); „Ja, wenn zum Beispiel die Eltern nicht mitkommen oder der Betreuer mitkommt, dass sie dann auch eventuell schämen. Warum sind denn deine Eltern nicht mit? Sondern wer ist dann da? Warum begleite ich sie und die Person, dass sie Angst haben, sich rechtfertigen zu müssen, Warum, weshalb die Eltern nicht dabei sind“ (P2: Z. 338-342). Aus den Antworten der Teilnehmenden geht hervor, dass der direkte Kontakt zu Ärzt\*innen für die Kinder und Jugendlichen herausfordernd sein kann. Beispielsweise wurde die Sprache der fremduntergebrachten Kinder und Jugendlichen im Vergleich zu Gleichaltrigen als anders beschrieben. Das Gefühl von Ablehnung oder Abwertung führe dann häufig zu Konflikten und Abbrüchen und es würde ein sich wiederholender Prozess entstehen (vgl. P1: Z. 409-416). „Und sobald die Mädchen dann auch mal das Gefühl von Ablehnung oder Abwertung erfahren oder sie das Gefühl haben, sie werden nicht so akzeptiert, wie sie sind, dann artet es häufig auch eher in Konflikt aus und die Mädchen brechen dann die Behandlung sofort ab und kommen auch nicht wieder. Und genau dann muss erst mal wieder ein anderer Arzt oder Ärztin gesucht werden“ (P1: Z. 412-416). Die Situation für die Kinder und Jugendlichen im direkten Kontakt mit Ärzt\*innen wurde von den Fachkräften außerdem als herausfordernd beschrieben, da „eine enorme Aufregung immer mitspielt. Aber andererseits haben wir auch ganz viele Kinder, die Schwierigkeiten mit Emotionsregulation und Impulskontrolle haben, was natürlich schwierig ist, wenn man sich BTM (Betäubungsmittel) verschreiben lassen möchte oder muss. Die Kinder können wir eigentlich meistens nicht alleine gehen lassen. Also das führt zu Impulsausbrüchen in der Arztpraxis und dann ist das Medikament schneller gestrichen, als die Kinder schauen können. Das ist so eine Schwierigkeit. Und ich glaube auch, dass gerade Kinderohren, die filtern, natürlich auch. Und dann, wenn dir jemand sagt du musst nicht aufhören mit dem Rauchen, du musst es nur reduzieren, hört man, okay, ich kann weiter rauchen. Also so Ratschläge und so, die vielleicht anders verstanden werden, als sie verstanden werden sollen. (...) Ja, und ich habe auch häufig das Gefühl, dass die Kinder nicht für voll genommen werden, wenn sie alleine dort hingehen. Also der Umgangston scheint ein anderer zu sein und die Ärzte haben auch erstaunlich mehr Zeit, wenn man als erwachsene Person mitfährt“ (P6: Z. 279-294); „Aber meistens ist es tatsächlich die Angst vor Diagnose. Zum Beispiel. Ja und ansonsten natürlich auch Scham.

*Also wenn man zum Therapeuten gehen soll, aber eigentlich ganz gut angebunden ist mit anderen Kindern, die nicht zum Therapeuten gehen, weil sie die Bullerbü Kindheit hatten, ist das natürlich auch einfach das, was gerne verheimlicht wird“ (P6: Z. 236-242). Auf die Bitte, Beispiele für Situationen zu nennen, in denen durch den eingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung besondere Herausforderungen oder Einschränkungen entstanden, wurde folgendes geantwortet: „Ja, die gab es. Die gibt es aber selten, finde ich. Also gerade bei stark verhaltensauffälligen Kindern, die beispielsweise Depressionen haben, da habe ich tatsächlich ein Beispiel. Wir haben ein Mädchen betreut, das einen ganz hohen therapeutischen Bedarf hatte, wo auch eine große Selbstgefährdung bekannt war, wo aber nicht entsprechend schnell gehandelt werden wollte oder konnte, sodass das Mädchen sich letztlich suizidiert hat und ich meine... Ich behaupte jetzt tatsächlich, wenn das Mädchen schneller und fachgerechtere Unterstützung erhalten hätte, dass das nicht hätte passieren müssen“ (P2: Z. 274-281). Auf die Nachfrage, was die Fachkraft vermutet, wo das Problem lag bzw. warum das Mädchen nicht in Behandlung kommen konnte, wurde geäußert: „Zum einen, dass sie es selbst abgelehnt hat oder sich nur minimal darauf einlassen wollte und konnte. Und sie hat das dann tatsächlich auch so für sich entschieden. Und ich finde, das ist tatsächlich ein großes Problem, dass man zum einen dafür sorgen oder das Kind schützen soll, das Kind aber auch einen eigenen Willen hat und ein Recht hat, für sich selbst zu entscheiden, ganz gleich in welchem Alter es ist. Aber ich finde, besonders bei Jugendlichen ist es schwer. Die kann man nur zwingen, indem man sie zur Krisenintervention beispielsweise in eine KJP (Kinder- und Jugendpsychiatrie) einweisen lässt. Wenn das Kind aber nach 24 Stunden sagt, mir geht es wieder gut und ich brauche keine therapeutische Anwendung sind einem da häufig, ich glaube auch in den Fall, die Hände gebunden. Und das ist ein Problem tatsächlich“ (P2: Z. 284-294). Außerdem wurde nach allgemeinen Verbesserungsvorschlägen bzw. Empfehlungen gefragt, um den Zugang zu Gesundheitsdiensten grundsätzlich optimieren zu können. Durch die Teilnehmenden wurden Maßnahmen und Unterstützungsbedarfe beschrieben, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung aus individueller Sicht verbessern könnten. Dieser Aspekt wird erneut in den weiteren Abschnitten (5.6; 5.7) im Mittelpunkt der Auswertung stehen. In diesem Zusammenhang wird auf Möglichkeiten der Unterstützung durch beruflich Pflegende im Kontext der Heimerziehung eingegangen. Auf die Frage nach Maßnahmen, die ergriffen werden könnten, um den Zugang zu verbessern, wurde genannt, dass die Kontaktaufnahme zu den Ärzt\*innen nicht nur telefonisch, sondern auch online ermöglicht werden sollte (vgl. P6: Z. 264-272; P3: Z. 235-244). Diesbezüglich wären gute Erfahrungen mit einer gynäkologischen Praxis gemacht worden (vgl. P6: Z. 266 f.). „...Und dann ist da die Hürde des „ich muss anrufen“ schon viel geringer geworden“ (P6: Z. 268-269). Außerdem wurde erwähnt, dass auch Onlinetherapien eine gute Möglichkeit seien. „Ich bin in meinem geschützten Rahmen und kann mich therapieren lassen“ (P6: Z. 271-273).*

## 5.6. Chancen und Möglichkeiten für den Einsatz beruflich Pflegender

---

Im diesem Leitthema wurden Chancen und Möglichkeiten für den Einsatz beruflich Pflegender erfragt und deren Einsatz in der Heimerziehung bewertet. In dem Beispiel der Blockierung einer angemessenen Gesundheitsversorgung für ein junges Mädchen durch die Eltern, wurde ein möglicher Bedarf für gezielte Aufklärung durch eine Fachperson benannt (vgl. P1: Z. 371-381). *„(...) falls es dann doch auch mal schwierige Elternteile gibt, die dann mit irgendwelchen Behandlungen nicht einverstanden sind, weil wir das als Einrichtungen auch nicht alles selbstständig entscheiden dürfen. Und das entpuppt sich häufig als Schwierigkeit, wenn der Bedarf einfach nicht gesehen wird vom elterlichen Haushalt und da dann einfach den Betreuerinnen ein Riegel vorgeschoben wird, in dem die Eltern ein Verbot aussprechen“* (P1: Z. 317-323). In den Wohngruppen arbeiten Fachpersonen aus dem pädagogischen Bereich, wie Erzieher\*innen und Sozialarbeiter\*innen (vgl. P1: Z. 128-129; P1: Z. 224-228; P3: Z. 140-144, P4: Z. 245). In einer der Wohngruppen, die therapeutisch arbeitet, stehen des Weiteren mehrere Therapeut\*innen zur Verfügung (vgl. P2: Z. 178-180). Es wurde von einer Erfahrung der Zusammenarbeit mit einer Fachkraft aus dem medizinischen Bereich berichtet: *„Tatsächlich habe ich ja auch im Schichtdienst Mutter-Kind-Heim gearbeitet und dort ist eine, ich nenne sie mal Zusatzkraft beschäftigt, die Arzthelferin ist. Und ja. Die ist dann immer zusätzlich in den Dienst gekommen“* (P5: Z. 104-114). Auf die Nachfrage, welche Aufgaben diese übernommen hätte, wurde geantwortet: *„Viel Begleitung zu Arztgängen, viel auch medikamentös. Also gerade Psychopharmaka hat sie dann gestellt oder vergeben bzw. gegeben an das Mädchen und auch so viele Diagnosen eventuell noch mal übersetzt, weil sie auch sehr erfahren ist in ihrem Beruf“* (P5: Z. 104-114).

Es wurde gefragt, welche Vorteile durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit beruflich Pflegenden im Team gesehen werden. Einer Fachkraft erschien es sinnvoll, die pädagogische Dominanz in den Einrichtung durch Pflegende zu verringern (vgl. P1: Z. 511-519). *„Das stellt ja auch eine realistische Welt da, dass nicht nur Pädagogen um die Mädchen herum schlawenzeln, sondern auch eventuell noch Personen mit anderem Ausbildungsgrad oder eben auch aus anderen Berufen. (...) ich denke hier je vielfältiger das Umfeld der Mädchen ist -umso besser“* (P1: Z. 514-519). Durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit wäre es möglich, potenzielle Gesundheitsprobleme aus der Perspektive unterschiedlicher Professionen zu erfassen. *„Hm, also ich glaube, bis zu einem gewissen Grad ja, wenn es eine Überschneidung von Pflege und pädagogischem Personal gibt, also wenn diese Personen sich beide gleichzeitig in der Gruppe aufhalten. Weil dann jeder einen anderen Schwerpunkt hat und einen anderen Blick auch für das Gruppengeschehen zum Beispiel oder für das Schicksal Einzelner und man sich dann darüber austauschen kann, dass ... weil eben vier*

*Augen mehr sehen als zwei. Also der Überblick ist ein anderer. Und ich gucke pädagogisch ja auch anders auf ein Mädchen als jemand mit einem Pflegehintergrund“ (P3: Z. 353-362).* Die Interviewten äußerten, dass sie viele Vorteile eines Einsatzes beruflich Pflegender sehen würden, da hierdurch die Möglichkeit verbessert werden könnte, psychische und körperliche Herausforderungen zu bewältigen. Individuelle Bedarfe könnten schneller erkannt und Unterstützung angeboten werden. Durch den festen Einsatz im Alltag, könnte eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden, auf die die Kinder und Jugendlichen bei Gesundheitsproblemen zurückgreifen können (vgl. P1: Z. 466-470). *„Und das wäre dann vielleicht auch zum Beispiel bei selbstverletzendes Verhalten. Ähm, wäre so was auch toll, weil man dann auf jeden Fall auch jemanden vor Ort hätte, der dann mitversorgt, die Wundversorgung übernehmen kann oder vielleicht auch den Mädchen zeigt, wie genau eine Wundversorgung aussehen sollte und dann vielleicht auch so ein bisschen im Blick hat“ (P1: Z. 476-481); „Wo aber zum Beispiel ein Rettungsdienst auch dann irgendwann sagt wir können hier nicht alle zwei Stunden auftauchen, um die Wunden zu versorgen, weil andere Menschen vielleicht noch dringender Hilfe brauchen (...). Aber gerade in solchen Fällen wäre es ja wie gesagt eine Bereicherung, wenn wir jemanden hätten, den wir anrufen können und sagen können: Bitte unterstützt uns in der Krise. Körperliche Versorgung als auch die psychische Versorgung“ (P2: Z. 368-374).* *„...Also wie viele Medikamente geben wir täglich raus? Wie viele Entscheidungen müssen wir auch treffen? Gemeinsam mit den Jugendlichen und natürlich auch mit den Fachärzten oder in welcher Dosis so ein Medikament gegeben wird. Wir selbst haben aber keinen Plan, was für Nebenwirkungen zum Beispiel so ein Medikament haben kann. Was machen wir in Notfallsituationen, wenn zu viel oder zu wenig genommen wurde und es bleibt nur der Anruf über 112“ (P4: Z. 519-524).* Es wurde von durchgeführten Wunddokumentationen berichtet (vgl. P6: Z. 143-146) sowie der Notwendigkeit von täglicher Versorgung der Selbstverletzungen, welche teilweise auch chirurgisch versorgt werden müssen, sodass ein Termin bei Ärzt\*innen erforderlich wird (vgl. P2: Z. 29-32). Es wurde außerdem als sinnvoll erachtet, die pädagogischen Teams durch beruflich Pflegende zu erweitern, ausdrücklich im Hinblick auf körperliche und psychische Gesundheitsprobleme. Pädagogische Teams wären primär dafür ausgebildet, pädagogisch zu begleiten und zu unterstützen (vgl. P2: Z. 347-354). *„Pädagogen haben keine medizinische Ausbildung oder auch keine Pflegeausbildung“ (P2: Z. 393 f.); „Und ich glaube, dass eine Gesundheits- und Krankenpflegerin sehr, sehr viele Kompetenzen und Ressourcen mitbringt, die Erzieherin und Erzieher auch haben und darüber hinaus und durchaus dazu in der Lage ist, mit jungen Menschen umzugehen, mit komplexen Störungsbildern, vor allen Dingen Krankenpfleger oder Pflegerinnen, die im Rahmen der Psychiatrie schon gearbeitet haben und da unglaublich viele Erfahrungen mit sich bringen. Und ich verstehe nicht so richtig, warum es nicht möglich ist, diese Berufsgruppe zu öffnen“ (P4: Z. 503-510).* Es wurde benannt, dass der Einsatz beruflich

Pflegender die Pädagog\*innen entlasten könnte, diesbezüglich wurden als mögliche Aufgaben beispielsweise die Begleitung von Ärzt\*innenbesuchen, Aufklärung und Beratung, Wundkontrollen oder auch die Überwachung bzw. Verlaufskontrolle von Gesundheitsproblemen genannt (vgl. P2: Z. 403-408; P3: Z. 330-332; P1: Z. 203-209). „Wenn die das dann auch mit in den stationären Kontext einbringen kann, könnte man sich gegebenenfalls auch den einen oder anderen Arztbesuch sparen, sozusagen, weil es dann zu Hause abgeklärt werden könnte, wenn jemand da ist, der medizinisch ausgebildet ist, um das versorgen zu können. Und ich glaube, wir als pädagogische Fachkräfte hätten dann mehr Zeit, um uns mit den Themen, in denen wir ausgebildet wurden, beschäftigen zu können“ (P2: Z. 409-415). Es wurde geäußert, dass die pädagogischen Fachkräfte in Bezug auf die physische Gesundheit an ihre Grenzen stoßen würden (vgl. P3: Z. 66 f., P6: Z. 340-345). „Ähm und so, Ja, sag ich mal, weniger schlimme Krankheiten wie Läuse oder Krätze, das haben wir uns halt mit der Berufserfahrung angeeignet, wie man das vernünftig behandelt. Ja, genau. Aber die physische Gesundheit ist schon ein großes Thema, wo man auch nicht so weit kommt mit unserem Beruf“ (P3: Z. 63-67). Es wurde benannt, dass Pflegende aufgrund ihrer Ausbildung möglicherweise anders argumentieren könnten und dass eine Zusammenarbeit auf einer anderen Ebene stattfinden könnte (vgl. P5: Z. 225-238). „...manchmal, glaube ich wäre so eine Art Grundunterstützung einfach bei so grundlegenden Sachen vielleicht sinnvoll. Ja, also richtiger Umgang mit Krankheit, Medikamenten oder so, dass man das einfach nur mal von einer Fachkraft hört“ (P3: Z. 53-56). Durch eine Fachkraft wurde ebenfalls der Vorteil von Gesundheitserziehung benannt. „Ja. Also ich glaube, die würden auf jeden Fall davon profitieren, dass sie bei gesundheitlichen Fragen sehr viel besser aufgeklärt werden könnten, als wir es jetzt machen können. Also auch zum Beispiel was einfach die Folge von einem Dauer Ibuprofen Konsum sein kann, oder auch was Drogen oder Alkohol mit dem Körper so anstellen oder auch, wie man sich um sich selber kümmert, wenn man Bauchschmerzen hat. (...). und davon könnten wir auf jeden Fall dann profitieren, weil es eben jemand mit Hintergrundwissen genau noch mal besser erklären und verständlicher erklären kann, als wir es können“ (P3: Z. 317-327). Aus pädagogischer Perspektive wurde es als sinnvoll beschrieben, pädagogisches und pflegerisches Handeln zu trennen (vgl. P2: Z. 449 f.). „...Sondern wenn man tatsächlich bei den medizinischen Problemen bleibt und dem Kind auch so verdeutlicht, dass wir das jetzt erst mal versorgen. Und der Grund, warum, weshalb, warum aber mit jemand anderem vermittelt oder erarbeitet wird? Ja, und wir machen im Moment so ein bisschen... Ja, beides, wenn es eben oberflächlich ist. Und wenn man das klar trennen könnte, wäre es eventuell auch besser für das Kind oder den Jugendlichen“ (P2: Z. 449-454); „...im pädagogischen Bereich ist es dann manchmal ein bisschen schwierig, glaube ich zumindest, weil man dann so in Konkurrenz geht und so, das wäre in meiner Arbeit jetzt irgendwie schwierig, aber so als Zusatzkraft. Klar.“ (P5: Z. 269-272). Es wurde nach

spezifischen Aufgabenbereichen für beruflich Pflegende gefragt. Dazu gehören die Netzwerkarbeit mit anderen Gesundheitsberufen und Institutionen sowie Medikamentenmanagement und Dokumentation. *„Viele Gesundheits- und Krankenpfleger sind fit im ICD10 oder im ICF können da auch einiges zu sagen, was wir, die Erzieherinnen und Erzieher, nicht können. Sie sind dazu in der Lage, sehr gut zu dokumentieren, weil das ein Thema ist, was im Krankenhaus deutlich hoch oder höher hängt, als es in der Jugendhilfe der Fall ist“* (P4: Z. 533-541). Auch in speziellen Versorgungssituationen wie beispielsweise Diabetes Typ I und II wurde ein Hilfebedarf in Bezug auf die Überwachung, Ernährungsaspekte, Folgeerkrankungen und notwendige Aufklärung formuliert (vgl. P1: Z. 435-447). *„Und das fällt uns als Einrichtung zum Beispiel besonders schwer, weil das auch eine Erkrankung ist, die auch massive schlechte Auswirkungen haben kann für den Betreuten. Genau, Und da würden wir uns zum Beispiel jemanden wirklich sehr wünschen, der die Betreute sowie auch die Mitarbeiterinnen unterstützt und aufklärt“* (P1: Z. 443-447), sowie den Zugang zu Informationen erleichtern könnte (vgl. P1: Z. 448-458; P5: Z. 245 f.). Auch Kompetenzen aus dem Hygienebereich, beispielsweise bei Krätze, Läusen oder Wundversorgung, wurde als sinnvoll beschrieben (vgl. P2: Z. 40-42; P1: Z. 203-209). Eine weitere Herausforderung wurde beispielsweise durch die Nachsorge nach Operationen wie zum Beispiel Anti-Thrombosespritzen benannt (vgl. P4: Z. 31-33, P3: Z. 332-334) oder auch die Versorgung bei chronischen Erkrankung. *„Also ich habe einmal in der Wohngruppe gearbeitet, da war das tatsächlich so und zu der Zeit hatten wir auch ein Kind mit Leukämie bei uns und ich glaube, ohne einen Pflegedienst wären wir tatsächlich aufgeschmissen gewesen, weil Pädagogen auch natürlich noch mal ganz anders gucken als Ärzte und Pflegende. Für uns sieht das alles ganz groß und schlimm aus und die Pflegenden sehen dann die tatsächliche Wunde, sage ich mal... Also ich sage mal Schuster, bleib bei deinen Leisten“* (P6: Z. 325-331). Auf die Frage nach benötigten Kompetenzen Pflegender wurde geantwortet, dass durch das neue Inklusionsgesetz im Rahmen des Kinder- und Jugendstärkungsgesetzes (KJSG) große Herausforderungen an die Kinder und Jugendhilfe gestellt werden. Viele Einrichtungen seien nicht behindertengerecht und auch personell nicht darauf vorbereitet (vgl. P4: Z. 468-491). *„...wenn ich über inklusive Jugendhilfe nachdenke, dann denke ich nicht nur über die psychischen Erkrankungen nach, sondern da denke ich über Autismus nach. Da denke ich über körperliche Beeinträchtigungen nach usw.. Keine Jugendhilfeeinrichtungen oder die wenigsten sind behindertengerecht. (...). muss man sich ja zusätzlich auch noch überlegen, wie schaffe ich es, das Pflegepersonal als Fachkraft im Rahmen der Jugendhilfe anerkannt wird, weil ich im Rahmen der Jugendhilfe ja eine Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger zum jetzigen Zeitpunkt überhaupt nicht einsetzen kann in meinen Wohngruppen, weil sie nicht als Fachkraft eingesetzt werden dürfen“* (P4: Z. 475-491). Durch die geplante zusätzliche Betreuung von Menschen mit

Körperbehinderungen und ggf. bestehendem Pflegegrad würde ein neu entstehendes Handlungsfeld in der Heimerziehung entstehen, in dem Pflege als unerlässlich erscheine (vgl. P4: Z. 493-496). *„Spätestens dann braucht man Gesundheits- und Krankenpflegerin in Eingliederungshilfe“ (P4: Z. 500-501).* Eine teilnehmende Person äußerte Bedenken bezüglich der inklusiven Heimerziehung, bezogen auf die Herausforderungen, die sich durch die Inklusion von Kindern mit Behinderungen ergeben. Es wurde betont, dass die Erweiterung von Kenntnissen im Bereich der Inklusion erforderlich sei, um Kinder angemessen zu integrieren und zu versorgen. Den Einschätzungen zufolge würde der Bedarf an Pflegenden aufgrund der Inklusionsmaßnahmen weiter steigen (vgl. P6: Z. 357-386). *„Wie schafft man es, die Kinder zu integrieren? Weil Heimkinder sind bestens darin, mit Worten um sich zu schmeißen und zu drangsalieren und immer auf den Schwächsten. Wenn ich jetzt zum Beispiel in unserer Wohngruppe denke. Wir hatten einen Autisten, der war immer das Opfer, egal was war, der konnte quasi fast nicht alleine gelassen werden, weil er sonst attackiert wurde. Und das sind einfach Schwierigkeiten, vor die die Jugendhilfe gestellt wird, wofür ich noch nicht so die Lösung sehe. Andererseits finde ich es total super, dass alle Kinder vor dem Gesetz dann gleich sind und auch Kinder mit Behinderung die gleichen Rechte haben“ (P6: Z. 362-371).* Es wurde die Empfehlung gegeben, dass Pflegende in ihrer Arbeit auch einen Fokus auf die Ernährung, die oftmals von übermäßigem Zuckerkonsum geprägt ist und die Auswirkungen auf die Gesundheit, legen könnten. Diesbezüglich wurde der Bedarf für Aufklärung und unterstützende Begleitung, auch bezüglich vorliegender Gewichtsprobleme genannt (vgl. P1: Z. 212-223).

Der Fachkräfteschlüssel wurde von einer teilnehmenden Person als Herausforderung beschrieben, was besonders im Zusammenhang mit der neuen Kinder- und Jugendhilfeverordnung und dem noch nicht vorliegenden Rahmenvertrag zum Problem werden würde (vgl. P4: Z. 447-449). Es wurde außerdem geäußert, dass das Verhältnis von wenigen Fachkräften zu einer größeren Anzahl von Kindern und Jugendlichen (2:10) in Wohngruppen als problematisch empfunden wird. Dies würde den Kontakt zu den Kindern und Jugendlichen erschweren, da zeitlich nicht ausreichend Möglichkeit bestehen würde, sich über gesundheitliche Probleme äußern zu können (vgl. P6: Z. 257-264). *„Also generell finde ich es immer schwierig, wie wenig Fachkräfte auf Klienten in Wohngruppen treffen. Also dieser zwei zu zehn Betreuung beispielsweise fängt ja in keinster Weise einen Gesprächsbedarf auf. Was da einfach auch für die Kinder total wichtig ist. Also da gerade können sie sich ja dann auch über vielleicht gesundheitliche Probleme äußern, die nicht so angenehm sind, anzusprechen oder sich auch irgendwie anzuvertrauen“ (P6: Z. 257-264).* Von einer Fachkraft wurde auf die Notwendigkeit hingewiesen, ausreichend Mitarbeitende zur Verfügung zu haben, um sich im Dienst aufteilen und Begleitungen durchführen zu können. Dadurch würde es möglich werden, bestimmte Aufgaben besser zu bewältigen (vgl. P3: Z. 283-293). Erfahrungen aus dem

Bereich der psychiatrischen Pflege wurden als gewinnbringend für den Einsatz Pfleger in der Heimerziehung benannt. Dadurch wäre ein Einsatz gut möglich (vgl. P4: Z. 552-556). *„Wenn die (...) ihre Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin gemacht hat beispielsweise, dann traue ich der auch nach sehr kurzer Zeit zu, diese Gruppe alleine zu führen, weil die war in ihrer Ausbildung auf einer psychiatrischen Station, möglicherweise sogar forensisch auch alleine. Warum darf die das da und nicht in einer Jugendhilfeeinrichtung? Das erschließt sich mir nicht“* (P4: Z. 629-650). Eine teilnehmende Fachkraft äußerte abschließend, dass sie durch das Interview erst darauf gekommen sei, dass es für sie als sinnvoll erscheint, *„...dass auch Pflegepersonal in der Heimerziehung unterstützend arbeiten sollte oder könnte, dass es auf jeden Fall Sinn macht. Ja, um eine bestmögliche Betreuung gewährleisten zu können“* (P2: Z. 487-491).

### **5.7. Empfehlungen für die Pflegebildung, Erweiterung um pädagogische Kompetenzen**

---

In Leitthema sieben wurde danach gefragt, welche spezifischen pädagogischen Kompetenzen für diesen Einsatzbereich aus Sicht der pädagogischen Fachkräfte angebahnt werden müssten und welche Empfehlungen für die Pflegebildung daraus resultieren könnten. In den Interviews wurde beispielsweise durch folgende Aussagen deutlich, dass es gut vorstellbar erscheint, Pflegepersonal in die pädagogischen Teams zu integrieren, wenn diese innerhalb ihrer Pflegebildung auch pädagogische Kompetenzen anbahnen können. *„...Weil ich mir schwer vorstellen kann, dass, wenn man so gar keine Ahnung von Pädagogik oder Erziehung hat, es schwierig werden könnte für eine reine Pflegefachkraft. Wenn sie in super Team kommt und gut ausgebildet wird, sollte das sicherlich auch kein Problem sein. Aber wenn man vielleicht so ein kleines Modul mit Pädagogik in die Pflegeausbildung geben könnte, wäre das für die Heimerziehung glaube ich durchaus sinnvoll“* (P2: Z. 425-432); *„Ich finde das super. Also wenn dann auch die Inhalte angepasst werden. Also wenn Pflegefachkräfte weiterhin nur Pflege lernen und nichts über die Pädagogik kennenlernen, dann ist es natürlich schwierig“* (P6: 442-446).

Zusammenfassend konnten aus den Aussagen der Interviewteilnehmenden folgende Themen und Kompetenzbereiche identifiziert werden, die als bedeutsam für einen beruflichen Einsatz bzw. einen pädiatrischen Lernorteinsatz gesehen werden.

Diese werden diese, sortiert nach der Anzahl der Nennungen der Interviewpartner\*innen aufgezählt:

**Empathie** (vgl. P6: Z. 427-439; P5: Z. 283-288; P4: Z. 593-602; P6: 401-410; P1: Z. 215-223)

**Haltung** (P3: Z. 343-350; P4: Z. 590-593; P6: 401-410),

**Professionelle Rolle** (P6: 401-410; P5: Z. 303-306; P1: Z. 500-501),

**Begegnung auf Augenhöhe** (P1: Z. 530-535; P4: Z. 559-563, Z. 593-602; P3: Z. 84-88)

**Geduld/ Verständnis** (P2: Z. 458-468, 482-483; P4: Z. 559-563, Z. 609-613; P6: Z. 71-74),

**(individuelle und gruppenfokussierte) Beobachtung** (P3: Z. 343-350; P4: Z. 559-563, Z. 593-602; P5: Z. 283-288, Z. 294-301)

**Wertschätzung** (P3: Z. 343-350; P4: Z. 559-563)

**Positives Weltbild** (P1: Z. 530-535; P6: 401-410)

**Umgang mit Nähe und Distanz** (P3: Z. 379-387; P5: Z. 303-306)

**Bindung** (P6: Z. 427-439; P4: Z. 298-309)

**Beziehungsarbeit** (P4: Z. 559-563; P4: Z. 298-309, Z. 590-593)

**Biographiearbeit** (P6: Z. 427-439; P4: Z. 298-309)

**Feinfühligkeit im Umgang** (P3: Z. 379-387; P1: Z. 215-223)

**Systemische Haltung** (P3: Z. 343-350; P4: Z. 609-613)

**Umgang mit unangepasstem Verhalten** (P6: Z. 417-419; P4: Z. 593-602)

**Gruppen leiten können (den Überblick behalten können)** (P3: Z. 343-350; P4: Z. 593-602)

**Durchsetzungsvermögen** (P5: Z. 283-288, Z. 294-301; P6: 401-410)

**Individuelle Begleitung und Unterstützung im alltäglichen Leben (schulisch, gesundheitlich, Kontakt zur Familie)** (P1: Z. 44-46, Z. 125; P2: Z. 14-16, Z. 94-97)

**Biographiearbeit** (P6: Z. Z. 71-74, 427-439)

**Vertrauen** (P5: Z. 283-288)

**(Ruhe bewahren), Verhalten in Stresssituationen** (P3: Z. 343-350)

**(gewaltfreie) Kommunikation** (P6: Z. 427-439).

**Empowerment Ansatz** (P6: Z. 427-439).

**Resilienz** (P6: Z. 427-439).

**Gesetzesgrundlagen** (P6: Z. 427-439).

**Traumaaarbeit/ Trauma sensibles Arbeiten** (P4: Z. 609-613)

## 6. DISKUSSION

---

Im ersten Abschnitt dieses Kapitels werden die Forschungsergebnisse mit dem theoretischen Hintergrund verglichen. Folgend werden die Limitationen der Arbeit dargestellt, bevor abschließend die Forschungsfrage beantwortet wird.

### 6.1. Vergleich der eigenen Forschungsergebnisse mit dem theoretischen Hintergrund

---

Die Grundlage für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit sowie die Rolle der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention ist bedeutsam, um die Herausforderungen im Kontext der Heimerziehung zu erfassen. Gesundheit ist mehr als nur das Fehlen von Krankheit und stark mit unserem subjektiven Wohlbefinden verbunden. Der Fokus verschob sich in den letzten Jahrzehnten weg von dem Bild einer umfassenden oder vollständigen Gesundheit und legte stattdessen den Fokus darauf, die Fähigkeit zu betonen, die unvermeidlichen Herausforderungen des Lebens aktiv und produktiv zu bewältigen. Dies markierte einen Schritt in Richtung einer interdisziplinär tragfähigen Definition von Gesundheit und hob die Bedeutung der funktionalen Gesundheit hervor (vgl. Franzkowiak & Hurrelmann, 2022). Durch diese Neuausrichtung kam der Gesundheitsförderung eine größere Bedeutung zu. Gerade die Gesundheitsprobleme der Hochrisikogruppe, der im Heim lebenden Kinder und Jugendlichen werden durch die Definition von Hurrelmann (vgl. 2006, S. 146) gut beschrieben. Verschiedene Erklärungsmodelle zur Entstehung von Gesundheit und Krankheit, wie beispielsweise das Vulnerabilitäts-Stressmodell machten deutlich, inwiefern sich Gesundheit und Krankheit im Laufe eines Lebens entwickeln und welche Einflussfaktoren die hier im Fokus stehende Gruppe besonders prägen (vgl. Wittchen & Hoyer 2011, S. 20 ff.).

In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass Kinder und Jugendliche, die in der Heimerziehung untergebracht werden, oftmals schon viele Jahre kumulierenden Stressfaktoren (Risikofaktoren) und ungünstigen Bedingungen ausgesetzt sind. Das Modell der Salutogenese verdeutlicht, dass Gesundheit kein statischer Zustand, sondern ein Kontinuum ist und in engem Zusammenhang mit den Lebensbedingungen und Sozialisationsprozessen steht (vgl. Antonovsky, 1997, S. 162.). Diese Gruppe von Kindern und Jugendlichen hat oft schwierige Startbedingungen, um grundlegende Bewältigungsstrategien und Resilienz zu erlangen. Generalisierte Widerstandsressourcen bilden laut Antonovsky die Grundlage für eine positive Entwicklung (vgl. ebd., S. 130f.). Ein bedeutender Faktor, der diese positive Entwicklung günstig beeinflusst und der bestimmt wo sich eine Person auf dem Kontinuum von Gesundheit und Krankheit befindet, ist der Kohärenzsinn (Verständlichkeit,

Bewältigbarkeit, Bedeutung) (vgl. Roch& Hampel 2022, S. 267). Das Sozialisationskonzept von Hurrelmann verbindet unterschiedliche bereits genannte Aspekte und betont die Bedeutung von individuellen Handlungskompetenzen und sozialen Ressourcen für die Förderung von Gesundheit. Dazu gehört eine positive Einstellung gegenüber den alltäglichen Herausforderungen, optimistische Erwartungen an die soziale Umgebung und insgesamt der Glaube an die Beeinflussbarkeit der eigenen Lebensführung, die Akzeptanz des eigenen Körpers und der psychischen Grundausstattung, einschließlich vorübergehender oder sogar anhaltender Beeinträchtigungen oder Einschränkungen (vgl. Hurrelmann& Richter, 2016, S. 16). Ein Gleichgewicht von Risiko- und Schutzfaktoren zu schaffen, gelingt nach Hurrelmann, indem die Bewältigung von körperlichen und psychischen sowie sozialen und materiellen Anforderungen, also Selbstwirksamkeit hergestellt wird (vgl. ebd., S. 148). In diesem Zusammenhang kommt der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention eine wichtige Rolle zu, um Risikofaktoren abzuschwächen, Schutzfaktoren zu stärken und um Gesundheitskompetenz, also alltagspraktisches Wissen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit zu erlangen. Empowerment und Befähigungskonzepte (bzw. Capabilitykonzepte) sind auf die Ressourcenstärkung ausgerichtet und fragen nach den Möglichkeiten, Menschen zu einer selbstbestimmten Lebensführung zu befähigen (vgl. BMFSFJ, 2007, S. 30). Im wissenschaftlichen Diskurs herrscht Konsens darüber, dass es einen Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit und damit eine Ungleichverteilung der Gesundheitschancen für Kinder aus Familien mit niedrigem sozialökonomischen Status gibt. Die Gefahr der transgenerationalen Weitergabe dieser Risikofaktoren sollte durch Gesundheitsförderung unterbrochen werden (vgl. RKI/ Destatis, 2018, S. 19). Aus der Theorie wurde deutlich, dass fremduntergebrachte Kinder und Jugendliche massiven Risikofaktoren und einem breiten Spektrum von psychischen und physischen Gesundheitsproblemen ausgesetzt sind. Die in 3.4.2 dargestellten Gesundheitsprobleme und Herausforderungen begründen einen deutlichen Ansatzpunkt für gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen und Strategien, denen die pädagogisch Mitarbeitenden in der vollstationären Kinder- und Jugendhilfe begegnen müssen.

Der Rahmenlehrplan der generalistischen Pflegeausbildung regelt bezüglich des außerklinischen Einsatzortes, dass die zentralen Anforderungen die Interaktion und Beziehungsgestaltung mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen betreffen und der Schwerpunkt nicht nur auf dem Umgang mit gesundheits- und entwicklungsbedingten Selbstpfleegerfordernissen, sondern auch auf der Förderung der Entwicklung unter Berücksichtigung der familiären und sozialen Bindungen liegt (vgl. BIBB, 2020, S. 220).

Der theoretische Hintergrund lässt sich stimmig mit den Perspektiven aus den Interviews verknüpfen. In den Interviews bestätigte sich die hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen von fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen. Es wurde eine Vielzahl von psychischen

Auffälligkeiten benannt, die auch im Theorieteil vorgestellt wurden (vgl. Absatz 5.1). Physische Gesundheitsprobleme standen eher nicht im Fokus oder wurden nicht als alleinstehendes Problem wahrgenommen (vgl. P4: Z. 26-28; P5: Z. 23-24). Die sich physisch und psychisch wechselseitig beeinflussenden Gesundheitsprobleme wurden häufig benannt und durch die Komplexität als schwer trennbar dargestellt (vgl. P2: Z. 64-73). Viele physische Gesundheitsprobleme wurden in Zusammenhang mit mangelnder Versorgung in der Kindheit oder fehlender Beachtung und Gesundheitskompetenz durch die Personensorgeberechtigten gebracht (vgl. P5: Z. 31-35). Es wurde deutlich, dass der Fokus der pädagogischen Fachkräfte hauptsächlich auf psychische Gesundheitsprobleme gerichtet war. Antworten zu dieser Fragestellung kamen im Vergleich zu Fragen über physische Gesundheitsprobleme deutlich schneller und in ihrer Anzahl der Aufzählungen deutlich erhöht. Es entstand der persönliche Eindruck, dass die pädagogischen Mitarbeiter\*innen sich in diesem Themengebiet deutlich kompetenter fühlten, sicherer antworten konnten und weniger den Eindruck hinterließen, überfragt zu sein. In den Interviews wurden vielfach gesundheitsbeeinflussende Faktoren in der bestehenden sozialen Ungleichheit und mangelnder Resilienz der Herkunftsfamilien gesehen (vgl. P1, Z. 76-89; P4: Z. 102-108; P2: Z. 78-82; P4: Z. 119-123). Die Familie wurde als großer Einflussfaktor für die Entstehung bzw. Verhinderung von Gesundheitsproblemen und deren Bewältigung beschrieben. Der soziale Status, der Bildungsgrad, wenig Bewusstsein für Ernährung, Gesundheit und Prävention, hohe Stressbelastung und der häufig dadurch eingeschränkte Zugang zu Ressourcen wurden als Risikofaktoren für die Entwicklung mangelnder Gesundheitskompetenz benannt (vgl. P6: Z. 51-57).

Den Interviews war zu entnehmen, dass der Umgang von pädagogischen Fachpersonen mit Gesundheitsproblemen und dazugehörigen Informationen durch verschiedene Faktoren, wie beispielsweise die oftmals defizitären Gesundheitskompetenzen der Eltern bzw. Personensorgeberechtigten, mangelnde Informationen seitens der Wohngruppen bzw. Personensorgeberechtigten oder des Allgemeinen Sozialen Dienstes beeinflusst und als nicht ausreichend für eine gute Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention angesehen wurde (vgl. P1: Z. 258-261). Die Aussagen machten deutlich, dass dem Thema Prävention und Gesundheitsförderung in der Praxis keine bewusste Rolle zukommt, es konnten oft keine Maßnahmen und Strategien benannt werden. In den Interviews wurden Herausforderungen beschrieben, die begründet durch die allgemeinen gesellschaftlichen Veränderungen (Coronapandemie, Migration, Einflussfaktor Social Media, Fachkräftemangel, etc.), die sich als zusätzliche Belastung im Arbeitsfeld darstellen, neue Herangehensweisen nötig erscheinen lassen. In den Interviews wurde deutlich, welche aus dem Sozialisationsprozess für die Kinder und Jugendlichen entstandenen Schwierigkeiten bzw. daraus resultierenden psychischen und physischen Gesundheitsprobleme Ihnen den Zugang zum Gesundheitssystem erschweren und durch die pädagogischen Fachpersonen nicht

ausreichend kompensiert werden können. Die Ergebnisse der Interviews zeigen, welche fördernden Aspekte der Einsatz beruflich Pflegender in der vollstationären Kinder- und Jugendhilfe haben könnte, welche unter Kapitel 6.3. nochmals zusammengefasst dargestellt werden. Dieser hauptberufliche Einsatz ist, im Gegensatz zu einem möglichen Lernorteinsatz, gesetzlich bisher nicht vorgesehen, wurde von den Teilnehmenden inhaltlich und aufgrund des Fachkräftemangels jedoch als sinnvolle Ergänzung beurteilt. Auch im Hinblick auf das Kinder- und Jugendstärkungsgesetz und die damit einhergehende Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit körperlichen Behinderungen in den Wohngruppen der vollstationären Heimerziehung wurden als zunehmende und nicht zu bewerkstellende Herausforderungen gesehen, die nicht allein mit pädagogischen Kompetenzen zu bewältigen seien. Diese würden ein neues Handlungsfeld entstehen lassen, in dem professionelle Pflege als unerlässlich erscheine, jedoch nicht als Konkurrenz, sondern als interdisziplinäre Ergänzung gesehen werden muss.

## **6.2. Limitation der eigenen Forschung**

---

Ich habe mich dazu entschieden, die Interviews in der vollstationären Kinder- und Jugendhilfe durchzuführen, um zu prüfen, wie sich die gesundheitliche Versorgungslage, gerade mit dem Fokus auf physische Gesundheitsprobleme, aus dieser Perspektive darstellt.

Als mögliche Limitation könnte vermutet werden, dass durch die Formulierungen im Aufruf zur Teilnahme an einem Interview sich vor allem Personen angesprochen fühlten, die einem Einsatz beruflich Pflegender positiv gegenüberstehen und damit die Komplexität der Meinungen und Einschätzungen im gesamten Arbeitsfeld eventuell nicht repräsentativ abgebildet wurden. Es gestaltete sich schwierig, Teilnehmende für die Interviews zu finden. Im Rahmen der Kontaktaufnahme wurde deutlich, dass in den Einrichtungen überwiegend pädagogische Mitarbeiter\*innen tätig sind, potenzielle Teilnehmende damit nur aus pädagogischen Berufen stammten und einige an der eigenen Kompetenz bezüglich Aussagen zum Thema Gesundheit zweifelten. Diese gaben an, hierzu nicht ausreichend Hintergrundwissen zu haben. Leider konnte ich diese Personen meist nicht dazu animieren, trotzdem teilzunehmen. Als weitere Limitation kann beschrieben werden, dass keine beruflich Pflegenden für Interviews zur Verfügung standen, da das Arbeitsfeld Heimerziehung diese Berufsgruppe durch den gesetzlichen Rahmen nicht vorhält. Durch die begrenzte Anzahl an Interviews können die Ergebnisse nicht verallgemeinert werden. Ich halte diese trotz der Beschränkungen für aussagekräftig, da schon diese wenigen Äußerungen in den Interviews übereinstimmend deutlich gemacht haben, welchen (Nachhol-) Bedarf die Heimerziehung bezüglich der physischen Gesundheitsversorgung im Hinblick auf die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen hat. Es konnte ein erster Eindruck entstehen, um sich der Thematik zu

nähern. Es wäre für eine kontrastierende Darstellung der Einschätzungen hilfreich gewesen, Einrichtungen zu finden, in denen bereits Pflegepersonal bzw. Pädagog\*innen mit zusätzlicher Pflegeausbildung beschäftigt sind, um umfassendere Informationen bezüglich der Indikatoren für den beruflichen Einsatz zu identifizieren und tiefere Empfehlungen für die Pflegebildung aussprechen zu können. Limitierend könnte sich auswirken, dass im Rahmen dieser Arbeit nicht geprüft wurde, welche Kompetenzen bereits in der Pflegeausbildung vermittelt werden, die gezielt auf diesen Arbeitsbereich vorbereiten. Dementsprechend beziehen sich die ausgesprochenen Empfehlungen für die Pflegebildung aus der Perspektive der Pädagogik. Aufgrund der im Fokus stehenden Altersgruppe (11-17 Jahre) sind aufgrund der Entwicklung grundsätzlich besondere Herausforderungen zu vermuten, welche im Kontext dieser Masterarbeit nicht fokussiert wurden, jedoch bezüglich der Handlungsempfehlungen für die Pflegebildung von Bedeutung sein können. Durch die eigene langjährige Tätigkeit in der Heimerziehung kann trotz gründlicher Reflexion und Rückmeldungen nicht ausgeschlossen werden, dass während der Durchführung der Interviews und der Analyse der Ergebnisse aus der Forschung die objektive Perspektive bei allen Aspekten beibehalten werden konnte. Trotz beschriebener Limitationen hoffe ich, dass die Forschungsarbeit darauf aufmerksam macht, welche Defizite bezüglich der gesundheitlichen bzw. pflegerischen Versorgung in der Heimerziehung vorliegen, welche Herausforderungen auf diesen Arbeitsbereich zukommen und die Masterarbeit dazu anregt, dieses Thema weiter zu erforschen und eine gesetzliche Öffnung des Arbeitsfeldes für beruflich Pflegende zu prüfen. Ein wichtiger erster Schritt ist die Etablierung der Handlungsempfehlungen für die Vorbereitung eines pädiatrischen Lernorteinsatzes in der Heimerziehung.

### **6.3. Beantwortung der Forschungsfragen**

---

Das Arbeitsfeld der Heimerziehung, in der die Prävalenzrate von Kindern und Jugendlichen mit psychischen und physischen Gesundheitsproblemen hoch ist, stellt sich als ein geeigneter Einsatzort für beruflich Pflegende dar. Die Vermutung, dass die pädagogischen Fachpersonen aufgrund ihrer beruflichen Ausbildung mit der Ausrichtung auf pädagogische Inhalte den Fokus nicht auf medizinische bzw. pflegerische Aspekte legen, hat sich im Rahmen der Interviewstudie bestätigt. Pädagogische Fachkräfte stehen unter einem hohen pädagogischen Arbeitsdruck, enormen Anforderungen und leiden unter dem bestehenden Fachkräftemangel, sodass sie aus diesen Gründen und vor allem aufgrund ihrer mangelnden pflegerischen Kompetenzen nicht vorrangig bei der Versorgung von körperlichen Gesundheitsproblemen ansetzen. Komplexe pflegerische Aufgaben sowie Gesundheitsförderung bzw. Prävention können nicht zufriedenstellend bewältigt werden und zu Überforderungssituationen führen. Bezüglich der Chancen und Möglichkeiten für den Einsatz beruflich Pflegender wurde als

Vorteil beschrieben, dass durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit Gesundheitsprobleme aus der Perspektive unterschiedlicher Professionen und damit ganzheitlicher betrachtet werden könnten. Das frühzeitige Erkennen von Entwicklungsabweichungen und Gesundheitsproblemen sowie Kenntnisse der zu erwartenden verschiedenen Entwicklungs- und Verlaufsstadien, können dazu beitragen, einer Chronifizierung von Problemen vorzubeugen und potenzielle Folgeprobleme zu verhindern oder zumindest zu mildern.

Durch die generalistische Pflegeausbildung sind die Pflegenden in vielfältigen Versorgungsbereichen ausgebildet und geeignet, die gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen in der Heimerziehung zu verbessern und die identifizierte Versorgungslücke zu füllen. Die Interviewteilnehmenden sprachen eine Vielzahl von Wünschen und Empfehlungen aus, die Ihnen für den Einsatz Pflegender als erweiterte Kompetenzen wichtig erscheinen. Pädagogische bzw. spezifische Schwerpunktkompetenzen, die innerhalb der Ausbildung oder in begleitenden Zusatzausbildungen bzw. Weiterbildungsmodulen angeboten werden sollten, werden als Voraussetzung für den beruflichen Einsatz angesehen, damit die Belastungen im herausfordernden Arbeitsfeld Heimerziehung persönlich und im Kontakt zu den Kindern und Jugendlichen (situationsangemessenes Verhalten) bewältigt werden können. Dazu gehört insbesondere eine empathische Grundhaltung, Kenntnisse einer professionellen Rolle, Geduld und Verständnis, damit ein Einsatz gelingen kann (vgl. Kapitel 5.7). Im Kapitel 5.6 wurden die aus den Interviews herausgearbeiteten Hauptindikatoren für beruflich Pflegende im beruflichen Einsatz in der Heimerziehung beschrieben, welche der Vollständigkeit halber hier zusammenfassend aufgeführt werden: Gesundheitserziehung, Aufklärungs- und Beratungsarbeit bzw. die „Übersetzung“ von Diagnosen für die Kinder und Jugendlichen und für das Team, Überwachung bzw. Verlaufskontrolle von Gesundheitsproblemen, Begleitung und Koordination von Ärzt\*innengängen, Umsetzung der therapeutischen und ärztlichen Empfehlungen, Medikamentenmanagement und Dokumentation, Nachsorge nach Operationen, Wundversorgung bzw. Wundkontrollen, Einschätzungen zum erforderlichen Versorgungsbedarf beispielsweise bei Selbstverletzung und gegebenenfalls der Einleitung einer chirurgischen Versorgung. Durch den Einsatz könnten potenzielle Gesundheitsprobleme außerdem aus der Perspektive unterschiedlicher Professionen erfasst werden. Denkbar wäre auch zu prüfen, ob die Etablierung einer übergeordneten pflegerischen Fachperson beispielweise in Form einer „Heim-Nurse“ (in Anlehnung an den Beruf der Schoolnurse, mit eigenem Kompetenzprofil) für mehrere Einrichtungsteile oder Wohngruppen sinnvoll erscheint. Auch die Zusammenarbeit auf einer anderen Ebene (Pflegende im Kontakt zu Ärzt\*innen) sowie Netzwerkarbeit mit anderen Gesundheitsberufen und Institutionen wurde als Vorteil bzw. Handlungsfeld benannt. Gerade im Hinblick auf die gesetzlich geplanten Änderungen einer Gesamtzuständigkeit bzw. durch die Etablierung einer inklusiven Kinder- und Jugendhilfe für alle Kinder und Jugendlichen,

unabhängig von ihrer Behinderung, ergibt sich eine zusätzliche Notwendigkeit dafür, dass Gesundheitsfachpersonen, Sozialarbeiter\*innen bzw. Pädagog\*innen und Therapeut\*innen enger zusammenarbeiten müssen, um den Bedürfnissen der Kindern und Jugendlichen mit unterschiedlichen Behinderungen sowie neuen Anforderungen begegnen zu können und eine angemessene Versorgung zu gewährleisten. Bezüglich der Finanzierung könnte es empfehlenswert sein zu prüfen, ob Krankenkassenfinanzierte Leistungen einfließen könnten.

## 7. FAZIT UND AUSBLICK

---

Es wurde in der Forschungsarbeit in verschiedener Hinsicht deutlich, inwieweit der Gesundheitsförderung, auch im Sinne der Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit - insbesondere für Kinder und Jugendliche in Risikosituationen - eine wichtige Bedeutung zukommt und der Einsatz beruflich Pflegender dazu beitragen könnte, dieses Ziel zu erreichen. Die vier zentralen Handlungsfelder der Strategie (Prävention und Gesundheitsförderung ausbauen, gesundheitliche Chancengleichheit fördern, gesundheitliche Risiken mindern, Grundlagen erforschen und Risiko- und Schutzfaktoren ermitteln) stellen wesentliche Hauptindikatoren dar, die den Einsatz beruflich Pflegender in interdisziplinären Teams rechtfertigen. Gerade für den Bereich der Heimerziehung, in dem Kinder und Jugendliche, die durch ihren Sozialisationsprozess sowie soziale und gesundheitliche Ungleichheit und sich kumulierende Probleme und multiple Benachteiligungen besonders vulnerabel sind, wurde deutlich, dass dem gesetzlich verankerten Recht junger Menschen auf Förderung der individuellen Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen, selbstbestimmten und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit durch den ergänzenden Einsatz von pflegerischen Fachpersonen qualifiziert entsprochen werden könnte. Eine Fülle von Hinweisen zur Wichtigkeit der Erlangung von Gesundheitskompetenz als Schutzfaktor für Gesundheit, um Selbstwirksamkeitserleben zu ermöglichen, Resilienz zu entwickeln und zu stärken und die Chancen zu erhöhen, zu einer stabilen und gesunden Persönlichkeit heranzureifen, sind sowohl durch die qualitative Interviewstudie als auch durch die Ergebnisse des theoretischen Hintergrundes abzuleiten. Aus den Interviews wurde deutlich, dass diesem Aspekt im Alltag zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet wird, dieser jedoch als bedeutsam für die Verbesserung der aktuellen Situation, vermutlich auch für die Unterbrechung der transgenerationalen Weitergabe eingeschätzt wird.

Es liegen nur wenige wissenschaftliche Studien zu körperlichen Gesundheitsproblemen bzw. gesundheitlichen Belastungen und Erkrankungen vor, die sich spezifisch auf die Gruppe der Kinder- und Jugendlichen in der Heimerziehung beziehen. Da in der Altersgruppe (11-17 Jahre) entwicklungsbedingt grundsätzlich besondere Herausforderungen bestehen, ist davon auszugehen, dass diese altersgemäßen Probleme sich mit den Benachteiligungen und Gesundheitsproblemen der fremduntergebrachten Kinder und Jugendliche potenzieren. Diesbezüglich wären meines Erachtens weitere Forschungen von Bedeutung für eine umfangreichere wissenschaftliche Betrachtung. Es sollten gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen und gesetzliche Strukturen geschaffen werden, die einen Einsatz beruflich Pflegender auch im Arbeitsfeld Heimerziehung möglich machen. Gerade auch im Hinblick darauf, dass Auszubildende einen Lernorteinsatz in der Heimerziehung absolvieren, wäre es als sinnvoll zu erachten, dass hauptberuflich Pflegende dort eingesetzt werden.

## 8. QUELLENVERZEICHNIS

### Monografien und Beiträge in Sammelwerken

---

- Antonovsky A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*.  
Tübingen: DGVT Verlag
- Caspar, F. et al. (2018): *Klinische Psychologie, Basiswissen Psychologie*,  
Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH
- Elkeles, T. (2022). *Gesundheitsberichterstattung in Deutschland*. In: Robin Haring (Hrsg.)  
Gesundheitswissenschaften. (2. Auflage). S. 147-155, Berlin: Springer Verlag
- Emanuel, M.; Müller-Alten, L.; Rabe, A. (2017). *Kinder- und Jugendhilfe: Das Lehrbuch über  
die strukturellen Arbeitsbedingungen. Das Strukturmodell der Kinder- und Jugendhilfe  
(SKJ)*. Weinheim Basel: Beltz Juventa Verlag
- Ertl-Schmuck, R.; Unger, A.; Mibs, M. (2023). *Wissenschaftliches Arbeiten in Gesundheit  
und Pflege. 2. Überarbeitete und erweiterte Aufl.* München, Konstanz: UVK-  
Verlagsgesellschaft.
- Hipp, M. (2023): *Traumatisierte Eltern. Störungen von Stressregulation, Beziehungsfähigkeit  
und Identität*. In: Wagenblass, S.& Spatscheck, C. (Hrsg.). *Kinder psychisch  
erkrankter Eltern. Sehen – Wissen – Handeln*. (S. 63-75). Köln: Psychiatrie Verlag
- Hopf, C. (1995). *Befragungsverfahren. Qualitative Interviews in der Sozialforschung*. In: Uwe  
Flick, U. et al. (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung*. S. 177-182,  
Weinheim: Beltz Verlagsgruppe
- Hurrelmann, Klaus (2006): *Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozial-  
wissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung.  
Grundlagentexte Soziologie*. (6. Auflage) Weinheim und München: Juventa Verlag
- Kaba-Schönstein, L. (2011). *Gesundheitsförderung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung  
und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. In: Bundeszentrale  
für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). S. 137- 218, Gamburg: Conrad Verlag/  
Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kickbusch, I. (2021). *Geleitwort*. In: Tiemann, M. & Mohokum, M.: *Prävention und  
Gesundheitsförderung*. (1. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag
- Kocks, A. (2008). *Schulgesundheitspflege. Die Rolle der schwedischen School Health Nurse  
und das Thema Gesundheit im Setting Schule. Pflege & Gesellschaft*, S. 246-260. *Die  
Rolle der schwedischen School Health Nurse und das Thema Gesundheit im Setting  
Schule*. [https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/06/PG-3-2008-  
Kocks.pdf](https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/06/PG-3-2008-Kocks.pdf) [Zuletzt: 21.06.2023]
- Koppelin, F. (2022): *Public Health, Ansätze, Theorien und Strukturen*. (1. Auflage). München:  
UVK Verlag. <https://doi.org/10.36198/9783838551197>

- Krüger, H.-H (2013): *Qualitative Forschung in der Erziehungswissenschaft*.  
In: Gogolin et al. (Hrsg.), *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*,  
Wiesbaden: Springer Fachmedien
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung*.  
(5. Auflage). Basel: Beltz Juventa
- Mayring, P. (2023). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. (7. Aufl.). Weinheim und  
Basel: Beltz Verlag.
- Ohlbrecht, H. & Winkler, T. (2018). *Gesundheit und Wohlbefinden im Kindes- und  
Jugendalter*. In: Lange, A., Reiter, H., Schutter, S., Steiner, C. Hrsg. (2018).  
Handbuch Kindheits- und Jugendsoziologie. S.607-617, Wiesbaden: Springer  
Fachmedien GmbH
- Pawils, S. (2021). *Prävention und Gesundheitsförderung für vulnerable Zielgruppen*.  
In: Tiemann, M. & Mohokum, M.: *Prävention und Gesundheitsförderung*. (1. Auflage).  
S. 393-397, Berlin, Heidelberg: Springer Verlag
- Pinquart, M. (2021). *Prävention und Gesundheitsförderung im Jugendalter*. In: Tiemann, M.  
& Mohokum, M.: *Prävention und Gesundheitsförderung*. (1. Auflage). S. 355-367.  
Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Rathmann, K. & Schrickler, J. (2021). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und  
Jugendlichen – Bedeutung und Implikationen für die Prävention und  
Gesundheitsförderung*. In: Tiemann, M. & Mohokum, M.: *Prävention und  
Gesundheitsförderung*. (1. Auflage). S. 23-31. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2016). *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*.  
Wiesbaden: Springer Fachmedien Verlag
- Robert-Koch-Institut & Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [RKI/ BZgA]. (Hrsg.)  
(2008). *Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und  
Jugendlichen in Deutschland*. Berlin: RKI.  
[https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3146/25VQivifMG6zQ77.pdf?sequence=1  
&isAllowed=y](https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3146/25VQivifMG6zQ77.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [Zuletzt: 04.12.2023]
- Robert Koch-Institut [RKI] (2013). KiGGS: Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in  
Deutschland. [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Kiggs\\_w1/kiggs\\_welle1\\_broschuere.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Kiggs_w1/kiggs_welle1_broschuere.pdf?__blob=publicationFile) [Zuletzt: 15.10.2023]
- Robert-Koch-Institut [RKI] (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsbericht-  
erstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: RKI.  
[https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/  
GesInDtld/gesundheit\\_in\\_deutschland\\_2015.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile)  
[Zuletzt: 04.12.2023]

- Robert-Koch-Institut und Destatis [RKI/ Destatis] (Hrsg.) (2018).  
Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Journal of Health Monitoring. KiGGSWelle 2 – Gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen.  
[https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/JoHM\\_03\\_2018\\_KiGGS-Welle2\\_Gesundheitliche\\_Lage.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/JoHM_03_2018_KiGGS-Welle2_Gesundheitliche_Lage.pdf?__blob=publicationFile) [Zuletzt: 17.06.2023]
- Roch, S. & Hampel, P. (2022). Modelle von Gesundheit und Krankheit. In: Robin Haring (Hrsg.) Gesundheitswissenschaften. (2. Auflage). S. 263-272, Berlin: Springer Verlag
- Ruckstuhl, B. (2011). *Gesundheitsförderung. Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health-Perspektive*. Weinheim, München: Juventa Verlag
- Schmid, M. (2007). Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Weinheim: Juventa Verlag
- Schröder, M.; Pérez, T. Buderer, C.; Schmid, M. (2017). Bindungsauffälligkeiten und psychische Belastung bei Kindern aus der Pflegekinderhilfe und Heimerziehung. *Kindheit und Entwicklung*, S. 118–126. Hogrefe Verlag.  
<https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1026/0942-5403/a000223?journalCode=kie>
- Statistisches Bundesamt (2022a). *Destatis. Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Einrichtungen und tätige Personen (ohne Tageseinrichtungen für Kinder)*  
Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Einrichtungen und tätige Personen (ohne Tageseinrichtungen für Kinder) 2020 (PDF 821 KB). [Zuletzt: 30.11.2023]
- Statista (2023). *Anzahl der Inobhutnahmen von Kindern und Jugendlichen durch Jugendämter aufgrund unbegleiteter Einreisen nach Deutschland von 2012 bis 2021*.  
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/581604/umfrage/inobhutnahmen-von-unbegleiteten-minderjaehrigen-einreisenden-nach-deutschland/> [Zuletzt: 24.06.2023]
- Tiemann, M. & Mohokum, M. (2021). *Prävention und Gesundheitsförderung*. (1. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Weltgesundheitsorganisation [WHO]. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva, World Health Organization.  
<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> [Zuletzt: 29.10.2023]
- Weltgesundheitsorganisation [WHO]. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*.  
[https://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/themen\\_a\\_z/gesundheitsfoerderung/anlage\\_1.pdf](https://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/themen_a_z/gesundheitsfoerderung/anlage_1.pdf) [Zuletzt: 15.10.2023]
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2011) *Was ist Klinische Psychologie? Klinische Psychologie & Psychotherapie Definitionen, Konzepte und Modelle*. S. 3–25. Berlin: Springer Verlag.

## Internetquellen

---

- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2008). *Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit*.  
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Ministerium/BMG-G-07051-Strategie-Kindergesundheit.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/BMG-G-07051-Strategie-Kindergesundheit.pdf) . [Zuletzt: 15.11.2023]
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2023). *Prävention. Kindergesundheit. Förderung der Kindergesundheit*.  
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/kindergesundheit/kindergesundheit.html#Forschung> [Zuletzt: 05. 06. 2023]
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. [BfArM]. (2023). *Kodiersysteme*.  
[https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/_node.html);  
[https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/_node.html)
- Dreßing, H. & Foerster, K.: (2021): *Traumafolgestörungen in ICD-10, ICD-11 und DSM-5. Diagnosekriterien und ihre Bedeutung für die gutachtliche Praxis*. In: Forens Psychiatr Psychol Kriminol (2021). <https://doi.org/10.1007/s11757-020-00645-6>  
[Zuletzt: 07.12.2023]
- Franzkowiak, P. & Hurrelmann, K. (2022). *Gesundheit*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*  
<https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i023-1.0>
- Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen e.V [IGfH] (2019). *Inklusion. Impulspapier zur inklusiven Weiterentwicklung der Heimerziehung*. <https://igfh.de/zukunftsforum-heimerziehung> [Zuletzt: 24.6.2023]

## Arbeitspapiere

---

- Bundesinstitut für Berufsbildung [BIBB]. (2020). Rahmenlehrpläne der Fachkommission nach §53 PflBG [Datensatz]. In *Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht und Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung*. (2.überarbeitete Auflage).

## Dissertationen

---

- Hartung, S. (2014): *Sozialkapital und gesundheitliche Ungleichheit. Analyse des elterlichen Sozialkapitals in der schulischen Gesundheitsförderung*. (Dissertation Universität Bielefeld, 2013). Wiesbaden: Springer Fachmedien 2014.  
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-04870-9> [Zuletzt: 23.10.2023]

## Pressemitteilungen und Berichte

---

Statistisches Bundesamt (2022). *Destatis. Pressemitteilung Nr. 454 vom 27. Oktober 2022.* [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/10/PD22\\_454\\_225.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/10/PD22_454_225.html) [Zuletzt: 17.06.2023]

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. [BMFSFJ]. (Hrsg.) (2018). *Kinder- und Jugendhilfe. Bericht zur Situation unbegleiteter ausländischer Kinder- und Jugendlicher.* <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/bericht-zur-situation-unbegleiteter-auslaendischer-kinder-und-jugendlicher-128294> [Zuletzt: 24.06.2023]

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. [BMFSFJ] (Hrsg.) (2007). *13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen - Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe* <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93144/f5f2144cfc504efbc6574af8a1f30455/13-kinder-jugendbericht-data.pdf> [Zuletzt: 22.11.2023]

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. [BMFSFJ]. (Hrsg.) (2021). *Kinder- und Jugendhilfe. Gesetz zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendstärkungsgesetz - KJSG).* <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/gesetze/neues-kinder-und-jugendstaerkungsgesetz-162860> [Zuletzt: 04.10.2023]

Nöthen, M. (2021). Bundeszentrale für politische Bildung. (Hrsg.) (2021). *Datenreport 2021. Kinder- und Jugendhilfe.* <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/datenreport-2021/familie-lebensformen-und-kinder/329591/kinder-und-jugendhilfe/> [Zuletzt: 06.11.2023]

Frank et al. (2017). *Robert-Koch-Institut (Hrsg.). Journal of Health Monitoring. Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland.* [https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/2579/JoHM\\_2017\\_01\\_gesundheitliche\\_laage1b.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/2579/JoHM_2017_01_gesundheitliche_laage1b.pdf?sequence=4&isAllowed=y) [Zuletzt: 24.06.2023]

## **Danksagung**

Ich danke allen Interviewteilnehmenden für ihre Zeit und die Darstellung ihrer Perspektiven.

Außerdem bedanke ich mich bei Prof. Dr. von Gahlen-Hoops dafür, dass er mir jederzeit Rückhalt gab und ich das Masterstudium mit einem Kleinkind absolvieren konnte.

Ich danke meiner Tochter, dass sie mich entweder in die Uni begleitet oder die Zeit mit ihrem Vater, Opa, Oma oder ihrer Tante verbracht hat. Für die Unterstützung über die ganze Studienzeit und gerade zur Zeit der Erstellung der Masterthesis hinweg, möchte ich mich auch herzlich bei meiner Familie und besonders bei meinem Ehemann bedanken.