

Fakultät Life Sciences

Masterprogramm
Gesundheitswissenschaften und -management

Masterarbeit

Thema:

**Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von Mädchen mit
Entwicklung präventiver Maßnahmen am Beispiel der Stadt
Oberhausen**

Erstprüfer Herr Prof. Dr. Robert Renner

Zweitprüfer Catharina Knauer

Vorgelegt von Lina Reder

Matrikelnummer 29183

Ausgabedatum 11.02.2025

Abgabedatum 14.06.2025

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	II
Abkürzungsverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	VI
Abstract	VII
1 Einleitung	1
2 Theoretischer Hintergrund	3
2.1 Stadt Oberhausen	3
2.1.1 Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsbericht	3
2.2 Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.....	5
2.2.1 Definition und Abgrenzung	5
2.2.2 Individuelle und gesellschaftliche Bedeutung.....	6
2.2.3 Geschlechterunterschiede.....	7
2.3 Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von Kindern- und Jugendlichen	9
2.3.1 Sozioökonomische Faktoren	9
2.3.2 Familiäre Faktoren	10
2.3.3 Schulische Faktoren.....	12
2.3.4 Einfluss sozialer Medien.....	14
2.3.5 Geschlechterrollen	16
2.3.6 Corona-Pandemie	18
2.3.7 Migration und Flucht.....	19
2.3.8 Wechselwirkungen zwischen individuellen und gesellschaftlichen Faktoren.....	21
2.4 Einführung in die Prävention	23
2.4.1 Grundsätze der Gesundheitsförderung und Prävention.....	24

2.4.2	Präventionsmaßnahmen für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.....	26
2.4.3	Stand der Forschung.....	28
2.4.4	Bestehende Präventionsmaßnahmen.....	29
3	Methodisches Vorgehen.....	33
3.1	Leitfadengestütztes Experteninterviews.....	33
3.2	Qualitative Inhaltsanalyse.....	40
3.3	SWOT-Analyse.....	46
4	Ergebnisse.....	48
4.1	Evaluation der Einflussfaktoren.....	48
4.2	Diagnostisches Profil der Zielgruppe.....	62
4.3	IST-Situation und Evaluation des bestehenden Angebots.....	66
4.4	Erkenntnisgewinn möglicher präventiver Maßnahmen.....	70
5	Diskussion.....	77
5.1	SWOT-Analyse zur strategischen Einordnung der Ergebnisse.....	77
5.2	Einordnung der Untersuchungsergebnisse.....	80
6	Handlungsempfehlungen.....	88
7	Limitationen der Untersuchung.....	91
8	Fazit.....	94
	Literaturverzeichnis.....	95

Abkürzungsverzeichnis

BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
HBSC	Health behaviour schoolaged children
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RKI	Robert Koch-Institut
WHO	World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablauf einer inhaltlich strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse..... 39

Abbildung 2: Ablauf der induktiven Bildung von Subkategorien..... 42

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Angebote und Verbesserungspotenziale.....	66
--	----

Abstract

Die psychische Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen wird durch eine Vielzahl von Einflussfaktoren geprägt, die im kommunalen Raum besondere Relevanz gewinnen. Diese Masterarbeit verfolgt das Ziel, zentrale Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen zu identifizieren und darauf aufbauend, spezifische Präventionsmaßnahmen zu entwickeln, die auf die Bedürfnissen dieser Zielgruppe zugeschnitten sind. Aufgrund der Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsberichts 2024 in Oberhausen lässt sich für Mädchen und junge Frauen im Alter von 0-19 Jahren ein besonderer Bedarf erkennen. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, die psychische Gesundheit dieser Zielgruppe gezielt zu untersuchen und zu fördern. Mit Hilfe qualitativer Forschungsmethoden liefert diese Arbeit unter anderem fundierte Einsichten in familiäre und schulische Faktoren sowie in den Einfluss sozialer Medien und tradierten Geschlechterrollen auf die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Auf Basis des theoretischen Hintergrunds sowie der acht Expert:inneninterviews wurden Handlungsempfehlungen zur Förderung der psychischen Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen abgeleitet. Die Handlungsempfehlungen beinhalten zielgruppengerechte und nachhaltige Präventionsmaßnahmen, die sich an den Grundsätzen der Gesundheitsförderung und Prävention orientieren. Der Ausbau und die Vernetzung bestehender Strukturen bilden dabei zentrale Faktoren. Die Ergebnisse bieten eine wertvolle Grundlage für die Weiterentwicklung präventiver Angebote für Mädchen im kommunalen Raum.

1 Einleitung

Die Ergebnisse der HBSC-Studie (Ravens-Sieberer et al., 2022) sind eindeutig:

Die psychische Gesundheit der Mädchen und jungen Frauen in Europa schneidet insgesamt schlechter ab, als die der gleichaltrigen Jungen. Mädchen weisen schlechtere Ergebnisse in Bezug auf Lebenszufriedenheit, seelisches Wohlbefinden und Einschätzung der eigenen Gesundheit auf (WHO, 2023).

In Deutschland zeichnet sich ein ähnliches Bild ab. Mädchen und junge Frauen sind häufiger als Jungen von Schmerzen und psychischen Problemen betroffen. Insgesamt schätzen Mädchen ihre gesundheitliche Verfassung schlechter ein als Jungen (RKI, 2020).

„Die Ergebnisse sind ernüchternd. Junge Menschen sagen uns, dass es ihnen nicht gut geht, und es liegt an uns, als Erwachsene, als Entscheidungsträger, ihnen zuzuhören und zu handeln“

stellt Dr. Kluge, WHO-Regionaldirektor für Europa fest (WHO, 2023).

Die beobachtbaren geschlechtsspezifischen Gesundheitsunterschiede lassen sich nur in geringem Maße auf biologische oder genetische Faktoren zurückführen. Es wird angenommen, dass der größte Teil auf die unterschiedlichen Lebensbedingungen von Mädchen und Jungen zurückzuführen ist (RKI, 2020). Wenngleich die Kindheit und Jugend insgesamt als gesunde Lebensphase bezeichnet werden kann, werden im Kindes- und Jugendalter wichtige soziale Kompetenzen und psychische Widerstandsfähigkeit erworben. Diese wesentlichen gesundheitlichen Ressourcen können für die Gesundheit ein Leben lang unterstützend wirken (Rathmann und Schricker, 2020; Richter-Kornewitz und Kruse, 2023). Daher sind präventive Maßnahmen in dieser Lebensphase besonders wirksam: Sie setzen frühzeitig an und stärken Schutzfaktoren. Im kommunalen Kontext können Maßnahmen zielgruppengerecht und niedrigschwellig angelegt werden, um jungen Mensch „zuzuhören und zu handeln“ (Rathmann und Schricker, 2020).

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, zu eruieren, welche Determinanten die psychische Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen besonders beeinflussen und welche zielgruppengerechten Präventionsmaßnahmen im kommunalen Kontext der Stadt Oberhausen Anwendung finden können.

Zunächst erfolgt eine theoretische Auseinandersetzung mit den Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Nach Möglichkeit mit einem besonderen Fokus auf Mädchen und junge Frauen. Anschließend werden die grundlegenden Prinzipien von Prävention und Gesundheitsförderung erläutert. Im weiteren Verlauf werden anhand von acht Expert:inneninterviews Einflussfaktoren ermittelt, ein differenziertes Bild der Zielgruppe erstellt sowie mögliche präventive Maßnahmen diskutiert. Ein Betroffeneninterview ergänzt die persönliche Sichtweise auf das bestehende Angebot der Stadt Oberhausen. Die Auswertung der Interviews erfolgt anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse.

Die Intention der Arbeit liegt sowohl in der Darstellung der IST-Situation hinsichtlich der präventiven Angebote der Stadt Oberhausen als auch in der Ableitung von zielgruppengerechten Präventionsmaßnahmen, basierend auf den Grundsätzen der Gesundheitsförderung und Prävention. Hierfür wird folgender Forschungsfrage nachgegangen:

Welche Determinanten beeinflussen die psychische Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen besonders und welche Präventionsmaßnahmen können dabei im kommunalen Kontext eine Schlüsselrolle spielen?

2 Theoretischer Hintergrund

In den folgenden Kapiteln wird zunächst die Stadt Oberhausen vorgestellt, inklusive der Ergebnisse des aktuellen Kinder- und Jugendgesundheitsberichts. Anschließend erfolgt eine Einführung in das Thema psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Es werden die wichtigsten Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit erläutert und die Bedeutung präventiver Maßnahmen dargestellt. Der theoretische Hintergrund bildet die Grundlage für das Verständnis der späteren Analysen und Maßnahmen in dieser Arbeit.

2.1 Stadt Oberhausen

Die Stadt Oberhausen ist eine kreisfreie Großstadt im westlichen Ruhrgebiet im Regierungsbezirk Düsseldorf des Landes Nordrhein-Westfalen. Mit rund 213.000 Einwohnern und Einwohnerinnen (Stand 2023) gehört sie zur Metropolregion Rhein-Ruhr. Oberhausen weist mit rund 77 km² eine kleine Stadtfläche auf und ist die am zehntdichtesten besiedelte Großstadt Deutschlands. Die Stadt hat eine lange industrielle Tradition und wird auch als „Wiege der Ruhrindustrie“ bezeichnet. Mit dem Strukturwandel im Ruhrgebiet erfuhr Oberhausen eine wirtschaftliche Neuausrichtung mit den Schwerpunkten Handel, Freizeit und Kultur. Bedeutende Attraktionen sind das CentrO und der Gasometer Oberhausen (Stadt Oberhausen, 2025).

In Oberhausen leben Stand 2023 rund 36.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung beträgt 2023 34,4%. Die Verteilung auf das Stadtgebiet ist ungleich, so wohnen in den Bezirken Osterfeld-West und Altstadt-Mitte über 50% Personen mit Migrationshintergrund, während der Anteil zum Beispiel in Sterkrade-Nord unter 20% liegt. Die Arbeitslosenquote liegt im Juni 2025 bei 11,4 % (Deutschland: 6,2%, Bundesagentur für Arbeit 2025), wobei der Anteil der Ausländer:innen bei 23,3% liegt (Statistisches Jahrbuch Oberhausen, 2024).

2.1.1 Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsbericht

Im Mai 2025 wurde von der Stadt Oberhausen der Kinder- und Jugend-Gesundheitsbericht 2024 veröffentlicht. Der Bericht skizziert auf Basis stadtinterner Daten sowie Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein die gesundheitliche Situation der Heranwachsenden in Oberhausen.

Die erhobenen Daten und Erkenntnisse dienen nicht nur der Beschreibung des Gesundheitszustands von Kindern in Oberhausen, sondern sollen zugleich als Grundlage für die Entwicklung konkreter Handlungsansätze dienen. Neben Informationen bezüglich der Schuleingangsuntersuchungen, Zahngesundheit und chronischen Erkrankung werden auch Prävalenzen von psychischen Erkrankungen bei Kindern erfasst und analysiert. Dabei handelt es sich konkret um Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen sowie emotionale Störungen des Kindesalters. Die Analyseergebnisse der psychischen Erkrankungen liefern den Anstoß zu dieser Masterarbeit und werden nachfolgend zusammengefasst.

Im Jahr 2022 befanden sich in Oberhausen insgesamt 1.477 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 19 Jahren aufgrund einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in ärztlicher Behandlung, was etwa 4 % aller Kinder entspricht. Dabei waren Jungen mit rund 1.092 Fällen deutlich häufiger betroffen als Mädchen (385 Fälle). Die Behandlungsraten bei Mädchen zeigten sich insgesamt stabil, mit einem leichten Anstieg in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen. Im Vergleich zu Nordrhein-Westfalen lagen die Behandlungsprävalenzen in Oberhausen bei beiden Geschlechtern leicht über dem Durchschnitt.

Die Ergebnisse zeigen auf, dass psychische Belastungen wie Anpassungsstörungen und emotionale Störungen des Kindesalters in Oberhausen eine relevante gesundheitliche Problematik darstellen. Im Jahr 2022 wurden 1,8 % der Kinder und Jugendlichen aufgrund von Reaktionen auf schwere Belastungen ärztlich behandelt, wobei Mädchen mit 2 % häufiger betroffen waren als Jungen (1,4 %). Besonders auffällig ist die Altersgruppe der 15- bis 19-jährigen Mädchen. Bei emotionalen Störungen des Kindesalters lag die Behandlungsprävalenz sogar bei 4,3 %, wobei Jungen mit 4,6 % leicht häufiger betroffen waren als Mädchen (4,2 %). Die höchsten Raten zeigte sich bei Kindern im Alter von 10 bis 14 Jahren, wobei ein deutlicher Anstieg über den Beobachtungszeitraum hinweg erkennbar ist. Insgesamt zeigen die Daten geschlechtsspezifische Unterschiede in Prävalenz und Altersverteilung psychischer Auffälligkeiten, wobei Mädchen häufiger unter belastungsbedingten Störungen leiden, Jungen dagegen häufiger unter emotionalen Störungen des Kindesalters. Im Vergleich zu NRW liegt Oberhausen bei emotionalen Störungen insgesamt über dem Landesdurchschnitt (Kinder- und Jugend Gesundheitsbericht, 2025).

2.2 Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Die Lebensphase, in der Kinder- und Jugendliche sich befinden, wird überwiegend mit einem guten Gesundheitszustand assoziiert. Die Anzahl schwerwiegender körperlicher Erkrankungen bei Heranwachsenden ist gering, jedoch ist eine hohe Prävalenz psychosomatischer Beschwerden und psychischer Auffälligkeiten bei Ihnen zu verzeichnen (Rathmann und Schricker, 2020). In den letzten Jahren hat die Bedeutung psychischer Gesundheit in dieser Altersgruppe zunehmend an Aufmerksamkeit gewonnen, da die Prävalenz psychischer Störungen bei Jugendlichen weltweit steigt (Rathmann und Schricker, 2020). Verschiedene gesellschaftliche, wirtschaftliche und technologische Entwicklungen beeinflussen das Wohlbefinden junger Menschen in erheblichem Maße. Studien zeigen, dass psychische Erkrankungen bereits im Jugendalter auftreten können und sich oft bis ins Erwachsenenalter ausbilden (Kessler et al., 2005). Daher ist es essenziell, sowohl die Prävalenz als auch die Einflussfaktoren zu analysieren, um geeignete Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit zu entwickeln. Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist ein entscheidender Faktor für ihre gesamte Entwicklung und ihr späteres Erwachsenenleben. Sie umfasst das emotionale, kognitive und soziale Wohlbefinden und beeinflusst maßgeblich das Lernverhalten, zwischenmenschliche Beziehungen und die allgemeine Lebensqualität (Patel et al., 2007). Eine stabile psychische Gesundheit ist daher grundlegend für die individuelle Entwicklung, schulischen Erfolg und gesellschaftliche Teilhabe (Barry et al., 2013).

2.2.1 Definition und Abgrenzung

Psychische Gesundheit wird von der Weltgesundheitsorganisation als ein dynamischer Prozess beschrieben, der von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren beeinflusst wird (WHO, 2022). Sie steht in engem Zusammenhang mit der Fähigkeit, Emotionen zu regulieren, stabile soziale Beziehungen aufzubauen und Herausforderungen konstruktiv zu bewältigen. Dabei kann es zu temporären Belastungen kommen, die nicht zwangsläufig auf eine psychische Erkrankung hindeuten. Ein gewisses Maß an Stress oder emotionalen Schwankungen gilt als normaler Bestandteil der Entwicklung, solange sie nicht zu einer erheblichen Einschränkung des Alltags führen (Masten, 2014). Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist ein zentraler Bestandteil ihrer individuellen Entwicklung und beeinflusst maßgeblich ihre soziale, kognitive und emotionale Entfaltung.

Sie beschreibt nicht nur das Fehlen psychischer Störungen, sondern vielmehr einen Zustand des Wohlbefindens, in dem Kinder und Jugendliche ihre Potenziale ausschöpfen, Belastungen bewältigen und aktiv am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können. Psychische Gesundheit schließt auch die Fähigkeit ein mit Herausforderungen des Alltags umzugehen, soziale Bindungen aufzubauen und persönliche Ressourcen effektiv zu nutzen (WHO, 2022).

Psychische Gesundheit wird zunehmend als Kontinuum betrachtet, das zwischen Wohlbefinden und psychischer Belastung verläuft. Dies bedeutet, dass Kinder und Jugendliche auch ohne klinische Diagnose psychische Herausforderungen erleben können, die sich negativ auf ihr Befinden und ihre Entwicklung auswirken. Faktoren wie Resilienz, soziale Unterstützung und individuelle Bewältigungsstrategien spielen eine entscheidende Rolle dabei, ob und wie solche Herausforderungen gemeistert werden (Luthar et al., 2015).

2.2.2 Individuelle und gesellschaftliche Bedeutung

Eine stabile psychische Gesundheit trägt maßgeblich zur erfolgreichen Bewältigung von Entwicklungsaufgaben bei und bildet eine wichtige Grundlage für schulische Leistungen, soziale Integration und das allgemeine Wohlbefinden. Zudem kann eine beeinträchtigte psychische Gesundheit im Jugendalter die schulische Leistung und soziale Integration erheblich beeinflussen, was wiederum die Bildungs- und Berufschancen der Betroffenen einschränkt (Durlak et al., 2011). Gleichzeitig wirkt sie sich auf langfristige gesellschaftliche Strukturen aus, da psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter mit erhöhten Risiken für spätere gesundheitliche, soziale und wirtschaftliche Probleme verbunden sind (Kessler et al., 2005). Gleichzeitig besteht ein wachsendes Bewusstsein für die Bedeutung frühzeitiger Interventionen und präventiver Maßnahmen. Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit in Schulen und Familien haben sich als wirksame Strategien erwiesen, um Risikofaktoren zu minimieren und Schutzfaktoren zu stärken (Weare und Nind, 2011). Die Förderung psychischer Gesundheit ist daher nicht nur für die individuelle Entwicklung, sondern auch für die Gesellschaft von hoher Bedeutung.

In gesundheitspolitischen Diskussionen gewinnen Prävention und Gesundheitsförderung aufgrund der Zunahme chronisch-degenerativen Erkrankungen sowie des demographischen Wandels bei gleichzeitiger Verknappung der finanziellen Ressourcen im deutschen Gesundheitssystem immer mehr an Bedeutung. Die Gesundheit der Bevölkerung kann als wesentliche Voraussetzung für die Erhöhung des gesellschaftlichen Humankapitals angesehen werden. Die Produktivität moderner Volkswirtschaften hängt somit auch vom Gesundheitszustand der Bevölkerung ab. Daher stellt die Förderung von Kompetenzen (Verhaltensprävention) und Strukturen (Verhältnisprävention) im Sinne der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit eine wichtige Investition dar (Krauth und Oedingen, 2021).

Trotz steigender Gesundheitsausgaben blieb der Anteil der Präventionsausgaben im letzten Jahrzehnten bis 2020 im Vergleich sehr gering. Einen Anstieg der Präventionsausgaben konnte, während der COVID-19-Pandemie 2021/2022 festgestellt werden. Dieser ist hauptsächlich auf die pandemiebedingten Ausgaben für Impfungen und Tests zurückzuführen (RKI, 2024).

2.2.3 Geschlechterunterschiede

Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird maßgeblich von geschlechtsspezifischen Faktoren beeinflusst. Zahlreiche Studien belegen, dass es signifikante Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen hinsichtlich der Prävalenz, Symptomatik und Bewältigungsstrategien psychischer Störungen gibt (Salk et al., 2017). Untersuchungen zeigen, dass Mädchen häufiger unter internalisierenden Störungen wie Depressionen und Angststörungen leiden, während Jungen im Vergleich dazu seltener von diesen Erkrankungen betroffen sind (Kovacs, Obrosky und Sherrill, 2003). Die Geschlechterunterschiede der Depressionsausprägung sind bereits im Grundschulalter erkennbar, manifestieren sich jedoch besonders stark in der Adoleszenz (Essau et al., 2020).

Neben der unterschiedlichen Häufigkeit psychischer Störungen gibt es auch Abweichungen in der Art und Weise, wie psychische Belastungen wahrgenommen und ausgedrückt werden. Studien zeigen, dass Mädchen eher emotionale Probleme wie Angst oder Traurigkeit zeigen, während Jungen häufiger durch aggressives oder impulsives Verhalten auffallen (Zahn-Waxler et al., 2008). Darüber hinaus unterscheiden sich Mädchen und Jungen in ihren Bewältigungsstrategien.

Während Mädchen eher auf rückzugsorientierte oder kognitive Bewältigungsmechanismen setzen, zeigen Jungen häufiger direkte Verhaltensreaktionen auf Stress (Hampel/Petermann, 2005). Diese Unterschiede beeinflussen, wie psychische Erkrankungen diagnostiziert und behandelt werden, da internalisierende Symptome oft unauffälliger sind und seltener direkt auffallen als externalisierendes Verhalten.

Die Art und Weise, wie psychische Gesundheit wahrgenommen und erlebt wird, wird nicht nur durch biologische Unterschiede geprägt, sondern auch durch gesellschaftliche Erwartungen an Geschlechterrollen. Dies kann dazu führen, dass psychische Erkrankungen bei Jungen später erkannt oder weniger behandelt werden, obwohl sie unter erheblichen Belastungen leiden können (Eagly et al., 2016).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede in der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gibt, sowohl in der Prävalenz als auch in der Art der Symptomatik und im Umgang mit Belastungen. Diese Unterschiede haben wichtige Implikationen für Diagnostik, Prävention und Therapie, da sie verdeutlichen, dass geschlechtsspezifische Ansätze notwendig sind, um die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen optimal zu fördern.

2.3 Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von Kindern- und Jugendlichen

Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird durch eine Vielzahl von Einflussfaktoren bestimmt, die sowohl individuelle als auch soziale und strukturelle Komponenten umfassen. Das folgende Kapitel widmet sich detailliert diesen Einflussfaktoren.

2.3.1 Sozioökonomische Faktoren

Die sozioökonomische Lage ist ein wesentlicher Einflussfaktor auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Zahlreiche Studien belegen, dass Kinder aus einkommensschwachen Haushalten ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen aufweisen, da sie häufig mit Mehrfachbelastungen wie materieller Unsicherheit, schlechteren Bildungschancen und erhöhtem familiärem Stress konfrontiert sind (Reiss, 2013). Diese Bedingungen können die psychische Widerstandsfähigkeit beeinträchtigen (Wickham et al., 2016).

Ein zentrales Problem sozialer Ungleichheit ist der eingeschränkte Zugang zu präventiven Maßnahmen und therapeutischen Angeboten. Studien zeigen, dass Kinder aus finanziell benachteiligten Familien seltener professionelle psychologische Unterstützung erhalten, sei es aufgrund fehlender finanzieller Mittel, mangelnder Gesundheitsversorgung oder struktureller Hürden im Gesundheitssystem (Patel et al., 2007). Während in wohlhabenderen Haushalten ein größeres Bewusstsein für psychische Gesundheit und die Inanspruchnahme therapeutischer Angebote besteht, erleben Kinder aus einkommensschwachen Familien oft Stigmatisierung oder geringere Unterstützung durch das soziale Umfeld (Gulliver, Griffiths und Christensen, 2010). Ein weiterer bedeutender Faktor ist die Wohnsituation. Kinder, die in sozial benachteiligten Stadtvierteln aufwachsen, sind häufig höheren psychosozialen Stressoren ausgesetzt. Dazu gehören eine unsichere Nachbarschaft, Lärmbelastung, eingeschränkte Freizeitmöglichkeiten sowie ein geringerer Zugang zu Bildungseinrichtungen und sozialen Ressourcen (Evans und English, 2002). Diese Umweltfaktoren können langfristig die psychische Stabilität beeinträchtigen und das Risiko für emotionale und Verhaltensstörungen erhöhen. Auch das Bildungsniveau der Eltern spielt eine entscheidende Rolle für die psychische Gesundheit ihrer Kinder.

Untersuchungen zeigen, dass Kinder von Eltern mit niedriger Bildung häufiger psychische Belastungen erleben, da ihnen oft weniger kognitive, emotionale und finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen (Bradley und Corwyn, 2002). Zudem haben Kinder aus bildungsfernen Familien geringere Chancen auf hochwertige schulische Förderung, was sich negativ auf ihre psychische Gesundheit auswirken kann, insbesondere wenn schulischer Leistungsdruck und Versagensängste hinzukommen (Weare und Nind, 2011). Sozioökonomische Ungleichheiten zeigen sich auch in der Ernährung und körperlichen Gesundheit, die eng mit der psychischen Gesundheit verknüpft sind. Kinder aus ärmeren Haushalten haben ein höheres Risiko für Mangelernährung oder Übergewicht, was nicht nur physische, sondern auch psychische Konsequenzen haben kann. Adipositas im Kindesalter ist beispielsweise mit einem erhöhten Risiko für Depressionen und Angststörungen verbunden, was durch soziale Stigmatisierung und ein negatives Selbstbild weiter verstärkt wird (Puhl und Latner, 2007).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sozioökonomische Faktoren einen erheblichen Einfluss auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen haben. Armut, mangelnde Bildungsressourcen und soziale Benachteiligung erhöhen das Risiko für psychische Störungen, während stabile wirtschaftliche Verhältnisse, Bildungsförderung und soziale Unterstützung als Schutzfaktoren fungieren können.

2.3.2 Familiäre Faktoren

Neben finanziellen Ressourcen spielen auch familiäre Strukturen eine zentrale Rolle. Ravens-Sieberer et al. (2002) betonen, dass ein unterstützendes Familienklima mit hoher emotionaler Wärme und Zusammenhalt ein wichtiger Schutzfaktor für die psychische Gesundheit ist. Positive familiäre Beziehungen können dazu beitragen, die negativen Auswirkungen von Belastungen wie Armut oder Konflikten zu mindern und Resilienz zu fördern (Ravens-Sieberer et al., 2002). Ergänzend dazu unterstreichen Walper, Ulrich und Kindler (2023) die Bedeutung des Familienklimas und der sozialen Unterstützung für die psychische Gesundheit von Kindern. Sie heben hervor, dass ein positives und unterstützendes familiäres Umfeld als Schutzfaktor wirkt und die negativen Auswirkungen sozioökonomischer Benachteiligung abmildern kann. Demnach sind nicht nur materielle Ressourcen, sondern auch die Qualität der familiären Beziehungen entscheidend für die psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen (Walper, Ulrich und Kindler, 2023).

Die Familie stellt eine der zentralen Einflussgrößen für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen dar. Familiäre Beziehungen, Erziehungsstile und die emotionale Bindung zwischen Eltern und Kindern spielen eine entscheidende Rolle in der Entwicklung von Resilienz sowie in der Prävention psychischer Erkrankungen (Cicchetti und Rogosch, 2019). Gleichzeitig können belastende familiäre Bedingungen wie Konflikte, Vernachlässigung oder psychische Erkrankungen der Eltern das Risiko für psychische Störungen bei Kindern erheblich erhöhen (Repetti, Taylor und Seeman, 2002). Ein sicherer Bindungsstil zwischen Eltern und Kind gilt als einer der stärksten Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit. Kinder, die eine stabile und verlässliche emotionale Bindung zu ihren Eltern erleben, zeigen ein höheres Maß an Selbstbewusstsein, sozialer Kompetenz und Stressbewältigung (Ainsworth, 1979). Besonders in den ersten Lebensjahren sind feinfühligere Reaktionen der Eltern auf die Bedürfnisse des Kindes entscheidend für die Entwicklung eines sicheren Bindungsmusters (Bowlby, 1988).

Forschungsergebnisse unterstreichen, dass die Sensitivität der Eltern gegenüber den Bedürfnissen ihres Kindes in den ersten Lebensjahren maßgeblich zur Entwicklung einer sicheren Bindung beiträgt (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn and Juffer, 2003; De Wolff ans van IJzendoorn, 1997). Der Erziehungsstil der Eltern spielt eine entscheidende Rolle für die psychische Gesundheit von Kindern. Ein autoritativer Stil, geprägt von Wärme, Unterstützung und klaren Regeln, fördert positive psychische Entwicklungen, während autoritäre oder vernachlässigende Ansätze mit negativen Auswirkungen verbunden sein können (Baumrind, 1991; Schoon und Parsons, 2002; Pinquart, 2017). Kinder, die in einem autoritären Umfeld aufwachsen, entwickeln häufiger Angststörungen oder depressive Symptome, während Vernachlässigung und fehlende elterliche Fürsorge das Risiko für Verhaltensauffälligkeiten und soziale Schwierigkeiten erhöhen (Steinberg, 2020). Ein stabiles und harmonisches Familienumfeld wirkt sich positiv auf die psychische Gesundheit von Kindern aus, während chronische Konflikte innerhalb der Familie das Risiko für psychische Belastungen signifikant erhöhen (Cummings und Davies, 2010). Kinder, die regelmäßig häuslicher Gewalt, elterlichen Streitigkeiten oder instabilen familiären Beziehungen ausgesetzt sind, zeigen häufiger emotionale Störungen und Verhaltensprobleme.

Forschungen haben gezeigt, dass die Qualität der interparentalen Beziehung einen signifikanten Einfluss auf die psychische Gesundheit von Kindern hat, wobei negative Interaktionen zu einer Vielzahl von Anpassungsproblemen führen können (Harold und Sellers, 2018; Davies et al., 2016). Auch elterlicher Stress spielt eine entscheidende Rolle für die psychische Gesundheit von Kindern. Belastungen wie wirtschaftliche Unsicherheit, beruflicher Druck oder psychische Erkrankungen eines Elternteils können sich negativ auf das emotionale Wohlbefinden von Kindern auswirken (Giallo et al., 2013). Kinder von Eltern mit Depressionen oder Angststörungen haben ein erhöhtes Risiko, selbst psychische Erkrankungen zu entwickeln. Sowohl genetische Prädispositionen als auch umweltbedingte Einflüsse tragen zu diesem Risiko bei (Goodman et al., 2011; Connell und Goodman, 2002). Trotz potenzieller Belastungen kann ein unterstützendes familiäres Umfeld eine zentrale Rolle bei der Entwicklung von Resilienz spielen. Kinder, die emotionale Unterstützung durch ihre Eltern und Geschwister erfahren, haben bessere Bewältigungsstrategien und können Stressoren effektiver begegnen (Masten, 2014). Die Qualität der familiären Beziehungen ist entscheidender als die bloße Anwesenheit der Eltern.

Positive Kommunikation, gemeinsame Aktivitäten und ein stabiles soziales Netzwerk innerhalb der Familie fungieren als wesentliche Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern (Walsh, 2016; Black und Lobo, 2008).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Familie als unmittelbare soziale Umgebung eine fundamentale Rolle für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen spielt. Während unterstützende Eltern-Kind-Beziehungen, emotionale Wärme und stabile Strukturen als Schutzfaktoren fungieren, können dysfunktionale Familienverhältnisse das Risiko für psychische Erkrankungen erheblich erhöhen.

2.3.3 Schulische Faktoren

Die Schule ist ein zentraler Lebensbereich für Kinder und Jugendliche und hat einen erheblichen Einfluss auf ihre psychische Gesundheit. Sie ist nicht nur ein Ort des Lernens, sondern auch eine soziale Umgebung, in der Kinder Beziehungen aufbauen, Erfolge erleben und mit Herausforderungen konfrontiert werden. Die schulischen Rahmenbedingungen, Leistungsanforderungen und sozialen Dynamiken können sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf die psychische Entwicklung haben (Weare und Nind, 2011).

Ein unterstützendes Schulklima, positive Lehrer-Schüler-Beziehungen und gezielte Fördermaßnahmen können die psychische Gesundheit von Schülern stärken. Im Gegensatz dazu stellen Leistungsdruck, Prüfungsangst und soziale Konflikte potenzielle Belastungsfaktoren dar, die das Wohlbefinden beeinträchtigen können (Putwain und Pescod, 2018; Putwain et al., 2013). Der steigende Leistungsdruck im Bildungssystem stellt eine zunehmende Herausforderung für Schülerinnen und Schüler dar. Höhere Anforderungen, zunehmende Standardisierungen und der gesellschaftliche Wettbewerb um Bildungsabschlüsse prägen die schulische Realität und können Stress verursachen (OECD, 2019). Untersuchungen zeigen, dass übermäßiger Leistungsdruck mit einer erhöhten Prävalenz von Angststörungen, Depressionen und psychosomatischen Beschwerden verbunden ist (Putwain und Symes, 2011; Sulkowski und Lazarus, 2011). Besonders betroffen sind Schülerinnen und Schüler, die stark auf schulischen Erfolg fixiert sind oder unter hohem Erwartungsdruck von Eltern oder Lehrkräften stehen (Hancock und Zubrick, 2015).

Ein weiterer wesentlicher Einflussfaktor ist die soziale Dynamik innerhalb der Schule. Soziale Ausgrenzung, Mobbing und Diskriminierung sind erhebliche Risikofaktoren für die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern. Kinder und Jugendliche, die in der Schule gemobbt werden, haben ein deutlich erhöhtes Risiko für Depressionen, Angststörungen und Suizidgedanken (Arseneault, 2018). Gleichzeitig kann ein unterstützendes und inklusives Schulklima präventiv wirken und Kinder davor schützen, psychische Belastungen zu entwickeln. Schulen, die gezielt Programme zur Förderung von sozialem Miteinander und emotionaler Kompetenz implementieren, zeigen eine geringere Rate an psychischen Störungen unter ihren Schülern (Durlak et al., 2011). Das Lehrer-Schüler-Verhältnis ist ein weiterer wichtiger Faktor. Eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Lehrkräften und Schülern kann das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen erheblich verbessern. Studien zeigen, dass Schülerinnen und Schüler, die sich von ihren Lehrkräften unterstützt und wertgeschätzt fühlen, eine höhere Resilienz gegenüber schulischen und sozialen Stressoren entwickeln (Roorda et al., 2011). Fehlende Unterstützung durch Lehrkräfte oder gar ein autoritärer Erziehungsstil im schulischen Kontext kann hingegen Stress und Angst verstärken, was sich langfristig negativ auf die psychische Gesundheit auswirken kann (Hattie, 2009). Auch schulische Strukturen und Rahmenbedingungen spielen eine entscheidende Rolle.

Ein überfüllter Lehrplan, lange Unterrichtszeiten ohne ausreichende Pausen oder eine fehlende Anpassung an individuelle Lernbedürfnisse können zu Stress und Überforderung führen (OECD, 2019). Umgekehrt haben Schulen, die flexible Lernkonzepte und individualisierte Unterstützung anbieten, bessere Ergebnisse in der Förderung der psychischen Gesundheit ihrer Schüler (OECD, 2022; Durlak et al., 2011).

Hier lässt sich feststellen, dass schulische Faktoren einen maßgeblichen Einfluss auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen haben. Ein positives Schulklima, soziale Unterstützung und eine angemessene Balance zwischen Leistungsanforderungen und psychischer Belastbarkeit sind entscheidend für das Wohlbefinden der Schülerinnen und Schüler.

2.3.4 Einfluss sozialer Medien

Die Nutzung sozialer Medien hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen und ist heute ein fester Bestandteil des Alltags vieler Kinder und Jugendlicher. Plattformen wie Instagram, TikTok, Snapchat oder YouTube bieten nicht nur soziale Interaktionsmöglichkeiten, sondern beeinflussen auch die Identitätsbildung, das Selbstwertgefühl und die psychische Gesundheit junger Menschen (Twenge und Campbell, 2018). Während soziale Medien viele positive Effekte haben können, etwa durch soziale Vernetzung, Selbstexpression und den Zugang zu Informationen, gibt es auch zunehmende Hinweise darauf, dass exzessive Nutzung und bestimmte Inhalte negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben können und zu einer niedrigen Lebenszufriedenheit führen können (Orben, Dienlin und Przybylski, 2019). Ein häufig diskutierter Aspekt ist der Zusammenhang zwischen sozialer Mediennutzung und Depressionen sowie Angststörungen. Studien zeigen, dass insbesondere eine intensive Nutzung von Plattformen, die stark auf visuelle Inhalte fokussiert sind, mit einem erhöhten Risiko für geringes Selbstwertgefühl, soziale Vergleichsprozesse und depressive Symptome in Verbindung stehen (Keles, McCrae und Grealish, 2020). Die ständige Konfrontation mit idealisierten Körperbildern und vermeintlich perfekten Lebensstilen kann dazu führen, dass Kinder und Jugendliche ein unrealistisches Selbstbild entwickeln, was insbesondere für Mädchen problematisch sein kann (Fardouly et al., 2015).

Ein weiteres Problem stellt das Phänomen des Cybermobbings dar. Anders als traditionelles Mobbing findet Cybermobbing rund um die Uhr statt und kann für Betroffene schwerwiegende psychische Folgen haben, darunter Angststörungen, Depressionen und Suizidgedanken (Kowalski et al., 2018). Opfer von Cybermobbing berichten häufig von Schlafstörungen, vermindertem Selbstwertgefühl und erhöhter sozialer Isolation, da die Angriffe oft öffentlich und dauerhaft im digitalen Raum verfügbar sind (Slonje und Smith, 2019).

Auch die Auswirkungen der ständigen Erreichbarkeit und Nutzung sozialer Medien auf Schlaf und Konzentration sind ein zentraler Forschungsgegenstand. Studien zeigen, dass eine übermäßige Nutzung sozialer Medien, insbesondere vor dem Schlafengehen, zu Schlafmangel und damit verbundenen psychischen Problemen wie erhöhter Reizbarkeit, Konzentrationsproblemen und erhöhtem Stress führen kann (Scott und Woods, 2019; Leone, Sigman und Golombek, 2020).

Die kontinuierliche Nutzung von Smartphones und sozialen Plattformen kann zu einer Fragmentierung der Aufmerksamkeit führen, was sich negativ auf schulische Leistungen und soziale Interaktionen auswirkt. Wilmer, Sherman und Chein (2017) zeigen, dass bereits die bloße Anwesenheit eines Smartphones ausreicht, um kognitive Leistungen zu beeinträchtigen, da es als ablenkender Faktor wirkt und die Fähigkeit zur fokussierten Informationsverarbeitung reduziert. Besonders bei anspruchsvollen Aufgaben kann diese Form der Ablenkung dazu führen, dass Schülerinnen und Schüler Schwierigkeiten haben, sich über längere Zeiträume hinweg zu konzentrieren (Wilmer, Sherman und Chein, 2017). Zusätzlich weisen neuere Untersuchungen darauf hin, dass eine exzessive Smartphone-Nutzung nicht nur die Aufmerksamkeitsspanne verkürzt, sondern auch mit einer verminderten körperlichen Aktivität einhergeht. Al-Amri (2023) fand heraus, dass bei Jugendlichen mit einer starken Abhängigkeit von digitalen Medien neben kognitiven Einschränkungen insbesondere eine reduzierte Teilnahme an körperlicher Bewegung festzustellen ist. Dies kann sich wiederum negativ auf die allgemeine geistige und körperliche Gesundheit auswirken und langfristig die psychosoziale Entwicklung beeinträchtigen (Al-Amri, 2023). Forschungen zeigen zudem, dass übermäßige Bildschirmzeit mit einer erhöhten Depressionsrate korreliert und das Wohlbefinden negativ beeinflussen kann (Keles, McCrae und Grealish, 2020).

Trotz der negativen Auswirkungen gibt es auch Hinweise darauf, dass soziale Medien eine unterstützende Funktion haben können. Insbesondere für Jugendliche mit sozialen Ängsten oder psychischen Belastungen bieten digitale Plattformen eine Möglichkeit, sich mit Gleichgesinnten auszutauschen, emotionale Unterstützung zu erhalten und Informationen über psychische Gesundheit zu finden (Naslund et al., 2020). Auch Online-Therapieangebote und digitale Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit gewinnen zunehmend an Bedeutung und zeigen vielversprechende Ergebnisse in der Unterstützung von Jugendlichen mit Angst- und Depressionssymptomen (Ebert et al., 2015).

Insgesamt zeigt sich, dass soziale Medien sowohl positive als auch negative Effekte auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen haben können. Der Einfluss hängt stark von der Art und Dauer der Nutzung, den konsumierten Inhalten sowie individuellen Vulnerabilitätsfaktoren ab.

2.3.5 Geschlechterrollen

Die gesellschaftlichen Erwartungen an Geschlechterrollen haben einen bedeutenden Einfluss auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Bereits in jungen Jahren werden Mädchen und Jungen mit normativen Vorstellungen konfrontiert, die beeinflussen, wie sie Emotionen ausdrücken, Herausforderungen bewältigen und mit Stress umgehen. Diese sozialen Konstruktionen prägen nicht nur ihr Verhalten, sondern auch die Wahrnehmung und Behandlung psychischer Belastungen (Eagly et al., 1987). Während Jungen dazu angehalten werden, Stärke und Unabhängigkeit zu zeigen, wird von Mädchen oft erwartet, dass sie fürsorglich, angepasst und emotional sensibel sind. Diese traditionellen Geschlechterrollen können erhebliche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben und zu einer ungleichen Verteilung psychischer Belastungen führen (Hyde et al., 2019).

Diese Differenz ist nicht nur biologisch bedingt, sondern wird durch soziale Erwartungen verstärkt, die bestimmen, welche Verhaltensweisen als akzeptabel gelten. Jungen, die emotionale Verletzlichkeit zeigen, können aufgrund traditioneller Männlichkeitsnormen negative soziale Reaktionen erfahren, während bei Mädchen eine größere gesellschaftliche Akzeptanz für das Zeigen von Emotionen besteht. Diese Unterschiede spiegeln sich auch in der Prävalenz psychischer Erkrankungen wider.

Studien zeigen, dass Mädchen häufiger unter Angst und Depressionen leiden als Jungen. Während Jungen seltener betroffen sind, zeigen sie andere Verhaltensweisen, die mit emotionalem Stress zusammenhängen können (Kovacs, Obrosky und Sherrill, 2003). Dies lässt sich unter anderem auf die unterschiedliche Sozialisation und gesellschaftliche Erwartungen an geschlechtsspezifisches Verhalten zurückführen (Chaplin und Aldao, 2013; Salk, Hyde und Abramson, 2017).

Zudem beeinflussen Mehrfachbelastungen wie sozioökonomische Benachteiligung, familiäre Instabilität oder schulischer Leistungsdruck Mädchen oft auf eine andere Weise als Jungen. Eine Studie zeigt, dass Mädchen aus sozial benachteiligten Familien häufiger unter emotionalen Belastungen leiden als Jungen (Fendt et al., 2023).

Besonders schulischer Leistungsdruck wirkt sich stärker auf das psychische Wohlbefinden von Mädchen aus, während Jungen in vergleichbaren Situationen häufiger externalisierende Verhaltensweisen wie Aggression oder Regelverstöße zeigen (WHO, 2024).

Ein weiteres Problem ist die unterschiedliche Behandlung von Jungen und Mädchen in Bezug auf psychische Gesundheit. Studien zeigen, dass psychische Probleme bei Jungen oft übersehen oder erst in späteren Stadien diagnostiziert werden, da emotionale Probleme bei ihnen seltener als behandlungsbedürftig wahrgenommen werden (Gulliver, Griffiths und Christensen, 2010). Mädchen hingegen erhalten häufiger psychologische Unterstützung, was jedoch auch dazu führen kann, dass sie schneller pathologisiert werden, selbst wenn ihre Symptome noch im normalen Bereich liegen (Nolen-Hoeksema, 2012).

Die mediale Darstellung von Geschlechterrollen verstärkt diese Dynamiken zusätzlich. Während Mädchen in den sozialen Medien oft mit unrealistischen Schönheitsidealen konfrontiert werden, die ihr Selbstwertgefühl und ihre Körperwahrnehmung negativ beeinflussen können, erleben Jungen verstärkt Druck, ein Idealbild von Stärke und Unabhängigkeit zu verkörpern (Fardouly et al., 2015). Traditionelle Geschlechterrollen beeinflussen zudem, wie Mädchen und Jungen mit psychischen Belastungen umgehen. Forschungen zeigen, dass der gesellschaftliche Druck, hohen Erwartungen zu entsprechen, insbesondere bei Mädchen mit Perfektionismus und Selbstzweifeln verbunden ist (Curran und Hill, 2019).

Jungen hingegen fällt es aufgrund geschlechtsspezifischer Normen oft schwerer, emotionale Probleme offen anzusprechen und professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen (Yousaf, Popat und Hunter, 2015), da Schwäche oft als untypisch für Männlichkeit betrachtet wird (Oberberg Kliniken, n.d.).

Darüber hinaus beeinflussen Geschlechterrollen auch die sozialen Erwartungen an Beziehungen und soziale Unterstützung. Während Mädchen tendenziell enge emotionale Bindungen pflegen und Unterstützung in Freundschaften suchen, stehen Jungen häufiger unter dem Druck, Eigenständigkeit und emotionale Distanz zu bewahren (Rose und Rudolph, 2006). Dies kann dazu führen, dass Jungen weniger soziale Unterstützung erfahren, obwohl sie möglicherweise genauso stark unter psychischen Belastungen leiden.

Geschlechterrollen sind tief in gesellschaftlichen Strukturen verankert und haben einen erheblichen Einfluss auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Während sie positive Orientierungspunkte bieten können, tragen sie oft auch dazu bei, psychische Belastungen zu verstärken oder deren Wahrnehmung und Behandlung zu beeinflussen. Eine kritische Reflexion dieser Rollenbilder sowie gezielte Maßnahmen zur Förderung eines flexibleren und offeneren Umgangs mit Emotionen sind daher essenziell, um die psychische Gesundheit von Jungen und Mädchen gleichermaßen zu schützen und zu stärken. Die Unterschiede verdeutlichen, dass Einflussfaktoren nicht isoliert betrachtet werden können, sondern im Kontext der Geschlechterrollen und individuellen Lebensrealitäten analysiert werden müssen.

2.3.6 Corona-Pandemie

Mit dem Beginn der Covid-19-Pandemie wurden ab Mitte März 2020 innerhalb von kürzester Zeit weitreichende Eindämmungsmaßnahmen eingeführt. Neben Kontaktbeschränkungen, Absagen von Veranstaltungen und Quarantäne kam es zeitweise auch zu Schul- und Kitaschließungen. Kinder und Jugendliche waren aufgrund ihrer entwicklungsbedingten Vulnerabilität von vielen Maßnahmen besonders betroffen. Die Schließungen führten zu Einschränkungen im Bildungsprozess, Verlust der Tagesstruktur und eingeschränkten Bewegungsmöglichkeiten. Zudem waren Freizeitaktivitäten sowie der familiäre und soziale Kontakt stark eingeschränkt.

Beengte Wohnverhältnisse während der Eindämmungsmaßnahmen und/oder finanzielle Einbußen infolge der Pandemie führten zu einem erhöhten Risiko für familiäre Spannungen sowie auch für häusliche Gewalt und Kindesmisshandlungen. Besonders betroffen von der Situation schienen Kinder und Jugendliche aus sozioökonomisch benachteiligten Familien, Familien mit Migrationshintergrund sowie Kinder mit vorbestehenden psychischen Störungen. Die meisten bis zur zweiten Pandemiewelle durchgeführten Studien weisen auf eine deutliche Verschlechterung von Wohlbefinden und psychischer Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen hin. Darüber hinaus wird sichtbar, dass ihr seelisches Befinden im Verlauf der Pandemie schwankt, was verdeutlicht, wie sensibel sie auf die zum Teil gravierenden Veränderungen in ihrem Lebensumfeld reagieren. Eine akute Stressreaktion in einer außergewöhnlichen Krisensituation kann zunächst als angemessen betrachtet werden.

Die damit verbundenen psychischen Belastungen müssen auf symptomatischer Ebene noch keine manifeste psychische Erkrankung darstellen, dennoch steigt damit das Risiko für die Entwicklung einer solchen Störung mit der Dauer von Belastungs- und Überforderungssituationen (Schlack et al., 2023).

Mädchen und junge Frauen waren Studien zufolge in der Pandemie noch stärker belastet als männliche Gleichaltrige. Laut dem deutschen Jugendinstitut litten sie unter Überforderung, Zukunftsängsten und Vereinsamung. Unter den Mädchen zwischen 16 und 19 Jahren zeigten 35 Prozent depressive Symptome, bei den Jungen waren es 15 Prozent. Der Kinder- und Jugendreport der DAK (2022) meldete für die Jahre 2020/21 einen zum Teil massiven Anstieg der Diagnosen Depressionen und Essstörungen. Besonders betroffen waren Mädchen zwischen zehn und 17 Jahren. Dass psychische Belastungen insgesamt weiter zunehmen, kann demzufolge auch eine Langzeitfolge der Pandemie sein (Anbuhl et al., 2023)

2.3.7 Migration und Flucht

Die Auswirkungen von Migration und Flucht auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind enorm. Migration kann per se als Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Erkrankungen betrachtet werden. Migration bezeichnet eine längerfristige Verschiebung des primären Aufenthaltsortes einer Person oder Gruppe.

Flucht bezeichnet hingegen die alternativlose Notwendigkeit zur Abwanderung aus der Heimat zum Beispiel aufgrund von politischen, rassistischen oder Religiösen Hintergründen (BMZ, 2023). Bezogen auf die psychische Gesundheit tritt ein Kontrast zwischen geflüchteten Personen und Menschen mit anderen Migrationserfahrungen auf. Geflüchtete Kinder und Jugendliche stellen eine besonders vulnerable Gruppe dar. Den Stressoren aus der Vergangenheit sind sie im Zielland weiterhin ausgesetzt. Dies können Traumatisierungen im Herkunftsland, belastende Ereignisse während der Flucht und nach dem Ankommen im neuen Land im Sinne von Akkulturationsstress sein. Unbegleitete minderjährige Geflüchtete gelten als besonders vulnerabel, da ihnen familiäre Netzwerke zur Stabilisierung fehlen. Kinder und Jugendliche mit Migrations- und Fluchterfahrungen stehen häufig im Spannungsfeld zwischen Akkulturation, Integration, sich verändernden familiären Dynamiken, rechtlichen und finanziellen Bedrohungen sowie struktureller Benachteiligung im Bildungs- und Gesundheitssektor.

Viele betroffene Kinder und Jugendliche weisen ein hohes Maß an Resilienz und Ressourcen auf, dennoch tragen die Umstände zu einem erhöhten Risiko für die Entwicklung psychischer Symptome bei.

Unter Gemeinschaften von Menschen mit Fluchterfahrungen konnte ein erhöhtes Risiko für posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen und Angststörungen festgestellt werden. Die psychischen oder somatischen Symptome können sich aufgrund des latenten Unsicherheitsgefühls und der Nichtverfügbarkeit der eigenen Community manifestieren. Um die Belastung von Minderjährigen zu beurteilen, müssen die Belastungen im familiären Kontext mitgedacht werden. Neben der allgemeinen Unsicherheit in den betroffenen Familien ergibt sich häufig die Gefahr einer Parentifizierung – besonders dann, wenn Kinder durch den schnellen Erwerb sprachlicher Kompetenzen zum „Sprachrohr“ der Eltern werden. Zudem belasten auch heute noch Fremdenfeindlichkeit, Rassismus und Diskriminierung, diese richten sich auf globaler Ebene in besonderer Weise gegen Muslime. Ein Einwandererfeindlicher Ethos mit einer negativen Überwahrnehmbarkeit in der Öffentlichkeit und täglichen Erfahrungen des „sozialen Spiegels“ schaffen ein nachteiliges Umfeld für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Die von den Betroffenen Kindern und Jugendlichen wahrgenommene Diskriminierung steht im Zusammenhang mit negativen psychischen und physischen Auswirkungen sowie schlechteren schulischen Leistungen.

Bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in zweiter Generation besteht im Vergleich zu nicht migrierten Kindern ebenfalls ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung psychischer Erkrankungen. Dort zeigen sich ebenfalls erhöhte Raten an depressiven Erkrankungen, Angststörungen wie zum Beispiel Phobien, somatoforme Störungen und PTBS. Zudem zeigen sich erhöhte Risiken in Bezug auf selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität.

Im Sinne einer Behandlung ist die Belastung der erwachsenen Bezugspersonen der Kinder und Jugendlichen zu berücksichtigen. Zudem sollten im therapeutischen Sinne die Möglichkeit multilingualer Diagnostikinstrumente genutzt werden, um die Sprachbarriere zu überwinden (Fragner, Schiffler und Plener, 2023).

2.3.8 Wechselwirkungen zwischen individuellen und gesellschaftlichen Faktoren

Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird nicht nur durch individuelle Erfahrungen, sondern auch durch gesellschaftliche Strukturen geformt. Patel et al. (2007) betonen, dass soziale Ungleichheiten, Bildungschancen und politische Rahmenbedingungen maßgeblich beeinflussen, in welchem Maß Kinder und Jugendliche Schutz- oder Risikofaktoren ausgesetzt sind. Besonders Kinder aus sozial benachteiligten Familien haben ein erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten, da sie häufig schlechteren Zugang zu Gesundheitsversorgung, Bildung und sozialer Unterstützung haben (Patel et al., 2007). Ähnliche Ergebnisse zeigt eine Studie von Fendt et al. (2023), die belegt, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigerem sozioökonomischem Status signifikant häufiger von psychischen Belastungen betroffen sind als Gleichaltrige aus privilegierten Verhältnissen. Die Autoren heben hervor, dass frühkindliche Umweltbedingungen und wirtschaftliche Unsicherheiten langfristige Auswirkungen auf die psychische Stabilität haben (Fendt et al., 2023). Auch die Schule als Lebenswelt spielt eine entscheidende Rolle für das psychische Wohlbefinden. Wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2024) darlegt, kann schulischer Leistungsdruck besonders bei Mädchen zu erhöhtem Stress und emotionaler Belastung führen, während Jungen in ähnlichen Situationen häufiger externalisierendes Verhalten zeigen. Diese Erkenntnisse verdeutlichen, dass psychische Gesundheit nicht isoliert betrachtet werden kann, sondern in einem komplexen Zusammenspiel biologischer, sozialer und struktureller Faktoren steht (WHO, 2024).

Ein Kind, das in einem stabilen familiären Umfeld mit ausreichend Ressourcen aufwächst, hat in der Regel bessere Voraussetzungen für eine gesunde psychische Entwicklung als ein Kind, das Armut, familiären Konflikten oder sozialer Ausgrenzung ausgesetzt ist (Reiss, 2013). Diese Erkenntnisse unterstreichen, dass sowohl individuelle als auch strukturelle Faktoren in die Analyse der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen einbezogen werden müssen. Ein zentrales Thema in der Forschung zur psychischen Gesundheit ist daher die Frage, wie strukturelle Bedingungen verbessert werden können, um Kinder und Jugendliche in ihrer Resilienz und mentalen Widerstandsfähigkeit zu stärken. Programme zur Förderung von psychischer Gesundheit müssen dabei nicht nur individuell ansetzen, sondern auch strukturelle Veränderungen berücksichtigen, etwa durch Reformen im Bildungssystem, bessere soziale Unterstützung für Familien oder die Regulierung digitaler Medien (Weare und Nind, 2011).

2.4 Einführung in die Prävention

Die Begriffsdefinition der Prävention ist grundlegend für das Verständnis und die Entwicklung wirksamer Maßnahmen und wird daher im Folgenden erläutert.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Prävention als einen proaktiven Ansatz zur Förderung von Gesundheit, der sich auf die Vermeidung von Krankheiten konzentriert und Maßnahmen beinhaltet, die bereits vor dem Auftreten von Symptomen ansetzen (WHO, 2022). Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bezeichnet als (Krankheits-)Prävention alle Maßnahmen, die auf Vermeidung oder Verringerung beziehungsweise zeitlicher Verschiebung von Gesundheitsstörungen abzielen. Dabei ist die Voraussetzung die gesicherte Kenntnis über pathogene Mechanismen (alle biologischen, chemischen, genetischen oder psychologischen Vorgänge) der Entstehung von Risikofaktoren sowie Verstärkern der Krankheiten (Franzkowiak, 2022).

Damit Prävention erfolgsversprechend sein kann, ist ein fundiertes Vorwissen notwendig. Ursachen, Risiken und Rahmenbedingungen von Erkrankungen sollen verhindert oder verzögert werden, und müssen daher identifiziert werden. Drohende Ereignisse und Entwicklungen und sie bedingende Faktoren liefern den Ansatzpunkt für Gegenstrategien. Die Maßnahmen können individuell, kollektiv und in Populationen umgesetzt werden. Ansatzpunkt ist eine medizinisch oder psychiatrisch diagnostizierbare Gesundheitsstörung, also eine bestehende Erkrankung und deren Vorstufen. Häufig richten sich Angebote vor allem an Risikogruppen, bei denen entsprechende Erkrankungen entweder absehbar sind, sich bereits ankündigen oder im Frühstadium erkennbar geworden sind (Franzkowiak, 2022).

Generell wird zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden. Die Primärprävention hat das Ziel, Erkrankungen durch allgemeine gesundheitsfördernde Maßnahmen zu verhindern. Die Sekundärprävention zielt darauf ab, frühzeitige Symptome zu erkennen und gezielt zu behandeln, während die Tertiärprävention darauf abzielt, bestehende psychische Erkrankungen zu bewältigen und deren Folgen zu minimieren (Mrazek und Haggerty, 1994).

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Präventionsforschung ist die Evidenzbasierung von Maßnahmen. Präventive Interventionen sollten auf wissenschaftlicher Grundlage entwickelt und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft werden. Metaanalysen zeigen, dass evidenzbasierte Präventionsprogramme langfristig effektiv sind und das Risiko psychischer Erkrankungen signifikant reduzieren können (Durlak et al., 2011). Besondere Bedeutung kommt hierbei interdisziplinären Ansätzen zu, die medizinische, psychologische und pädagogische Perspektiven miteinander verbinden (Weare und Nind, 2011). Das folgende Kapitel beleuchtet die zentralen Prinzipien der Gesundheitsförderung und Prävention und zeigt bestehende Präventionsmaßnahmen auf.

2.4.1 Grundsätze der Gesundheitsförderung und Prävention

Die Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich mentale Gesundheit basiert auf einer Vielzahl wissenschaftlich fundierter Prinzipien, die darauf abzielen, psychische Belastungen zu reduzieren und resilienzfördernde Faktoren zu stärken. Dabei spielt ein ganzheitlicher Ansatz eine zentrale Rolle, der sowohl individuelle als auch soziale und strukturelle Faktoren berücksichtigt (Barry et al., 2013).

Die Gesundheitsförderung ist ein zentrales Konzept, welches sich von der klassischen Prävention unterscheidet. Während Prävention darauf abzielt, spezifische Erkrankungen zu verhindern, konzentriert sich die Gesundheitsförderung gezielt darauf, allgemeine Ressourcen und Resilienz zu stärken. Die Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen, die Stärkung der Stressbewältigung sowie der Aufbau von Selbstwirksamkeit sind zentrale Bestandteile effektiver Gesundheitsförderung (Antonovsky, 1996).

Ein grundlegendes Konzept der Gesundheitsförderung ist das Salutogenese-Modell, welches von Antonovsky (1996) entwickelt wurde. Es unterscheidet sich von krankheitszentrierten Ansätzen, indem es sich auf die Frage konzentriert, welche Faktoren Gesundheit erhalten und fördern. Im Mittelpunkt steht das Konzept des 'Sense of Coherence' (Kohärenzgefühl), das Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit umfasst. Je stärker das Kohärenzgefühl einer Person ist, desto besser kann sie mit Stress und psychischen Herausforderungen umgehen (Antonovsky, 1996; Bennett et al., 2016). Dieses Modell ist besonders relevant für die Entwicklung von Präventionsprogrammen, da es betont, dass psychische Gesundheit aktiv gestärkt werden kann (Lindström und Eriksson, 2010).

Ein weiteres wichtiges Prinzip ist das biopsychosoziale Modell der Gesundheit (Engel, 1977). Dieses Modell betrachtet psychische Gesundheit nicht isoliert, sondern als Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren. Präventionsmaßnahmen sollten daher nicht nur auf individueller Ebene ansetzen, sondern auch soziale und gesellschaftliche Bedingungen einbeziehen. (Durlak et al., 2011).

Ein zentraler Rahmen für die Gesundheitsförderung wurde mit der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1986) geschaffen. Diese definiert fünf grundlegende Handlungsfelder:

- Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten – Dazu gehören Schulen, Familien und Gemeinschaften, die psychische Stabilität und soziale Unterstützung bieten.
- Stärkung individueller Ressourcen – Förderung von Stressbewältigung, emotionaler Regulation und sozialer Kompetenz, um psychische Belastungen besser zu bewältigen.
- Förderung von Partizipation und Selbstbestimmung – Kinder und Jugendliche sollten aktiv in gesundheitsfördernde Maßnahmen eingebunden werden.
- Anpassung gesundheitsförderlicher Maßnahmen an spezifische Zielgruppen – Sozioökonomische, kulturelle und geschlechtsspezifische Unterschiede sollten berücksichtigt werden.
- Verknüpfung mit politischen Maßnahmen – Psychische Gesundheitsförderung sollte auf politischer Ebene durch Programme und rechtliche Rahmenbedingungen unterstützt werden (WHO, 1986).

Neben diesen Modellen haben sich bestimmte methodische Ansätze als besonders wirksam erwiesen. Ein Beispiel ist das Konzept der positiven Psychologie, das nicht nur Risikofaktoren minimiert, sondern gezielt Wohlbefinden und psychische Stärke fördert. Positive Interventionen, die sich auf Dankbarkeit, Achtsamkeit oder soziale Unterstützung konzentrieren, haben sich in der Forschung als effektive Präventionsmaßnahmen erwiesen (Seligman und Csikszentmihalyi, 2000).

In der praktischen Umsetzung bedeutet dies, dass Präventionsprogramme nicht nur auf Risikofaktoren abzielen sollten, sondern auch gezielt positive Schutzfaktoren fördern.

Dies kann durch Programme zur Stärkung von Selbstwirksamkeit, Resilienz und sozialem Zusammenhalt erreicht werden. Studien zeigen, dass Interventionen, die mehrere dieser Prinzipien integrieren, die besten Ergebnisse in der Förderung der psychischen Gesundheit erzielen (Weare und Nind, 2011).

Prävention und Gesundheitsförderung sind eng miteinander verbunden, da präventive Maßnahmen oft gesundheitsfördernde Elemente enthalten. Beispielsweise sind Programme zur Stärkung sozial-emotionaler Kompetenzen nicht nur präventiv gegen psychische Erkrankungen, sondern fördern gleichzeitig ein positives Selbstbild und soziale Integration (Patel et al., 2007). In diesem Sinne kann Prävention als Teilbereich der Gesundheitsförderung betrachtet werden, der gezielt auf die Reduzierung von Krankheitsrisiken abzielt (Barry et al., 2013).

Daraus ergibt sich, dass erfolgreiche Präventionsmaßnahmen nicht isoliert, sondern im Zusammenspiel verschiedener Faktoren betrachtet werden sollten. Die Gesundheitsförderung sollte sich nicht nur auf die Vermeidung psychischer Erkrankungen konzentrieren, sondern auch aktiv die psychische Widerstandskraft stärken und soziale Unterstützungssysteme ausbauen.

Dies erfordert einen interdisziplinären Ansatz, der medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Perspektiven miteinander verbindet.

2.4.2 Präventionsmaßnahmen für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Prävention psychischer Erkrankungen umfasst Strategien und Interventionen, die darauf abzielen, das Auftreten, die Schwere oder die Chronifizierung psychischer Störungen zu verhindern. Dabei geht es nicht nur um die Vermeidung von Erkrankungen, sondern auch um die Förderung psychischer Gesundheit, indem Schutzfaktoren gestärkt und Risikofaktoren minimiert werden (Barry et al., 2013).

Die Prävention psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen ist von entscheidender Bedeutung, da psychische Störungen oft bereits in jungen Jahren auftreten und unbehandelt langfristige Auswirkungen auf das soziale, schulische und berufliche Leben haben können (Patel et al., 2007). Die frühzeitige Intervention ist von Bedeutung, da sich psychische Erkrankungen ohne gezielte Maßnahmen verfestigen können (Kessler et al., 2005).

Präventive Maßnahmen zielen darauf ab, psychische Gesundheit zu fördern, Risikofaktoren zu minimieren und Schutzfaktoren zu stärken, um langfristig die Widerstandskraft junger Menschen zu erhöhen (Barry et al., 2013).

Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche lassen sich in verschiedene Ebenen einteilen, die sowohl individuelle als auch strukturelle Aspekte berücksichtigen. Auf individueller Ebene beinhalten sie Maßnahmen zur Förderung emotionaler Kompetenzen, Stressbewältigung und sozialer Unterstützung (Weare und Nind, 2011). Auf struktureller Ebene spielen familienbezogene, schulische und gesellschaftliche Interventionen eine Rolle, um ein förderliches Umfeld für die psychische Gesundheit zu schaffen.

Ein zentrales Ziel präventiver Maßnahmen ist die Stärkung von Resilienz, also der psychischen Widerstandsfähigkeit gegenüber Stress und Belastungen. Resilienzförderung kann dazu beitragen, dass Kinder und Jugendliche schwierige Lebenssituationen besser bewältigen und langfristig weniger anfällig für psychische Erkrankungen sind (Masten, 2014). Hierbei haben sowohl individuelle Schutzfaktoren wie Selbstwirksamkeit und Problemlösungskompetenzen als auch externe Unterstützungssysteme wie stabile familiäre Strukturen und soziale Netzwerke eine große Bedeutung (Luthar et al., 2015).

Masten hebt hervor, dass resiliente Kinder über ausgeprägte soziale Fähigkeiten und eine hohe Anpassungsfähigkeit verfügen, die es ihnen ermöglichen, Herausforderungen erfolgreich zu bewältigen (Masten, 2014). Weichold (2024) betont in diesem Zusammenhang die Bedeutung von Lebenskompetenzen als essenzielle Fähigkeiten, die gezielt gefördert werden sollten, um die psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen zu stärken (Weichold, 2024).

Ein besonderer Fokus präventiver Maßnahmen kann auf geschlechtsspezifischen Unterschieden in der psychischen Gesundheit liegen (Salk et al., 2017; siehe Kapitel 2.2.3). Daher sollten Präventionsprogramme geschlechtsspezifische Bedürfnisse berücksichtigen und gezielt auf die unterschiedlichen psychischen Belastungen und Bewältigungsstrategien eingehen (Nolen-Hoeksema, 2012).

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Rolle von Schule und Bildungseinrichtungen in der Prävention psychischer Erkrankungen.

Schulen sind nicht nur Orte des Lernens, sondern auch zentrale soziale Räume, in denen sich psychische Probleme frühzeitig bemerkbar machen. Schulbasierte Präventionsprogramme, die soziale und emotionale Kompetenzen stärken und gezielte Unterstützungsangebote bereitstellen, haben sich als besonders wirksam erwiesen (Durlak et al., 2011). Auch Anders et al. (2022) unterstreichen in ihrem Gutachten, dass Bildungsmaßnahmen eine Schlüsselrolle bei der Entwicklung dieser Kompetenzen spielen, indem sie die individuellen Ressourcen der Heranwachsenden stärken und präventiv wirken (Anders et al., 2022). Gleichzeitig ist es wichtig, Lehrkräfte für das Thema psychische Gesundheit zu sensibilisieren, damit sie frühzeitig Anzeichen psychischer Belastungen erkennen und angemessen darauf reagieren können (Weare und Nind, 2011).

Auch digitale Präventionsansätze gewinnen zunehmend an Bedeutung. Internetgestützte Programme und Apps zur psychischen Gesundheitsförderung können Jugendlichen helfen, mit Stress umzugehen, psychische Belastungen zu erkennen und niedrigschwellige Unterstützung in Anspruch zu nehmen (Ebert et al., 2015). Solche digitalen Angebote sind besonders für Jugendliche attraktiv, da sie flexibel genutzt werden können und eine gewisse Anonymität bieten, wodurch Hemmschwellen für die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten gesenkt werden (Naslund et al., 2020).

2.4.3 Stand der Forschung

Die Forschung zur Prävention psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen hat in den letzten Jahrzehnten erhebliche Fortschritte gemacht. Zahlreiche Studien belegen, dass präventive Maßnahmen langfristig positive Effekte auf die psychische Gesundheit haben können, insbesondere wenn sie frühzeitig implementiert und kontinuierlich begleitet werden (Patel et al., 2007). Dabei hat sich gezeigt, dass Programme, die soziale, emotionale und kognitive Kompetenzen stärken, besonders wirksam sind, um psychische Störungen zu verhindern oder abzumildern (Durlak et al., 2011).

Ein zentrales Thema der Präventionsforschung ist die Unterscheidung zwischen universellen, selektiven und indizierten Präventionsansätzen.

Universelle Prävention richtet sich an alle Kinder und Jugendlichen, unabhängig von ihrem individuellen Risiko, während selektive Prävention speziell für Risikogruppen entwickelt wird, die aufgrund bestimmter Merkmale, wie zum Beispiel sozioökonomischer Benachteiligung oder familiärer Belastungen, ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen haben (Weare und Nind, 2011). Indizierte Prävention hingegen zielt auf Kinder und Jugendliche ab, die bereits erste Anzeichen psychischer Belastungen zeigen, aber noch keine manifeste psychische Erkrankung entwickelt haben. Diese Maßnahmen richten sich gezielt an Personen mit einem erhöhten Risiko, um die Entstehung psychischer Störungen frühzeitig zu verhindern. Durch gezielte Interventionen können betroffene Kinder und Jugendliche stabilisiert und die Progression zu einer voll ausgeprägten Erkrankung vermieden werden (Muñoz, Mrazek und Haggerty, 1996).

Trotz dieser Fortschritte gibt es weiterhin Herausforderungen in der Forschung zur Prävention psychischer Erkrankungen. Ein häufig genanntes Problem ist die langfristige Nachhaltigkeit der Programme.

Viele Interventionen zeigen kurzfristige Erfolge, jedoch fehlen oft Langzeitstudien, die die dauerhafte Wirksamkeit der Maßnahmen belegen (Barry et al., 2013). Zudem bestehen weiterhin Zugangsbarrieren zu Präventionsangeboten, insbesondere für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche (Reiss, 2013).

Die kontinuierliche Evaluation der Programme sowie die Anpassung an spezifische Zielgruppen ist eine zentrale Herausforderung für die zukünftige Präventionsforschung.

2.4.4 Bestehende Präventionsmaßnahmen

Präventive Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen existieren auf verschiedenen Ebenen und umfassen eine Vielzahl von Programmen, die sowohl im schulischen, familiären als auch im gesellschaftlichen Kontext implementiert werden. Dabei unterscheiden sich die Maßnahmen hinsichtlich ihrer Zielgruppen, Methoden und Wirksamkeit. Evidenzbasierte Programme zeigen, dass eine frühzeitige Prävention langfristig die psychische Widerstandsfähigkeit stärkt und das Risiko für psychische Erkrankungen reduziert (Barry et al., 2013).

Ein zentrales Element bestehender Präventionsmaßnahmen ist die schulbasierte Prävention, da Schulen eine zentrale Rolle in der psychosozialen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen spielen. Programme zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen wie das Social and Emotional Learning (SEL)-Programm haben sich als besonders wirksam erwiesen. Die umfassende Untersuchung von Durlak et al. (2011), die 213 Studien mit insgesamt 270.034 Teilnehmenden analysierte, zeigte, dass Kinder und Jugendliche, die an SEL-Programmen teilnahmen, signifikante Verbesserungen in ihren sozialen und emotionalen Kompetenzen erzielten. Zudem wiesen sie geringere emotionale Probleme auf, geringerer Depressionsraten und erreichten höhere schulische Leistungen, mit einem durchschnittlichen Leistungsanstieg von 11 Perzentilpunkten. Diese Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung der frühzeitigen Integration von SEL-Programmen in das schulische Umfeld, um sowohl die psychische Widerstandsfähigkeit als auch den akademischen Erfolg nachhaltig zu fördern (Durlak et al. 2011). Auch achtsamkeitsbasierte Interventionen, die auf die Reduktion von Stress und Angstzuständen abzielen, haben sich als wirksam erwiesen (Zenner et al., 2014). Zudem gibt es schulische Stressbewältigungsprogramme, die Strategien zur Emotionsregulation und Resilienz vermitteln (Weare und Nind, 2011).

Neben schulischen Ansätzen existieren auch familienbasierte Präventionsprogramme, die darauf abzielen, die Eltern-Kind-Beziehung zu stärken und das Erziehungsverhalten zu verbessern. Zahlreiche Studien belegen, dass Programme, die die elterliche Erziehungskompetenz stärken und eine positive Eltern-Kind-Interaktion fördern, langfristig das Risiko für psychische Störungen bei Kindern reduzieren (Herr et al., 2014). Besonders wirksam sind evidenzbasierte Elterntrainings, die praxisnahe Übungen beinhalten und darauf abzielen, die elterliche Sensitivität zu verbessern sowie positive Erziehungspraktiken zu fördern (Hahlweg und Bodenmann, 2023). Ein Beispiel für ein solches evidenzbasiertes Programm ist das Triple P – Positive Parenting Program, das nachweislich zu einer signifikanten Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beiträgt. Neben dem positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit der Kinder, steigern diese Programme auch das elterliche Wohlbefinden (Sanders et al., 2014). Durch die Förderung einer positiven Eltern-Kind-Interaktion und die Reduzierung von elterlichem Stress können diese Maßnahmen dazu beitragen, die Entstehung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen zu verhindern.

Ein weiterer wachsender Bereich ist die digitale Prävention. Internetbasierte Programme und Apps zur Förderung psychischer Gesundheit bieten Jugendlichen eine niedrigschwellige Möglichkeit, sich über psychische Gesundheit zu informieren und Unterstützungsangebote wahrzunehmen. Internetgestützte Interventionen, darunter Online-Kurse zur Stressbewältigung und Apps zur Förderung psychischer Gesundheit, haben sich in ersten Studien als vielversprechend erwiesen (Ebert et al., 2015).

Besonders Internet-gestützte kognitive Verhaltenstherapie (iCBT) hat sich als wirksames Instrument zur Prävention von Angst- und Depressionssymptomen erwiesen (Ebert et al., 2015). Solche digitalen Angebote sind besonders attraktiv für Jugendliche, da sie flexibel nutzbar sind und eine gewisse Anonymität bieten, wodurch Hemmschwellen zur Inanspruchnahme von Hilfsangeboten gesenkt werden. (Baumeister et al., 2014). Jugendliche, die Hemmungen haben, traditionelle Therapieangebote in Anspruch zu nehmen, profitieren von diesen niedrigschwelligen digitalen Präventionsangeboten (Naslund et al., 2020).

Neben schulischen, familiären und digitalen Präventionsmaßnahmen gibt es auch gemeindebasierte und staatliche Präventionsprogramme, die gezielt Risikogruppen ansprechen. Dazu gehören Maßnahmen zur Förderung psychischer Gesundheit in sozial benachteiligten Stadtteilen, Aufklärungskampagnen zur Reduzierung von Stigmatisierung psychischer Erkrankungen sowie niedrigschwellige Beratungsangebote für Kinder und Jugendliche in Jugendzentren oder durch soziale Dienste (Patel et al., 2007). Diese Programme verfolgen häufig einen interdisziplinären Ansatz, bei dem Schulen, Gesundheitsbehörden, soziale Einrichtungen und die Politik zusammenarbeiten, um ein breites Unterstützungsnetzwerk zu schaffen.

Trotz der Vielzahl bestehender Präventionsmaßnahmen bestehen weiterhin Herausforderungen. Dazu gehören die nachhaltige Implementierung der Programme, die Sicherstellung des Zugangs für alle Kinder und Jugendlichen sowie die kontinuierliche Evaluation der Wirksamkeit. Während viele Programme kurzfristige positive Effekte zeigen, fehlen Langzeitstudien, die den langfristigen Nutzen umfassend belegen (Barry et al., 2013).

Zudem ist der Zugang zu Präventionsangeboten oft ungleich verteilt, wobei insbesondere Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Familien häufig weniger Zugang zu psychischen Unterstützungsmaßnahmen haben (Reiss, 2013).

Schulische, familiäre, digitale und gemeindebasierte Programme haben sich als effektiv erwiesen, um psychische Erkrankungen vorzubeugen und resilienzfördernde Faktoren zu stärken. Dennoch sind weitere Forschungen und politische Maßnahmen erforderlich, um den Zugang zu diesen Programmen für alle Kinder und Jugendlichen zu gewährleisten und ihre langfristige Wirksamkeit sicherzustellen.

3 Methodisches Vorgehen

Im folgenden Kapitel werden die in dieser Arbeit angewandten Methoden vorgestellt. Zunächst wird das leitfadengestützte Experteninterview erläutert, welches dazu dient, fundierte Einblicke und Fachwissen von Expertinnen und Experten zu gewinnen. Anschließend folgt die Beschreibung der Qualitativen Inhaltsanalyse, mit der die gesammelten Interviewdaten systematisch ausgewertet werden. Zuletzt wird die SWOT-Analyse vorgestellt, welche einen strategischen Ausblick gewährt.

3.1 Leitfadengestütztes Experteninterviews

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden systematisierende Experteninterviews unter Verwendung eines Interviewleitfadens durchgeführt (siehe Anhang 1). Experteninterviews kennzeichnen sich durch die spezielle Zielgruppe der Interviewten, sowie das Forschungsinteresse an Expertenwissen als spezifische Art von Wissen (Helfferich, 2022, 877). Das Ziel systematisierender Experteninterviews liegt in der möglichst ganzheitlichen und umfassenden Erfassung von Expertenwissen bezüglich des ausgewählten Forschungsthemas. Der Einsatz eines Interviewleitfadens gewährt die Möglichkeit, Interviews inhaltlich zu strukturieren, ohne deren Flexibilität einzuschränken und ermöglicht ein Mindestmaß an Intersubjektivität und Vergleichbarkeit zwischen den Interviews (Bogner et al, 2024). Sowohl bei der Entwicklung des Interviewleitfadens als auch bei der Auswertung des erhobenen Datenmaterials nehmen die sogenannten *Kategorien* (englisch: Codes) eine zentrale Rolle ein. Daher wird die Kategorienbildung und die darauf aufbauende Gestaltung der Interviewleitfäden im Folgenden detailliert beschrieben. Dabei wird sich inhaltlich am Vorgehen von Kuckartz und Rädiker orientiert (Kuckartz und Rädiker, 2022).

Kategorienbildung

Das Spektrum dessen, was in der Sozialwirtschaft unter einer Kategorie verstanden wird, ist sehr weit, daher wird häufig in verschiedenen Arten von Kategorien unterschieden. Dies fördert die analytische Sensibilität einer qualitativen Inhaltsanalyse. Angesichts dieses vielfältigen Spektrums möglicher Definitionen von Kategorien, differenzieren Kuckartz und Rädiker daher zwischen verschiedenen Kategorisierungsarten. Für das durchgeführte Forschungsvorhaben wurden Thematische Kategorien gebildet. Bei diesen handelt es sich um inhaltliche Kategorien, wobei jede Kategorie ein bestimmtes Thema bezeichnet.

Zur Leitfadenerstellung wurden deduktive, auch als a-priori bezeichnete Kategorien auf Grundlage der gesichteten Literatur gebildet. Deduktive Kategorien spiegeln theoretische Vorannahmen zum Forschungsgegenstand wider und bilden ab, welche Aspekte im Zuge des Interviews beleuchtet werden sollen (Kuckartz und Rädiker, 2022). Für die Bildung deduktiver Kategorien können differente Quellen, beispielsweise Theorien, Modelle oder der Forschungsstand herangezogen werden. Im Rahmen dieser Arbeit erfolgte die Kategorienbildung auf Grundlage der vorgenommenen Analyse hinsichtlich der Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von Kindern- und Jugendlichen in Oberhausen sowie auf den zu berücksichtigenden Bedingungen für Präventionsmaßnahmen. Aus dieser Analyse haben sich alle Kategorien der *Einflussfaktoren* sowie die Kategorien des *Diagnostischen Profils* abgeleitet. Zur Konstruktion des Interviewleitfadens fungierten die gebildeten Themenkategorien als leitende Themenblöcke, innerhalb derer die Fragen formuliert wurden (Vogt und Werner, 2024). Neben den auf Grundlage der Analyse festgelegten Themenblöcken wurden die weiteren Themenblöcke gebildet. Zur Gewinnung neuer Informationen wurden die Kategorien *Angebote*, *Verbesserungspotenziale* der präventiven Versorgungen sowie mögliche *Handlungsfelder und Maßnahmen* gebildet. Konkret bilden die Kategorien den strukturellen Rahmen, während die Fragen innerhalb dieser sich inhaltlich an den Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit junger Menschen (Schwerpunkt Mädchen und junge Frauen) sowie möglicher präventiver Maßnahmen für Mädchen und junge Frauen orientieren. Durch die Leitfragen werden die recherchierten Einflussfaktoren validiert, ein differenziertes Bild der Zielgruppe erstellt und Empfehlungen der Experten generiert, um zielgruppengerechte und nachhaltige Präventionsmaßnahmen ausarbeiten zu können. Das vollständige Kategoriensystem ist im Anhang 2 zu finden.

Leitfadenkonstruktion

Die in Expert:inneninterviews verwendeten Leitfäden dienen der Strukturierung des Themenfeldes der Untersuchung sowie als konkretes Hilfsmittel während der Erhebung und übernehmen eine zentrale Orientierungsfunktion in der Interviewsituation (Bogner et al., 2014). Grundsätzlich existieren zahlreiche Ansätze und Empfehlungen zur Ausgestaltung von Interviewleitfäden hinsichtlich ihrer Strukturiertheit bzw. Offenheit und der Verwendung verschiedener Fragetypen (Goldberg und Hildebrandt 2020; Helfferich, 2022; Kaiser, 2021; Vogt und Werner, 2014; Bogner et al., 2014).

In der Regel besteht ein Leitfaden aus verschiedenen Themenblöcken, innerhalb derer verschiedener Fragen bzw. Erzählaufforderungen formuliert werden (Bogner, 2014). Ein Interviewleitfaden kann sich aus einer Liste vorab definierter und in fester Reihenfolge zustellender Fragen („Frage-Antwort-Schema“), aus mehreren Erzählaufforderungen („Erzählaufforderung-Erzählung-Schema“) oder einer Kombination beider Ansätze zusammensetzen. Je nach Forschungsinteresse und Ziel ist eine unterschiedlich detaillierte Strukturierung des Leitfadens – und damit des Interviewablaufs – möglich. Die durchgeführte Datenerhebung hat zum Ziel, durch die Aussagen von Expert:innen, konkrete Informationen bezüglich der Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendliche in Oberhausen sowie zu möglichen präventiven Maßnahmen zu generieren, weshalb sich für eine starke Systematisierung des Interviewleitfadens anhand eines festgelegten *Frage-Antwort-Schemas* entschieden wurde. Durch die Vorgabe spezifischer Themen mittels Strukturierung wurde sichergestellt, dass alle für die Forschung zentralen Aspekte angesprochen wurden (Helfferich, 2022).

Um die umfassenden Fragen nach Einflussfaktoren und Präventionsmaßnahmen zu erforschen, ist es von entscheidender Bedeutung, verschiedene Perspektiven im Forschungsprozess zu berücksichtigen. Aus diesem Grund wurden in den Forschungsprozess Expert:innen mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen einbezogen. Die Erfassung verschiedener Betrachtungsweisen erfordert die Ausarbeitung akteursspezifischer Interviewleitfäden (Vogt und Werner, 2014). Die Varianz der Interviewleitfäden je nach Akteur:in ist in qualitativen Interviews üblich, denn der Fokus liegt auf der Informationsbeschaffung hinsichtlich der forschungsrelevanten Fragestellungen. Daher können und sollten je nach Gesprächspartner die Fragestellungen variieren (Bogner et al., 2014).

Hierfür wurden im Vorfeld die Expert:innengruppen in *Diagnostische Rollen* (Psychotherapeutinnen) sowie in *Praktische Unterstützungsrollen* (Mitarbeiterinnen von Beratungsstellen & eine Lehrerin) unterteilt, für die zum Teil individuelle Leitfragen erstellt wurden. Die Verteilung sowie Hintergrundinformationen zu den Expertinnen sind anonymisiert in den Fallzusammenfassungen (siehe Anhang 4) zu finden.

Ferner erfordern einige Interviewfragen spezifisches Detailwissen, das bei den Interviewpartner:innen nicht vorausgesetzt werden kann. Zugleich gilt es sicherzustellen, dass die Experteneinschätzungen auf einem möglichst einheitlichen Kenntnisstand beruhen, um die Vergleichbarkeit und Interpretation zu ermöglichen. Daher wurde für jeden Interviewleitfaden eine kurze Definition der Begriffe *psychische Gesundheit* und *Prävention* erarbeitet. Die Einbindung eines solchen *Stimulus* in den Interviewleitfaden stellt ein geläufiges Vorgehen dar (Helfferich, 2022). Bei der Leitfadenkonstruktion wurde eine Interviewdauer von 60 Minuten intendiert, worum es sich - in Anbetracht der begrenzten Zeitressourcen der Expert:innen - um eine empfohlene Interviewdauer handelt (Bogner et al., 2014). Ein wichtiger Schritt im Zuge der Leitfadenentwicklung ist die Durchführung eines *Pretests* (Helfferich, 2022). Dabei handelt es sich um ein - der Datenerhebung vorgelagertes - Interview, welches der Prüfung von Verständlichkeit und Beantwortbarkeit der Fragen dient. Im Anschluss an den Pretest erfolgte eine Überarbeitung des Leitfadens, um diesen im Vorfeld zur Interviewdurchführung zu optimieren (Vogt und Werner, 2014). Im Zuge der Pretests wurde weiter die Interviewanlage hinsichtlich Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit des Zusammenhangs mit den Fragen des Leitfadens, sowie die Realisierbarkeit der angestrebten Interviewdauer geprüft. Die Notizen der einzelnen Pretests als Grundlage zur Überarbeitung der Leitfäden sind in Anhang 3 dargestellt.

Auswahl und Akquise der Expert:innen

In der qualitativen Sozialforschung werden Expert:innen als Personen die „über ein spezifisches Rollenwissen verfügen, solches zugeschrieben bekommen und diese besondere Kompetenz für sich selbst in Anspruch nehmen“ (Przyborski und Wohlrab-Sahr, 2021) definiert. Somit eröffnen Expert:innen einen qualifizierten Zugang zu Wissensbereichen durch die Weitergabe von Fakten- und Erfahrungswissen. Die Auswahl der Experten wird durch die Entscheidung, welches Expertenwissen von Relevanz für das Forschungsvorhaben ist, bestimmt (Helfferich, 2022).

Die Wahl der Interviewpartnerinnen erfolgte anhand der zuvor definierten Gruppen auf Basis des Berufsbildes, beruflichen Werdegangs sowie akademischen Hintergrundes der Personen. Hierbei wurde eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Interviewpartnerinnen auf die Expertengruppen angestrebt. Die Kontaktaufnahme erfolgte mit Unterstützung der Mitarbeitenden des Bereichs Gesundheit der Stadt Oberhausen. In einem gemeinsamen Kick-Off mit den Gleichstellungsbeauftragte der Stadt wurden potenzielle Expertinnen gesammelt. Des Weiteren konnte durch die Teilnahme am Facharbeitskreis „Mädchen“ und einer kurzen Präsentation vor Ort Expertinnen akquiriert werden.

Die Kontaktaufnahme erfolgte per E-Mail, in welcher kurz über das Forschungsvorhaben, die Eckpunkte des Interviews (Dauer, Zeitpunkt etc.) sowie den Hintergrund zur Auswahl der spezifischen Expertinnen informiert wurde. Auf diese Weise konnten acht Expertinnen und eine Betroffene für ein Interview gewonnen werden.

Fünf Expertinnen sind der Gruppe *Praktische Unterstützungsrolle (P)* zugeordnet und drei Expertinnen der Gruppe *Diagnostische Rolle (D)*. An einem Interview aus der Gruppe *Praktische Unterstützungsrolle* hat zudem eine ehemalige *Betroffene (B)* teilgenommen. Die *Diagnostische Rolle* zeichnet sich dadurch aus, dass von den Expertinnen ein diagnostisches Profil erstellt werden kann und eine fachliche Empfehlung für weiterführende Maßnahmen erfolgen können. Zudem haben sie einen besonders umfassenden Einblick auf die Einflussfaktoren bei psychisch Erkrankten. Bei den Expertinnen (D1-D3) handelt es sich jeweils um Psychotherapeutinnen, welche in unterschiedlichen Settings mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien zusammenarbeiten.

In der *Praktischen Unterstützungsrolle* werden Betroffene im Alltag oder in Bildungssituationen unterstützt und begleitet. Es erfolgt eine Vermittlung zu weiteren Hilfsangeboten und zudem es besteht ein regelmäßiger Kontakt mit der Zielgruppe im täglichen Umfeld. Diese Gruppe von Expertinnen verfügt über ein großes Wissen bezüglich bestehender Hilfs- und Angebotsstrukturen. Vier Expertinnen aus dem praktischen Bereich sind in Beratungsstellen tätig (Integrationszentrum, Kirchliche Jugendhilfe, Frauenberatungsstelle, Streetwork) und eine Expertin ist Lehrerin eines Berufskollegs.

Mit Blick auf die unterschiedlichen beruflichen Hintergründe wurde der Interviewleitfaden zum Teil um Fragen ergänzt oder gekürzt. Diese sind unter Anhang 1 zu finden und dementsprechend gekennzeichnet.

Interviewdurchführung und Transkription

Im Vorfeld der Interviews wurden jeder Expertin der entsprechende Fragenkatalog sowie eine Einverständniserklärung zur Erhebung und Verarbeitung von Interviewdaten, mit der Bitte um Unterschrift, zugesendet. Da die Interviews darauf abzielten, detaillierte Informationen zu erheben, sollte den Experten die Gelegenheit zur Vorbereitung eingeräumt werden (Bogner et al., 2014). Die Interviews wurden über einen Zeitraum von zwei Wochen im Frühjahr 2025 durchgeführt. Sechs Interviews wurden per Videotelefonat (Webex) und zwei Interviews (D3 und P5) persönlich durchgeführt. Die Interviewdurchführung orientiert sich an den Empfehlungen von Vogt und Werner, den Leitfaden mit einer kurzen Vorstellung der Interviewenden, einer Einführung in das Forschungsvorhaben sowie eine Erklärung des Interviewablaufes, zu rahmen (Vogt und Werner, 2014). Die Interviews folgen einer klaren Strukturierung, dennoch ist die Interviewsituation mehr als aktives Gespräch, als eine chronologische Abwicklung des Leitfadens zu verstehen. Die Fragen wurden flexibel gestellt und passten sich hinsichtlich Reihenfolge und Formulierung dem jeweiligen Gesprächsverlauf an (Goldberg und Hildebrand, 2020). Fragen, die im Interviewleitfaden erst für einen späteren Zeitpunkt vorgesehen waren, und durch die Ausführungen der Expertinnen jedoch bereits hinreichend beantwortet wurden, wurden nicht erneut gestellt. Bei allen Interviews konnte dem einkalkulierten Zeitrahmen von 60 Minuten entsprochen werden.

Zur Übertragung der Tonaufnahmen in Schriftform erfolgte eine Transkription in der Software MAXQDA anhand der Transkriptionsregeln nach Kuckartz und Rädiker, die spezifisch für die computergestützte Auswertung formuliert wurden. Die Transkription erfolgte wörtlich (nicht lautsprachlich/ zusammenfassend), wobei die Sprache geglättet sowie zustimmende Lautäußerungen (mh) und Füllwörter (ähm) nicht mittranskribiert wurden. Lautäußerungen (lachen), nonverbale Aktivitäten (Handzeichen) und Störgeräusche ((Handyklingeln)) wurden in Klammern bzw. Doppelklammern transkribiert. Besonders lautes bzw. betontes Sprechen wurde durch Großbuchstaben kenntlich gemacht, während Redepausen durch „(...)" dargestellt wurden.

Der Austausch von sensiblen Informationen im Rahmen der Interviews erfordern eine Anonymisierung der Transkripte. Hierfür wurden die Namen der Interviewpartner durch entsprechende Kürzel ersetzt (Praktische Unterstützungsrolle: P1-P5, Diagnostische Rolle D1-D3). Für Institutionen sowie Orte wurden Platzhalter eingesetzt, um direkte Rückschlüsse auf die Expertinnen zu verhindern (Kuckatz und Rädiker, 2022). Anonymisierte Textstellen wurden durch „< >“ gekennzeichnet. Die anonymisierten Transkripte befinden sich auf einem separaten Datenträger.

3.2 Qualitative Inhaltsanalyse

Zur Auswertung der erhobenen Daten wurde eine qualitative Inhaltsanalyse durchgeführt, welche im deutschsprachigen Raum in den 1980er durch den Psychologen Phillip Mayring bekannt wurde und heute zu einem der verbreitetsten Auswertungsverfahren qualitativer Daten zählt. Dabei handelt es sich um eine systematische und methodisch kontrollierte Analyse textbasierter Daten, die durch ein regelbasiertes Vorgehen die strukturierte Auswertung großer Materialmengen ermöglicht, zugleich jedoch interpretative Elemente innehat und so die Erfassung latenter Sinngehalte zulässt (Mayring und Fenzl, 2022). Kern der Analyse bilden die zuvor bereits beschriebenen Kategorien, anhand derer das Gesamte, für die Forschungsfrage relevante Material, codiert wird (Kuckatz und Rädiker, 2022). Zahlreiche Autoren haben eigene, teilweise mehrere Methoden und Techniken der qualitativen Inhaltsanalyse entwickelt (Schreier, 2014). Die hier vorgenommene Auswertung erfolgte entlang der *inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse* nach Kuckartz und Rädiker, ein häufig angewandtes und für die Auswertung leitfadengestützter Interviews geeignetes Verfahren. Die von Kuckartz und Rädiker entwickelte Version des Verfahrens ist zudem besonders geeignet, da die beiden Autoren dieses im Kontext des Einsatzes der Software MAXQDA beschreiben, die in dieser Arbeit genutzt wurde (Kuckatz und Rädiker, 2022). Wie Abbildung 1 veranschaulicht, setzt sich die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse aus sieben Phasen zusammen, deren Ablauf im Folgenden beschrieben wird.

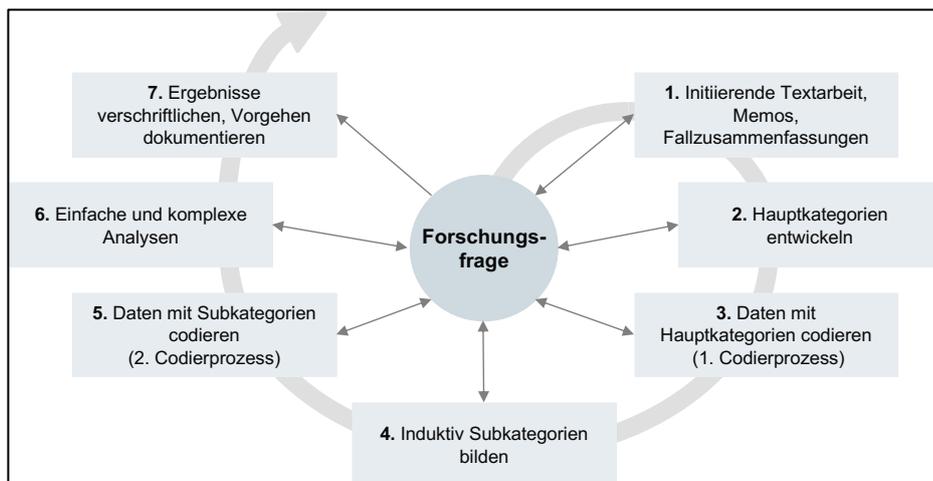


Abbildung 1: Ablauf einer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz und Rädiker, 2022)

Phase 1: Initiierende Textarbeit, Memos, Fallzusammenfassungen

Der Einstieg in die Analyse erfolgte mit einer initiierenden Textarbeit, worunter die intensive Auseinandersetzung mit inhaltlichen und sprachlichen Merkmalen der Interview-Transkripte verstanden wird. Ziel ist die Entwicklung eines ersten Gesamtverständnis für den Text unter Berücksichtigung der Forschungsfrage. Hierfür wurde der Text sequenziell bearbeitet, wobei zentrale Begrifflichkeiten markiert, wichtige und herausstechende Abschnitte (bspw. Extremmeinungen der Interviewten) farblich markiert sowie unverständliche Textpassagen kenntlich gemacht wurden. Ein integraler Bestandteil der ersten Analysephase ist das Verfassen von Memos. Dabei handelt es sich um Notizen und Anmerkungen, die im Analyseprozess entstehende Gedanken, Vermutungen und Interpretationen von Forschern festhalten. Im letzten Schritt wurden sogenannte Fallzusammenfassungen geschrieben, welche stichpunktartig die zentralen Charakteristika jedes Interviews im Hinblick auf die Forschungsfrage resümieren. Im Gegensatz zu Memos handelt es sich hier nicht um eigene Ideen oder Hypothesen, die während der Textarbeit mit einem bestimmten Fall entwickelt wurden, sondern eine faktenorientierte, eng am Text arbeitende Zusammenfassung (Kuckatz und Rädiker, 2022). Die Fallzusammenfassungen befinden sich im Anhang 4.

Phase 2: Hauptkategorien entwickeln

In der zweiten Phase erfolgte die Bildung von Hauptkategorien sowie die Erstellung des Kategoriensystems, um eine inhaltliche Strukturierung der Daten zu ermöglichen. Da bereits während der Leitfadenkonstruktion thematische Kategorien auf Grundlage der Literaturanalyse gebildet wurden, konnten diese als Hauptkategorien übernommen werden. Die Hauptkategorien wurden somit direkt aus der Forschungsfrage abgeleitet und damit blieben die Themen, die bereits bei der Datenerhebung maßgeblich waren, auch leitend für die weitere Analyse des erhobenen Materials. Zudem wurde der Interviewleitfaden in Themenblöcke unterteilt, welche als gliedernde Ordnungskategorien übernommen wurden. Jede Kategorie setzt sich aus einer Bezeichnung, einer inhaltlichen Beschreibung und einem Beispiel zusammen. Während des Codierprozesses wurden die Beispiele für jede Kategorie aus dem Datenmaterial ergänzt. Codieren bedeutet in diesem Zusammenhang, dass einzelne Textabschnitte den erstellten Kategorien zugeordnet wurden. Die Gesamtheit aller Kategorien bildet das Kategoriensystem (Code System).

Das Kategoriensystem muss gewährleisten, dass es zu keiner Überschneidung zwischen den Kategorien kommt (Trennschärfe), während gleichzeitig alle bedeutsamen Aspekte für die Forschungsfrage durch die Kategorien abgebildet werden müssen (erschöpfend). Um dem Anspruch an die Vollständigkeit des Systems, zu entsprechen wurde zudem eine zusätzliche Kategorie „Sonstige“ gebildet. Das gesamte Kategoriensystem ist im Anhang 2 zu finden. Um die Hauptkategorien hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit zu prüfen, wird durch Kuckatz und Rädiker empfohlen, diese an einem Ausschnitt des Materials zu prüfen (Kuckatz und Rädiker, 2022).

Phase 3: Daten mit Hauptkategorien codieren (1. Codierprozess)

Nach der vorangegangenen Phase 2 erfolgte anschließend der erste Codierprozess des gesamten Materials. Hierfür wurde der Text sequenziell geprüft und zusammenhängende Textpassagen Zeile für Zeile codiert, indem sie den passenden Themenkategorien zugewiesen wurden. Textstellen oder Textpassagen, die keine relevanten Informationen für die Forschungsfrage enthalten, blieben uncodiert. Textabschnitte, welche keiner Kategorie zuzuordnen waren, aber dennoch relevant erschienen, wurden der Kategorie „Sonstige“ zugeordnet.

Im Rahmen der *thematischen Codierung* nach Themenkategorien ist zu berücksichtigen, dass in einem Textabschnitt mehrere Themen angesprochen werden können, wodurch diese entsprechend mehreren Kategorien zugeordnet werden. Daher können sich codierte Textstellen überschneiden oder ineinander verschachtelt sein. Der Codierprozess erfolgte unter Berücksichtigung einiger von den Autoren nahegelegten Empfehlungen: Es wurden stets ganze Sinnabschnitte codiert, die in der Regel aus mindestens einem vollständigen Satz bestehen. Umfassen Sinnesabschnitte mehrere Sätze oder Absätze, wurden sie als zusammenhängende Einheit codiert. Sofern einleitende Fragen erforderlich für das Verständnis des Segments waren, wurden diese mitcodiert. Es sollte stets ein angemessener Textumfang um eine Information herum mitcodiert werden, wobei eine Textstelle für sich alleinstehend verständlich sein sollte (Kuckatz und Rädiker, 2022).

Phase 4: Induktive Subkategorien bilden

Nach Abschluss des ersten Codierprozesses wurden in der Phase 4 *induktive Subkategorien* direkt am Material gebildet. Die Subkategorien dienen der thematischen Spezifizierung der eher allgemein gehaltenen Hauptkategorien (Kuckartz/Rädiker, 2022). Zur Entwicklung induktiver Kategorien beziehen sich Kuckartz und Rädiker sowohl auf das kleinschrittige, paraphrasierende Vorgehen nach Mayring (Mayring, 2015) als auch auf die Grounded Theory, welche anhand eines mehrstufigen Prozesses auf die Entwicklung von Codes als Grundelemente neuer Theorien abzielt. Unter Berücksichtigung der verschiedenen Ansätze entwickeln die Autoren ein eigenes, mehrstufiges Verfahren zur induktiven Kategorienbildung. Dieses Verfahren wird durch zusätzliche Arbeitsschritte ergänzt, um die Ableitung induktiver Subkategorien zu ermöglichen. Für die vorliegende Arbeit wurde das in Abbildung 2 dargestellte Verfahren zur Generierung der Subkategorien verwendet (Kuckartz und Rädiker, 2022).

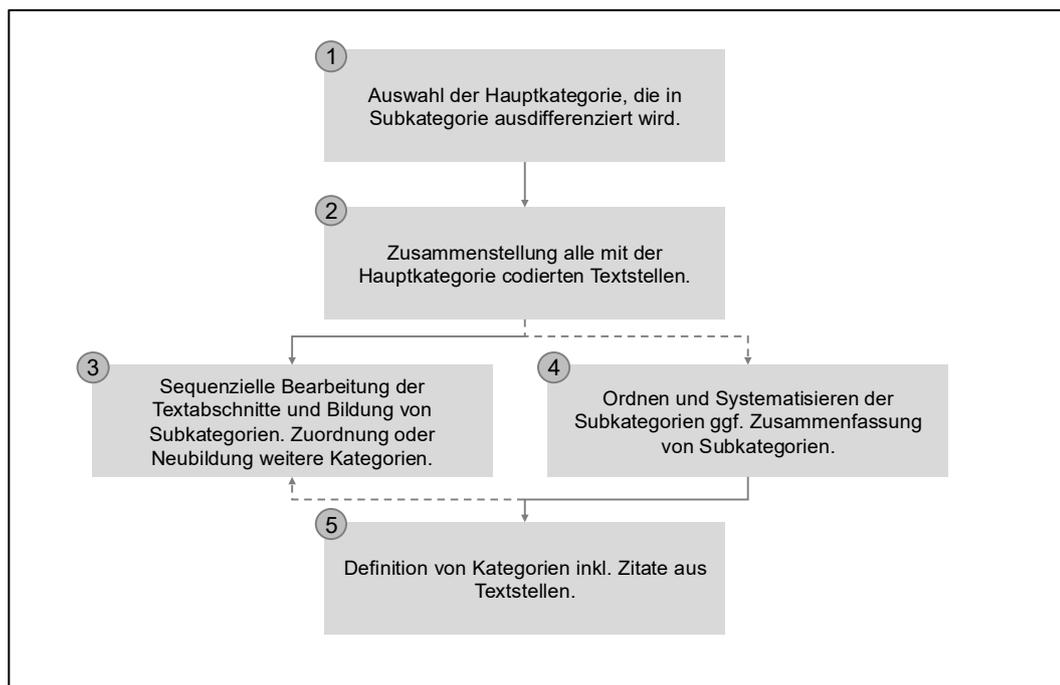


Abbildung 2: Ablauf der induktiven Bildung von Subkategorien (Eigene Darstellung nach Kuckartz/Rädiker 2022)

Zur Ausdifferenzierung der Subkategorien wurden die Schritte 3 und 4 zirkulär wiederholt, bis sich eine Sättigung einstellte, also keine neuen Subkategorien mehr gebildet werden konnten.

Im anschließenden Schritt 5 wurden die Definitionen für die Subkategorien erarbeitet und diese mit Zitaten aus dem Datenmaterial veranschaulicht. Für die Kategorie „Handlungsfelder und Maßnahmen“ wurden drei Subkategorien gebildet.

Das in dieser Arbeit verwendete Verfahren kombiniert die deduktive Ableitung von Hauptkategorien aus der Fachliteratur mit einer anschließenden induktiven Bildung von Subkategorien am Datenmaterial. Die Vorgehensweise wird als *deduktiv-induktive* Kategorienbildung bezeichnet und ist ein im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse häufig angewandtes Vorgehen zur Entwicklung des Kategoriensystems. Das sogenannte *hierarchisch organisierte* System, setzt sich aus übergeordneten Ebenen (Haupt- bzw. Oberkategorien) und untergeordneten Ebenen (Sub- bzw. Unterkategorien) zusammen (Kuckartz und Rädiker, 2022). Die Subkategorien der jeweiligen Hauptkategorie sind im Kategoriensystem dargestellt.

Phase 5: Daten mit Subkategorien codieren (2. Codierprozess)

Nach der Entwicklung der Subkategorien erfolgte ein zweiter Codierprozess, in dem das bereits codierte Material erneut durchlaufen und die Subkategorien den bereits mit der Hauptkategorie codierten Textstellen zugeordnet wurde. Die Phasen 4 und 5 wurden dabei iterativ durchlaufen, wobei die für eine Hauptkategorie gebildeten Subkategorien zunächst auf das gesamte Datenmaterial angewendet wurden, bevor zur nächsten Hauptkategorie übergegangen wurde. Präzisierungen der Subkategorien wurden vorgenommen. Anschließend wurde das gesamte Material noch einmal im Hinblick auf das finale Kategoriensystem geprüft, um sicherzustellen, dass keine wichtigen Textstellen uncodiert blieben (Kuckartz und Rädiker, 2022).

Phase 6: Einfache und komplexe Analysen

In der sich anschließenden Phase erfolgte die Analyse des codierten Materials sowie die Vorbereitung der Ergebnisdarstellung. Hierzu stehen verschiedene einfache und komplexe Analyseformen zur Verfügung. Im Zentrum stehen die thematischen Haupt- und Subkategorien. Zur Auswertung wurden zwei Analyseformen eingesetzt: Der Einstieg in die Analyse erfolgte anhand der kategorienbasierten Analyse entlang der Hauptkategorien. Hierfür wurden die Ergebnisse bzw. Aussagen der einzelnen Haupt- und darin enthaltenen Subkategorien insbesondere auf Übereinstimmungen, Widersprüche und Auffälligkeiten hin untersucht.

Da bereits im Rahmen der initiierenden Textarbeit in *Phase 1* festgestellt wurde, dass einzelne Kategorien teilweise eng miteinander zusammenhängen bzw. Einfluss aufeinander nehmen, wurde zudem eine Analyse von paarweisen Zusammenhängen zwischen Hauptkategorien durchgeführt und durch die Analyse der Zusammenhänge zwischen den Subkategorien einer Hauptkategorie ergänzt. Der Fokus lag hierbei auf den inhaltlichen Zusammenhängen zwischen den Haupt- und Subkategorien (Kuckartz und Rädiker, 2022).

Phase 7: Ergebnisse verschriftlichen und Vorgehen dokumentieren

Die qualitative Inhaltsanalyse schließt mit der Darstellung der gewonnenen Ergebnisse ab. Hierfür wurden neben der in Phase 6 durchgeführten Analysen alle verfassten Notizen, Memos und die Fallzusammenfassungen herangezogen. Die Ergebnisdarstellung erfolgt entlang der definierten Hauptkategorien, da diese einen sinnvollen strukturellen Rahmen bieten, um ein umfassendes Bild der Einflussfaktoren und sowie möglicher präventiver Maßnahmen zu schaffen. Der Ergebnisteil gliedert sich in vier Teile: Zuerst werden die codierten Einflussfaktoren evaluiert, dann wird das diagnostische Profil der Zielgruppe dargelegt und die vorhandene Angebotssituation aufgezeigt. Zuletzt wird der Erkenntnisgewinn möglicher präventive Maßnahmen zusammengefasst. Da die einzelnen Hauptkategorien teilweise miteinander zusammenhängen, werden diese teilweise gemeinsam vorgestellt und diskutiert (Kuckartz und Rädiker, 2022).

3.3 SWOT-Analyse

Im Rahmen dieser Masterarbeit wurde zur systematischen Bewertung und strategischen Einordnung der Interviewergebnisse eine SWOT-Analyse durchgeführt. Die SWOT-Analyse (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) ist ein analytisches Instrument, das ursprünglich aus der betriebswirtschaftlichen Planung stammt, jedoch zunehmend auch in der Gesundheitswissenschaft und Public Health Anwendung findet, insbesondere bei der Planung und Evaluation von Interventionsstrategien im kommunalen Gesundheitskontext (Teoli et al., 2023). Ihr Ziel besteht darin, sowohl interne Stärken und Schwächen als auch externe Chancen und Risiken zu identifizieren und in ein konsistentes strategisches Gesamtbild zu überführen.

In dieser Arbeit diente die SWOT-Analyse dazu, die qualitativen Interviewdaten – gewonnen durch leitfadengestützte Experteninterviews – strukturiert zu reflektieren. Die Analyse schließt unmittelbar an die vorhergehende qualitative Inhaltsanalyse an, bei der ein deduktiv-induktiv entwickeltes Kategoriensystem verwendet wurde. Dieses System bildete die Grundlage, um relevante Aussagen aus den Interviews zu clustern und im Rahmen der SWOT-Logik zuzuordnen. Stärken und Schwächen bezogen sich dabei auf vorhandene interne Bedingungen, die sich innerhalb der Stadt oder der Zielgruppe der Mädchen selbst verorten lassen. Chancen und Risiken hingegen umfassten externe Einflussfaktoren, wie etwa gesellschaftliche Entwicklungen, politische Rahmenbedingungen oder technologische Trends wie Social Media.

Die Zuordnung der Daten zu den SWOT-Kategorien erfolgte im Rahmen einer inhaltsanalytischen Verdichtung, die darauf abzielte, aus einer Vielzahl qualitativer Einzelaussagen strategisch relevante Kernthemen zu extrahieren. Die strukturierte Anwendung der SWOT-Matrix ermöglichte es, sowohl bestehende Ressourcen als auch Defizite der derzeitigen Versorgungs- und Unterstützungsstruktur für Mädchen und junge Frauen zu identifizieren. Gleichzeitig konnten externe Entwicklungen – beispielsweise pandemiebedingte Belastungen oder migrationsbedingte Barrieren – als relevante Einflussfaktoren herausgearbeitet werden. Die SWOT-Analyse dient somit nicht nur der analytischen Übersicht, sondern bildet auch eine Grundlage für die Entwicklung evidenzbasierter und zugleich praxistauglicher Handlungsempfehlungen im Sinne der Public-Health-Praxis (Bryson, 2011; Helfferich, 2022).

Im Zuge der Analyse wurde großer Wert auf Validität und Nachvollziehbarkeit gelegt. Die vorläufige Zuordnung der Kategorien und Aussagen in das SWOT-Raster wurde im Forschungsteam kritisch reflektiert, um mögliche Verzerrungen zu vermeiden und die inhaltliche Konsistenz sicherzustellen. Diese methodische Triangulation – also die Kombination qualitativer Inhaltsanalyse mit einer strategischen SWOT-Perspektive – trägt zur methodischen Absicherung der Ergebnisse bei und ermöglicht eine praxisorientierte Aufbereitung komplexer sozialwissenschaftlicher Befunde (Helfferich, 2022; Kruse, 2015).

Auch wenn SWOT-Analysen bisweilen als vereinfachend oder statisch kritisiert werden (Gürel & Tat, 2017), zeigt die Einbettung in ein umfassenderes qualitatives Forschungsdesign, dass ihre Stärken in der strukturierenden Verdichtung und strategischen Orientierung liegen. Insbesondere im Rahmen kommunaler Präventionsplanung lassen sich durch diese Methode wertvolle Hinweise zur Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Strukturen gewinnen (WHO, 2022; Teoli et al., 2023). Vor dem Hintergrund wachsender psychischer Belastungen bei Mädchen und der zunehmenden Bedeutung geschlechtersensibler Präventionsmaßnahmen erscheint der Einsatz der SWOT-Analyse daher sowohl theoretisch fundiert als auch praktisch anschlussfähig.

4 Ergebnisse

Im nachfolgenden Abschnitt werden die zentralen Ergebnisse der durchgeführten Expert:inneninterviews dargestellt. Ergänzend fließen neu gewonnene Erkenntnisse ein, die im Verlauf der Interviews thematisiert wurden und über den theoretischen Rahmen hinausgehen.

4.1 Evaluation der Einflussfaktoren.

Sozioökonomische Faktoren

Sozioökonomische Faktoren finden in den Interviews von D1, D3, P3+B, P4 und P5 in unterschiedlichen Ausprägung Erwähnung.

P3 und D3 stellen fest, dass es in Oberhausen zum Teil Ortsteile mit einem sehr hohen Anteil an sozial schwachen Familien gibt „soziale Brennpunkte“ wobei P3 ausdrücklich die hohe Bedeutung der Wohnsituation betont (P3:23). P5 berichtet von obdachlosen Jugendlichen, deren Eltern sich häufig selber in finanziellen Notlagen befinden (P5:13). P4 betont, dass Frauen, die von Gewalt betroffen sind aus „*allen sozialen Schichten*“ kommen. Schwierige Sozioökonomische Bedingungen können aber ein Belastungsfaktor in Familien oder Beziehungen sein (P4:17). D3 sieht sozioökonomische Faktoren außerdem als Ressource für die psychische Gesundheit an (D3:21). Sie beschreibt eine Situation wie folgt und zeigt auf, wie fehlende Ressourcen in Familien Einfluss auf das Leben der Kinder haben:

„Ich habe Familien mit Kindern, die noch zu klein oder zu unselbstständig sind, um alleine irgendwo mit dem Bus hin zu fahren. Die Mutter kann das Kind aber nicht bringen, weil sie alleinerziehend ist und noch zwei andere kleine Kinder zu Hause zu bedienen hat (...). Ja, und dann hat die Mutter es tatsächlich ein paarmal hingekriegt, sie dahin zu bringen. Und dann sind aber auch so blöde Sachen wie dann fällt der Bus aus oder der kleine Bruder ist krank. Dann war sie wieder zweimal nicht da und dann sagt sie, Ich finde den Anschluss nicht. Die anderen Mädchen finden mich doof, denn die sagen dann natürlich ja, warum darf die spielen? Am Wochenende, wenn die nicht zum Training kommt (...) Das sind dann so blöde Sachen (...) und dann haben wir gesagt okay, dann warten wir noch. Und jetzt? Jetzt ist sie selbstständig genug. Jetzt fährt sie alleine zum Training, ist aber drei Jahre später. So, und mittlerweile hat sie viel zu viel Gewicht, kann sich kaum noch bewegen, ist total schnell aus der Puste. Und dann denke ich mir auch ja, aber da muss es doch irgendwie andere Wege geben. Aber welche?“ (D3:21)

Familiäre Faktoren

Der Einfluss des familiären Umfelds ist der von den Expertinnen am häufigste codierte Einflussfaktor auf die psychische Gesundheit von Kinder- und Jugendlichen.

P5 berichtet im Streetwork von „Dynastien der Jugendhilfe“ und meint Familien, die bei den Jugendämtern bekannt sind und deren Kinder es aus der Problem-Spirale nicht herauschaffen. Zum Teil herrscht eine *„Abhängigkeit von den Eltern, in gewisser Weise Co-Abhängigkeit der Kinder“*. Zudem berichtet Sie von Familien, in denen Gewalt und sexueller Missbrauch stattfindet (P5: 11,15).

Auch P3 berichtet von ähnlichen Problem-Spiralen bei Kindern- und Jugendlichen in ihrer Beratung. Sie findet, dass viele Schwierigkeiten ihren Ursprung in der familiären Situation haben, insbesondere bei überlasteten Eltern, die mit ihren eigenen Problemen so stark beschäftigt sind, dass sie ihre Kinder nicht ausreichend unterstützen können. Besonders häufig sieht sie die Problematiken bei jungen Eltern und alleinerziehenden Frauen. Dieses Verhalten ist aus ihrer Sicht meist kein bewusster Mangel an Fürsorge, sondern Folge eigener ungelöster Belastungen. Solche Schwierigkeiten werden oft über Generationen weitergegeben, was einen Ausbruch aus diesen Mustern besonders schwer macht, besonders wenn das Umfeld konstant bleibt (P3:21,28). D3 sieht bei den Familien und Kindern in ihrer Beratung ähnliche Zusammenhänge:

„Und da können wir uns als Helfersystem auf den Kopf stellen, wenn eine psychisch kranke Mutter sich keine Hilfe holt und immer nur ihre Tochter zu uns bringt und die Tochter aber weiterhin zu Hause total viel Verantwortung übernimmt, ist natürlich die Prognose auch nicht so toll.“ (D3:21)

Auch D2 und D3 betonen die große Bedeutung familiärer Dynamiken sowie die Qualität familiärer Beziehungen und Bindungen, insbesondere bei jüngeren Kindern. Unterstützung aus dem häuslichen Umfeld, egal ob durch Eltern, Großeltern oder Geschwister, ist entscheidend für die Entwicklung und die psychische Gesundheit. Themen wie Selbstfindung, Abgrenzung und die Auseinandersetzung mit Rollenbildern hängen stark davon ab, wie stabil, belastbar und souverän die Eltern agieren können. Mit zunehmendem Alter gewinnt die Abgrenzung vom Elternhaus zwar an Bedeutung, doch eine stabile familiäre Basis bleibt essenziell (D3:21, D2:21,37).

P2 erzählt ebenfalls von Schülerinnen, die schon die Erwachsenenrolle in der Familie übernehmen müssen, da Eltern keine Kapazitäten für ihre Kinder haben oder selbst unter psychischen Problemen leiden. Auch sie sieht den Ursprung psychischer Probleme vieler Schülerinnen und Schüler in familiären oder außerschulischen Umständen (P2:18).

Der Mangel familiärer Fürsorge kann einen Einfluss auf unterschiedliche Entwicklungen im Leben von Kinder- und Jugendlichen haben. Eltern haben einen Einfluss darauf, inwiefern Kinder ein Bewusstsein für ihre eigenen Bedürfnisse und Grenzen entwickeln und kommunizieren können (P5:9,27), wie zukünftige Beziehungen mit anderen Menschen funktionieren (P4:17) oder wie eigene Erwartungen z.B. in Hinblick auf schulische Leistungen eingeordnet werden (P4:23).

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Expertinnen den Einfluss der Familien auf die Entwicklung und die psychische Gesundheit der Kinder als enorm hoch einordnen.

Schulische Faktoren

Die Bedeutung von schulischen Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit wird lediglich von P1 nicht erwähnt.

Die Expertinnen heben besonders den Druck, der auf jungen Menschen bezüglich schulischer Leistungen haftet, hervor. Diesbezüglich betonen D1, D2 und D3, dass die Erwartungshaltung der Familien eine große Rolle spielt.

„Aber es gibt schon deutlich mehr Druck, auch was Leistungen betrifft. Ich höre das von Kindern im Grundschulalter, dass die schon sagen ich muss aber zum Gymnasium gehen. Ich will nicht dumm sein, wenn ich das nicht schaffe. Also das ist schon so, dass ich finde, dass außerordentlich viel Druck auch schon im sehr frühen Kindes- und Jugendalter auf die Kinder übertragen wird.“ (D1:15)

D2 und D1 finden, dass Leistungsdruck ein großes Thema für Schülerinnen und Schüler ist und zugleich immer weniger Raum zur Selbstentfaltung bleibt. Symptome psychischer Belastungen zeigen sich laut D1 häufig ab der 5. Klasse, da die Autonomie eine andere ist als zuvor, auch wenn sie vorher schon angelegt waren (D2:27, D1:19). D3 ergänzt, dass zu viel Druck ebenso problematisch ist wie mangelndes Interesse. Entscheidend sei, einen ausgewogenen Mittelweg zu finden, was für viele Familien herausfordernd ist.

Ein gewisses Maß an Druck könne sogar entwicklungsfördernd wirken, da Kinder Struktur und Anleitung brauchen. Wichtig sei, wie gut ein Kind mit Druck umgehen kann – abhängig von individuellen Ressourcen, erlernter Resilienz und Bewältigungsstrategien (D3:23).

D1 kritisiert zudem die eingeschränkte Schullandschaft in Oberhausen. Der Leistungsdruck beginnt laut ihr in der dritten Klasse und setzt sich in der fünften und sechsten Klasse fort – wer nicht auf dem Gymnasium besteht, muss zur einer eher unbeliebten Gesamtschule (D1:17).

Ein weiterer Zusammenhang ist der zwischen Schule und Mobbing Erfahrungen.

„Aber bei den Personen selber (...) sind in der Vergangenheit in der Regel immer sehr traumatische Dinge vorgefallen, ganz unterschiedlicher Art, aber eben am meisten Mobbing, schulisches und digitales Mobbing, aber viel mehr schulisches oder aus dem sozialen Umfeld.“ (P3:23)

Neben den Beobachtungen von P5, P4 und P3 berichtet die Betroffene von eigenen Mobbing Erfahrungen in der Schulzeit. Sie erzählt von einem negativen Einfluss auf ihr Selbstwertgefühl und ihr Selbstbewusstsein, zudem von Stigmatisierung auf Seiten der Schulen (B:23).

Insgesamt zeigt sich, dass die psychische Gesundheit der jungen Menschen laut der Expertinnen von den Bedingungen im Bildungssystem und im familiären Umfeld abhängt.

Freundschaften

Der Einfluss von Freundschaften ist in absoluter Häufigkeit am wenigsten codiert worden.

Freundschaftliche Beziehungen sind für junge Menschen zentral, da sie Halt und Orientierung bieten können. Für Mädchen ist laut P3 die „Atmosphäre der besten Freundschaften“ besonders wichtig (P3: 58).

Auch D1, D2 und D3 heben hervor, dass die Peergroup für Jugendliche ab etwa elf oder zwölf Jahren eine zentrale Rolle spielt und viel Halt geben kann. Ab diesem Alter sind junge Menschen häufiger fremdbetreut, womit Freundschaften und Beziehungen an Bedeutung gewinnen (D1:19, D2:2, D3:21). Gleichzeitig äußert D3 den Eindruck, dass enge, stabile Freundeskreise heute seltener werden – etwa durch den Einfluss von Social Media und gesellschaftliche Veränderungen. Der frühere Zusammenhalt in festen Cliques scheint aus ihrer Sicht zunehmend verloren zu gehen.

P5 sieht ähnliche Zusammenhänge. Wenn der freundschaftliche Background fehlt, ist es laut der Expertin möglich, dass die Orientierung an z.B. schädlichen online Inhalten zunimmt, ohne dass diese Einflüsse kritisch hinterfragt werden (P4:21, P5:9).

Insgesamt heben die Expertinnen zwar die Bedeutung von Freundschaften hervor, sehen diese aber eher als unterstützenden Faktor bei der Erhaltung psychischer Gesundheit.

Phasen der Veränderung

Der Einfluss auf die psychische Gesundheit von Phasen der Veränderung findet in den Interviews von D1, D2, D3 sowie P3+B und P4 Erwähnung.

Übergänge und Veränderungen im Leben von jungen Menschen können eine große Herausforderung für ihre psychische Gesundheit darstellen.

„Also Übergänge können immer krisenhaft sein, alle Übergänge (...) klar und genau alle Arten von Verlusten oder schwerwiegenden Veränderungen oder Umfeldveränderungen. Das kann natürlich alles auf die psychische Gesundheit Einfluss nehmen (...)“ (P4:25)

Die Expertinnen beschreiben Übergangssituationen wie den Wechsel von der Schule in die Ausbildung, Studium oder andere Schulformen als prägende Phasen. Diese individuellen Meilensteine der Entwicklung können sowohl mit Abenteuerlust als auch mit Unsicherheiten und Ängsten verbunden sind. Für junge Menschen mit Schwierigkeiten im Schulsystem kann dieser Übergang positive Effekte haben. Gleichzeitig bringen solche Schwellenmomente emotionale Herausforderungen mit sich, etwa die Sorge um soziale Bindungen und die eigene Rolle im neuen Umfeld (D2:31). Der Eintritt in die Schule und der Schulübergang in das fünfte Schuljahr werden als prägende Moment beschrieben, die mit Druck verbunden sein können.

„Welche Empfehlungen bekommt man? Dann kommen doch noch mal so erste Zweifel auf. Eltern machen mehr Druck. Jetzt musst du dich aber zusammenreißen, jetzt muss das klappen, damit du eben zum Gymnasium kannst und die weiterführende Schule gut klappt.“ (D1:17)

Diesen zentralen Entwicklungsphasen (dritte bis sechste Klasse) können ein hoch risikobehafteter Zeitraum sein, da er mit dem Übergang in die Pubertät zusammenfällt und somit emotionale und psychische Belastungen verstärken kann (D1:17).

Auch D2 stellt den Zusammenhang zur Pubertät her:

„(...) Und Pubertät ist natürlich für viele ja auch eine heftige Phase. Ne Großbaustelle. Gehirnumbau ist dann deutlich zu spüren. Also besonders für die jungen Menschen selbst auch.“ (D2:31)

P3 stellt zudem fest, dass die Pubertät immer früher beginnt (P3:43). Von D3 wird geschildert, dass emotionale Herausforderungen in der Pubertät, wie erste Verliebtheit oder Konflikte mit Freundinnen, bei Mädchen früher und intensiver auftreten. Jungen erleben diese Phase oft ruhiger und stabiler (D3: 56).

Geschlechterrollen

Geschlechterrollen und -erwartungen werden von D1, D2, P4 und P3 als Einflussfaktor auf die psychische Gesundheit genannt.

Laut P4 gibt es einen „*gesellschaftlichen Backlash*“ und Rollenerwartungen und Rollenbilder spielen eine größere Rolle als sie es sich wünschen würde. Sie betont, dass auch Jungen und Männer unter den sozial normativen Ideen zu Männlichkeitsbildern leiden (P4: 49-51). D2 beschreibt ebenso eine Radikalisierung der Geschlechterdiskussion in der „*weißen Heteromänner*“ als „*Antichrist*“ dastehen. Zudem kritisierte sie die Rollenbilder, mit denen Mädchen und jungen Frauen auf Social Media konfrontiert werden.

„Aber das macht natürlich auch was mit den Mädchen und den jungen Frauen. Die werden ja mit so divergierenden Rollenbildern bombardiert. Gerade auch durch Social Media (...) Das prägt ja auch so die Weltsicht. Das finde ich total schwierig. Also die sollen halt, sage ich mal, aufgetunte Weibchen sein. Oder vielleicht doch ein Trad wife. Oder ich sag jetzt mal etwas platt eine Schwanzaktivistin. Darf ich Jungs gut finden? Wenn ja, wie muss ich mich denen gegenüber verhalten?“ (D2:39)

Laut D2 fühlen sich die jungen Menschen dadurch zunehmend überfordert, die verschiedenen, widersprüchlichen Anforderungen an ihr Geschlecht zu erfüllen. D1 sieht einen ähnlichen Zusammenhang in medialer Darstellung von Frauen.

„Man müsste Germanys Next Topmodel einfach abschaffen. Also das ist so ein Scheiß. Aber da sieht man eben auch, wo die, also wo die Mädchen immer noch leider auch ihre Werte beziehen. Und das macht meines Erachtens große Probleme nach wie vor.“ (D1:45)

Die Interviewpartnerin D1 stellt zudem die Rollenverteilung in Familien und die männerdominierte Gesellschaft zur Diskussion. Sie betont, dass Unterschiede zwischen Männern und Frauen existieren und akzeptabel sind, weibliche Stärken aber oft abgewertet werden. Ein zentrales Beispiel sei die ungleiche Rollenverteilung in Akademikerfamilien, nach der Geburt eines Kindes, bei der meist die Frau beruflich zurücktritt. Diese Rollenmuster würden weiterhin von Generation zu Generation weitergegeben und stellen ein besonderes Risiko für Mädchen dar, da von ihnen vielfach immer noch erwartet werde, sich vorrangig um die Familie zu kümmern. Berufstätige Mütter stehen aus ihrer Sicht zudem gesellschaftlich unter Druck und werden häufig kritisch beurteilt, ein Hinweis auf ein tief verankertes gesellschaftliches Konstrukt (D1: 47).

Von P3 wird ein ähnlicher Zusammenhang bei muslimischen Familien hergestellt, in denen zum Teil ein strenges Rollenverständnis vorherrscht, unter welchem vor allem die Mädchen und jungen Frauen leiden.

„Und bei den Mädels, würde ich sagen, ist es eben die Schwierigkeit. Einerseits traditionell wird manchmal noch erwartet, dass sie sich dem alten Rollenbild fügen. Sie sollen halt immer nur mit einem Bruder zusammen beaufsichtigt raus (...) dürfen halt bis zu einem gewissen Alter überhaupt wenig, wenn sie sehr konservativ erzogen werden und das manchmal auch von dort aus gar nicht vorgesehen ist, dass sie hier irgendwie eine berufliche Karriere machen, dass also von den Eltern die Mutterschaft einfach nach vorne gebracht wird.“ (P3: 47)

Von D2 wird die zunehmende Diskussion über Geschlechteridentität und -diversität als verstärkender Faktor für Verunsicherung beschrieben. Das infrage stellen der eigenen Geschlechtsidentität und „das ganze LGBTQI Thema“ wird als zusätzlicher Belastungsfaktor beschrieben, auch wenn sie dem Thema gegenüber offen und positiv ist. Sie sieht Geschlechterrollen auch als Sicherheit, in sehr unsicheren Phasen wie Pubertät und Adoleszenz (D2: 39, 101). Auch D2 findet, dass sich besonders Mädchen mit bestehenden Identitätsproblemen durch die vielen Optionen zur Selbstdefinition eher orientierungslos fühlen. Die Auseinandersetzung dreht sich dabei häufig weniger um Sexualität als um grundlegende Fragen der Identität (D3:38).

„Und letztens hat ein Mädchen zu mir gesagt (...) sie hat das Gefühl, mittlerweile ist es schon fast uncool, wenn man einfach heterosexuell ist und sich ganz normal für eine Beziehung interessiert mit einem Jungen. Und das ist, glaube ich, also natürlich nicht die die Mehrheit. Aber wenn Teenies sowieso schon wenig Haltepunkte haben, versuchen sie sich über andere Subgruppen zu definieren. Und da habe ich auch das Gefühl, dass das manchmal auch noch mehr Leid erzeugt.“ (D3:38)

D3 sieht den Einfluss von Geschlechterrollen- und Erwartungen an Mädchen und jungen Frauen als eine Option, welche die Mädchen „*niemals so formulieren können*“. Sie sagt, dass die Mädchen in der Zusammenarbeit mit ihr lernen, das Problem ggf. als solches zu erkennen und zu formulieren (D3:56).

Insgesamt ist festzuhalten, dass die Expertinnen Geschlechterrollen und -erwartungen als Faktor der Verunsicherung bei jungen Menschen bewerten. Das Thema wird von den Expertinnen insgesamt aus sehr unterschiedlichen Sichtweisen und Standpunkten betrachtet.

Corona-Pandemie

Die Corona-Pandemie als Einflussfaktor auf die psychische Gesundheit wird am häufigsten von der Expertengruppe D erwähnt.

Die Expertin P3 beschreibt die Pandemiezeit als prägend für die psychische Gesundheit junger Erwachsener. Durch den Wegfall sozialer Kontakte, Aktivitäten und Rückzug ins oft belastete familiäre Umfeld ist es zu Vereinsamung und einem Verlust an sozialer Übung gekommen. Dies erschwere es bis heute vielen Jugendlichen reale Kontakte aufzubauen und verstärkt Selbstzweifel im sozialen Umgang (P3:45). Auch D3 und D1 beschreiben diese Zusammenhänge und beobachten deutliche Auswirkungen der Corona-Zeit auf Kinder, insbesondere bei denjenigen, die während der Hochphase in der Grundschule oder im Kindergarten waren. Sie berichten von Leistungsdefiziten und auffälligem Sozialverhalten bis heute, da wichtige soziale Erfahrungen fehlen (D3:30, D1:17,21).

*„Aber im Grundschulalter eine Pandemie zu starten, das war eine Vollkatastrophe. Die Kinder haben da unheimlich viele Entwicklungsaufgaben im Grunde gar nicht bewältigen können, weil sie den Austausch mit den anderen nicht hatten (...)“
(D1:21)*

P5 erwähnt Einschränkungen psychisch belasteter Jugendlicher bezogen auf die Teilnahme von Hilfsangeboten. Viele haben sich während der Corona-Zeit daran gewöhnt, Dinge allein zu tun, was den sozialen Wiedereinstieg erschwert. Einige Gruppen meiden Menschenansammlungen und wünschen sich kontrollierbare soziale Situationen. Die Ungewissheit über die Anzahl Anwesender hält manche davon ab, Hilfsangebote zu nutzen (P5:19).

Bestimmte Erkrankungen und Ängste haben nach Aussage der Expertinnen (D1, D2, D3) zudem während der Pandemie zugenommen oder sind aus den Erfahrungen der Pandemie resultiert. D1 hat insbesondere bei Mädchen eine erhöhte Prävalenz von Essstörungen beobachtet. Zudem auch einen Anstieg von Zwangserkrankungen, besonders im Zusammenhang mit Hygieneverhalten wie Händewaschen und Desinfizieren – auch bei Jungen. Am häufigsten hätten sich jedoch soziale Ängste und depressive Symptome verstärkt. Dies bestätigt auch D3, häufig äußerte sich dies in Antriebslosigkeit, geringem Selbstwert und fehlender Motivation – auch ohne klinische Diagnose. D2 berichtet nach dem Ende des Homeschoolings von vermehrten Panikattacken und Zwangsstörungen bei Mädchen und jungen Frauen. Mädchen mit unterstützendem familiären Umfeld kamen besser durch die Zeit, während andere deutlich stärker betroffen waren (D1: 23,25, D2: 27, D3:30).

Zudem wird der Anstieg der Mediennutzung und die Überforderung der Familien während der Corona Pandemie erwähnt (D1:21). P2 stellt ebenfalls fest, dass Schüler und Schülerinnen durch die Pandemie vermehrt *„eher online leben als im wirklichen Leben“*. Sie beobachtet ebenfalls Nachteile im sozialen Miteinander (P2:28). In vielen Familien mit Migrationshintergrund fehlten während der Pandemie die Ressourcen und Unterstützung, um Kinder im Homeschooling aufzufangen. Es mangelte an technischer Ausstattung und die zum Teil überforderten Eltern konnten die schulische Betreuung nicht leisten, was bis heute nachwirkt (D3:30).

D3 beobachtet, dass sich die Isolation während der Pandemie für einige Kinder mit ADHS-Symptomen positiv auswirkte. Sie profitierten vom reduzierten äußeren Druck und der Reizarmut im Homeschooling. Entscheidend war dabei jedoch auch, ob die Eltern unterstützend mitwirkten (D3:20).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Expertinnen zum Teil langfristige Folgen der Corona-Pandemie auf die psychische Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen wahrgenommen haben.

Social Media

Der Einfluss sozialer Medien ist der zweit häufigste codierte Einflussfaktor auf die psychische Gesundheit. Nur im Interview mit P1 findet dieser Faktor keine Erwähnung. Neben der absoluten Häufigkeit der Codierung wurde dem negativen Einfluss der sozialen Medien auf junge Menschen zum Teil viel Nachdruck verliehen *„Social Media würde ich am liebsten verbieten“* (D3: 23).

Von den Expertinnen wird der Einfluss sozialer Medien besonders stark bei Mädchen und jungen Frauen beobachtet.

„Die Mädchen sind viel mehr unterwegs. Gerade in diesen auch sehr stark vergleichsempfindlichen Medien“ (D1:23)

Hierbei werden unterschiedliche Ausprägungen und Inhalte als besonders schädlich bewertet:

- Digitalisierte Gewalt (P4)
- Mobbing (P4, P3)
- Rollenbilder und – Erwartungen (P3, D3, D2, D1)
- Realitätsverlust (P3, P2, D3, D2, D1)

Konkret wird an unterschiedlichen Stellen der Einfluss von TikTok, Snapchat, Instagram und das allgemeine Influencertum genannt. Die Inhalte prägen laut der Expertinnen die Weltsicht der Mädchen und jungen Frauen, womit sich ihre Wahrnehmung der Realität verschiebt (P3:43, D2:39). Mädchen sind hier besonders risikobehaftet, da sie mehr dazu neigen, sich stark zu vergleichen (D1:23).

„Jeder zeigt da ständig irgendwas von sich. Jeder guckt auch: Wie sehen die anderen so aus? Selbst wenn die sich treffen, zeigen sie es eigentlich nur den anderen. Und der Einfluss gerade von Tiktok, finde ich, ist eine Vollkatastrophe (...) Aber schon im Grundschulalter? Ich finde wirklich so 3./4. Klasse fangen die schon an! So, ich bin dicker, Ich habe nicht die Klamotten, die die anderen haben. (...) Mädchen vergleichen sich viel, viel mehr, weil wir ja auch transgenerational häufig genau das weitergeben, auch an unsere Töchter. Weil wir selbst betroffen sind. Auch möglicherweise von dieser anerzogenen Misogynie.“ (D1:23)

Die Interviewpartnerin D3 merkt an, dass es Schönheits- und Körperideale schon immer gab. Heute leitet man diese nicht mehr durch Magazine ab, sondern es gibt neue Vorbilder und Subkulturen. Sie findet der Umgang mit diesen Idealen ist bewusster geworden, weil mehr darüber gesprochen wird und deutet dies als positive Entwicklung (D3:24). Auch D2 sieht, dass soziale Medien trotz des gesellschaftlichen Drucks ein positiver Einfluss auf das Selbstbewusstsein von Mädchen haben können (D2:51).

P5 bemerkt, dass die Orientierung an social Media besonders verstärkt wird, wenn der freundschaftliche und familiäre Hintergrund fehlt (P5:9). Auch P3 sieht eine fehlende Auseinandersetzung mit realen Bezugspersonen, um die auf Social Media dargestellten Situationen einzuordnen (P3:43).

Der Umgang mit psychischen Belastungen auf social Media wird von P5 und D1 kritisch gesehen. Laut der Expertinnen können besonders bei instabiler psychischer Verfassung bestimmte Inhalte durch Algorithmen bestehende Probleme verstärken. Gleichzeitig sorgt social Media auch für mehr Sichtbarkeit und (halb-)fachliche Informationen zu psychischen Erkrankungen. Dies kann einerseits aufklären, andererseits aber auch zu Fehldiagnosen oder Verunsicherung führen (P5:19, D1:33). D1 sieht zudem einen Zusammenhang bei Konzentrationsschwierigkeiten bei kleinen Kindern und dem Einfluss sozialer Medien, wie z.B. TikTok (D1:23). Auch D3 vermerkt, dass unsere Gehirnstrukturen sich in den letzten 10 bis 15 Jahren verändert haben und unsere Wahrnehmung durch die „Berieselung“ schneller funktionieren muss. Sie bezieht sich zudem auf Studien, welche einen negativen Zusammenhang zwischen „schneller“ Medienzeit und ADHS herstellen konnten (D2:26).

Es konnte demnach festgestellt werden, dass die Expertinnen soziale Medien als zentralen, meist negativ bewerteten Einflussfaktor auf die psychische Gesundheit junger Menschen, insbesondere bei Mädchen und jungen Frauen sehen.

Migration und Flucht

Ein Migrationshintergrund und/ oder Fluchterfahrungen wurden als Einflussfaktor besonders häufig von P1 und P3+B genannt. Von P5 und D1 gibt es diesbezüglich keine Erwähnungen.

Traumatisierung durch Flucht- und Kriegserfahrungen werden von P1, P2, P3 und D2 als Einfluss auf die psychische Gesundheit von Kindern und ihren Familien genannt. P2 berichtet von vielfältigen Erfahrungen mit Schülerinnen und Schülern mit Migrationshintergrund. Bei neu zugewanderten Kindern stehen zunächst das Ankommen in Deutschland, der Spracherwerb und medizinische Versorgung im Vordergrund und nicht die psychische Situation (P2: 32, D2:55). Länger hier lebende Schülerinnen, etwa mit Kopftuch, erleben zum Teil Diskriminierung, was sich negativ auf ihre psychische Gesundheit auswirkt. Gleichzeitig gibt es aber auch positive Beispiele: Einige Schülerinnen und Schüler fühlen sich gut integriert, sicher und äußern Zufriedenheit darüber, in Frieden leben zu können (P2: 32).

P4 beschreibt Flucht und Migration als zusätzliche Belastung, die nicht neu ist. Zusätzlich bringt sie eine schwierige soziale Situation inkl. Wohnsituation bei vielen Familien mit Migrationshintergrund im Ortsteil in Verbindung.

Sie nennt Integrationsprobleme, Sprachschwierigkeiten, Kulturunterschiede und fehlende Möglichkeiten die eigenen Kinder in der Schule zu unterstützen als zentrale Problemfelder in den Familien (P4: 27). Auch D3 beschreibt die Auffälligkeit bei Migrationsfamilien, ihren Kindern während der Corona-Pandemie und Homeschooling eine angemessene Betreuung zu gewährleisten. Es fehlt teilweise komplett an digitaler Ausstattung. Auch heute noch sieht sie zum Teil Überforderung auf Seiten der Mütter (D3: 30).

Von P3 werden in stark migrantischen Stadtteilen zwei Hauptprobleme gesehen: Diskriminierung und interkulturelle Einschränkungen. Einerseits erfahren Menschen mit Migrationshintergrund oft Ausgrenzung und werden etwa pauschal als „Flüchtlinge“ abgestempelt, was zu Diskriminierung führt. Andererseits existieren zum Teil innerfamiliäre und kulturelle Zwänge, insbesondere in konservativ-muslimischen Familien. Junge Männer erfahren teils eine gefährliche Aufwertung durch Radikalisierung, während junge Frauen stark unter traditionellen Rollenerwartungen leiden (siehe Abschnitt Geschlechterrollen). Zudem berichtet sie von Kontrolle und Abhängigkeiten innerhalb der Familien. Hilfe von Außen wird, laut ihr, seltener gesucht und männliche Kollegen zum Teil der Zugang zu weiblichen Familienmitgliedern verwehrt. Daher ist der Handlungsspielraum der Betroffenen teilweise eingeschränkt (P3: 47, 49). Laut P1 werden Hilfeangebote oft aufgrund von Unkenntnis, Verdrängung oder Angst nicht an Anspruch genommen (P1: 19,21).

„Und ich sag jetzt mal, wenn das kulturell gar nicht verankert ist (...) Ich suche mir Unterstützung und mir geht es im Moment psychisch nicht gut und ich brauche da wirklich einen Therapeuten. Oder ich gehe mal in die Beratungsstelle (...) da gab es auch tatsächlich Schwierigkeiten, die Frauen dahin zu bewegen, obwohl es nur eine Tür weiter ist und ich auch teilweise angeboten habe (...) Das ist jetzt nichts Gefährliches und wir sprechen nur miteinander. Selbst das ist eine Hürde und eine Schwierigkeit.“ (P1:37)

Von D3 wurde beobachtet, dass Hilfe von muslimischen Familien nur selten in Anspruch genommen wird. Besonders Mädchen werden in diesen Familien zum Teil deutlich stärker eingeschränkt als Jungen, die meist bevorzugt behandelt werden. Mädchen sollen oft in traditionelle Rollenbilder passen und werden in ihren Interessen kaum unterstützt. Ähnliche Muster zeigen sich aus ihrer Sicht auch in anderen kulturellen Gruppen, z. B. in afrikanischen Familien. Viele Mütter haben selbst belastende Erfahrungen gemacht und seien daher keine Vorbilder oder zeigen aktives Engagement für ihre Töchter (D3:80).

P1 hat durch ihre Arbeit in der Beratungsstelle für interkulturelle Öffnungsprozesse, geschlechtersensible Arbeit und Migrantenvereine besonders häufig Kontakt mit Familien bzw. Frauen mit Migrationsgeschichte. Sie betont die Notwendigkeit der Differenzierung von Unterstützungsbedarfen abhängig von Herkunft, Einwanderungszeitpunkt und Einwanderungsart. Sie beobachtet, dass vor allem geringqualifizierte, bildungsbenachteiligte Migrantinnen Unterstützung suchen, da sie häufig orientierungslos sind und einen kleineren Aktionsradius haben (P1: 28).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass ein Migrationshintergrund und/oder Fluchterfahrung als Einflussfaktor auf die psychische Gesundheit besonders im Kontext der Familie und der sozialen Situation gesehen werden. Zugang zu Hilfsangeboten sind eine besondere Herausforderung für diese Zielgruppe.

Sonstige Einflussfaktoren

Sonstige Einflussfaktoren beinhalten Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit, welche keiner Kategorie zugeordnet wurden und bilden daher neue Erkenntnisse abseits der quellenbasierten Theorie.

Aus Sicht von P4 wandelt sich die Belastungsfaktoren für Kinder- und Jugendliche in unserer Gesellschaft stetig. Sie findet, dass es sinnvoll ist, bestimmte Phänomene immer wieder neu zu beleuchten. Eine generelle Verschärfung der Situation lässt sich daraus jedoch für sie nicht eindeutig ableiten. Insgesamt ist laut ihr der gesellschaftliche Druck in unserer kapitalistischen Gesellschaft hoch – besonders spürbar ist er für benachteiligte Gruppen sowie für junge Menschen (P4:29).

D1, D2 und D3 beobachten eine zunehmende Unsicherheit in der Gesellschaft durch globale Krisen. Viele junge Menschen erleben ihre Zukunft als unsicher und bedrohlich, was zu Gefühlen von Angst, Ohnmacht und Sinnlosigkeit führt. Im Vergleich zu früheren Generationen sind heutige Jugendliche permanent und massiv mit globalen Problemen wie Kriegen, Klimakrise oder Pandemien konfrontiert, verstärkt durch die ständige mediale Präsenz. Dies spiegelt sich auch in einem deutlichen Anstieg psychischer Belastungen und Hilfesuchen, insbesondere seit der Corona-Pandemie, wider (D1:15, D2:25, D3:33).

Zudem überfordert eine Vielfalt an Wahlmöglichkeiten im Leben insbesondere Kinder und Jugendliche. Gleichzeitig steigen gesellschaftliche Erwartungen: Junge Menschen müssen immer früher wichtige Entscheidungen treffen, etwa zur Studien- oder Berufswahl, was zu erheblichem Stress führt. Hinzu kommt aus ihrer Sicht ein Spannungsfeld zwischen behütetem Aufwachsen und dem Druck, schnell erwachsen werden zu müssen (D3:33).

Auch D2 findet, dass Selbstentfaltung und persönliche Entwicklung heute wenig Raum haben. Auszeiten wie Work and Travel werden kaum noch akzeptiert, da gesellschaftlich vorrangig karriererelevante Schritte erwartet werden (D2:27).

Besorgniserregend findet D3, dass der Cannabiskonsum unter Jugendlichen deutlich zugenommen hat und die Konsument:innen immer jünger werden. Durch die gesellschaftlich gestiegene Akzeptanz und die Legalisierung wird der Konsum oft verharmlost, obwohl er, wie Alkohol, nachweislich die Gehirnentwicklung vor allem bei Kindern- und Jugendlichen negativ beeinflusst (D3:42).

D2 beobachtet zudem, dass der Konsum von Pornografie unter Jugendlichen weit verbreitet ist und oft bereits im frühen Teenageralter beginnt. Dabei haben viele junge Menschen Zugang zu Hardcore-Inhalten, was ihre Vorstellungen von Sexualität stark beeinflusst. Sie nimmt an, dass dies zu einer wachsenden Diskrepanz zwischen dem theoretischen Wissen über Sexualität und der praktischen, emotionalen Reife führt. Viele Mädchen und Jungen kennen extreme Inhalte, bevor sie überhaupt erste eigene Erfahrungen gesammelt haben, was zu einer verzerrten Wahrnehmung und Überforderung führen kann (D2: 41-45).

4.2 Diagnostisches Profil der Zielgruppe

Ziel eines diagnostischen Profils ist es, ein differenziertes Bild der Zielgruppe zu erhalten, um geeignete Maßnahmen ableiten zu können. Insgesamt konnten am meisten Informationen über das diagnostische Profil von D2 und D3 gewonnen werden

Diagnosen und Symptome psychischer Belastung

Die Expertinnen D2, D3, P3, P5 beobachten, dass Jungen symptomatisch eher zu impulsiven und aggressiven Verhalten neigen, während Mädchen häufiger zur selbstverletzenden Verhalten und Rückzug neigen.

D2 ergänzt, dass Mädchen tendenziell häufig Symptome von Angst, Überforderung und Panik zeigen (D2:62). Auch D3 beobachtet bei Mädchen einen deutlichen Anstieg sozialer Ängste und Phobien, die häufig mit depressiven Symptomen einhergehen. Auch Zwangsstörungen etwa durch pandemiebedingtes Verhalten haben zugenommen. Ein weiteres Thema sind Essstörungen oder Körperschemastörungen, häufig entstehend aus Selbstwertproblematiken, welche ein guter Nährboden für psychische Erkrankungen sind (D1: 23,25). Klassische Symptome sind für sie Rückzugsverhalten und soziale Isolation. Zusätzlich treten häufig psychosomatische Beschwerden wie Kopf- und Bauchschmerzen sowie Schlafstörungen auf, teils schon im Grundschulalter. Diese Symptome deuten auf ein erhöhtes Stressniveau hin und zeigen sich bei Mädchen besonders ausgeprägt (D1:31).

D3 äußert die Einschätzung, dass psychische Störungen heute insgesamt häufiger diagnostiziert werden, was sie auf eine gestiegene gesellschaftliche Akzeptanz zurückführt. Gleichzeitig betont sie eine deutliche Unterversorgung im Bereich psychiatrischer und psychotherapeutischer Angebote. Zudem glaubt sie, dass Mädchen häufiger später oder gar nicht diagnostiziert werden, weil sie sozial angepasster agieren als Jungen (D3:46).

„Jungs tragen ihr Ich fühle mich kacke nach außen und werden dann sozial auffällig, werden vielleicht aggressiv oder gehen in eine massive Verweigerungshaltung, während Mädchen ja eher dazu neigen, in sich reinzuleiden und auch oft zum Beispiel unterdiagnostiziert sind, was ADS und ADHS betrifft.“ (D3:46)

Außerdem beobachtet sie, dass psychische Auffälligkeiten bei Mädchen häufig erst mit Beginn der Pubertät auftreten, insbesondere im Zusammenhang mit der körperlichen und sozialen Entwicklung zur Frau (D3:50).

Die Expertinnen sind sich einig, dass es häufig geschlechterspezifische Unterschiede in der Symptomatik und Ausprägung psychischer Belastungen gibt, welche in der Diagnostik und Behandlung berücksichtigt werden sollten.

Bewältigungsstrategie

Aus Sicht von P5, P3, D3 ist die Bewältigungsstrategie für Stress im Alltag bei Jungen häufig Sport und Aktivitäten in Vereinen. Über diese Angebote können sie Erfolgserlebnisse erzielen, Anerkennung erfahren und soziale Kontakte knüpfen. Sport bietet zudem die Möglichkeit das Selbstwertgefühl zu stärken und Aggressionen abzubauen (P3:58). P3 findet, dass Mädchen nicht so die Vereinsmenschen sind und Aktivitäten wie Tanzen bevorzugen (P3: 66). D3 betont, dass sportliche Aktivitäten grundsätzlich auch für Mädchen förderlich sind, sie jedoch anders darauf reagieren als Jungen. Während Jungen körperliche und erlebnispädagogische Angebote meist unkomplizierter annehmen und leicht über Aktivität erreicht werden können, profitieren Mädchen stärker von Vertrauensarbeit, emotionaler Nähe und einem respektvollen Umgang. Bei Mädchen zeigt sich oft ein komplexeres Verhalten, das mehr Aufmerksamkeit im Umgang mit Herausforderungen beinhaltet (D3:58). Für P5 ist der Zugang zu Sportangeboten, die für Mädchen interessant sind, oft durch die Erreichbarkeit und die finanzielle Situation der Familie erschwert. Zudem beschreibt sie, dass viele Mädchen und junge Frauen Hemmungen haben, neue Sportarten eigenständig wahrzunehmen. Es fehlt den Mädchen häufig an Selbstbewusstsein und Initiative, allein zu einer Gruppe zu gehen (P5: 24).

D1, D2, D3, P2 und P3, stimmen überein, dass Mädchen als Bewältigungsstrategie eher das vertrauensvolle Gespräch suchen.

„Wobei Mädchen sich dann auch manchmal schneller öffnen (...) die tauschen sich aus, die tauschen sich halt auch mit ihren Mamas vielleicht aus oder gehen mal auf eine Lehrerin zu, nutzen Schulsozialarbeiter und treten dann dadurch hinterher doch auch eher in Erscheinung (D1:33)

P2 betont, dass sich ihre Schülerinnen sich immer freuen, wenn ihnen Raum gegeben wird und man sich Zeit für sie nimmt (P2:50). P3 sieht die Atmosphäre der besten Freundschaften bei Mädchen als wichtiges Kriterium, um Probleme zu bewältigen (P3:58).

Bei Mädchen ist Selbstverletzung, wie Ritzen oder Schneiden, weiterhin eine häufige, aber wenig hilfreiche Bewältigungsstrategie. Diese Verhaltensweise tritt aus Sicht von D2 heute deutlich häufiger auf (D2:65).

Aus Sicht der Expertinnen ist herauszustellen, dass Mädchen ebenso wie Jungen von sportlichen Aktivitäten profitieren können. Jedoch wird der Zugang durch finanzielle Hürden, mangelnde Erreichbarkeit, fehlendes Selbstbewusstsein oder unpassende Angebote erschwert. Stattdessen suchen Mädchen eher vertrauensvolle Gespräche, greifen jedoch auch teils auf wenig hilfreiche Bewältigungsstrategien wie Selbstverletzung zurück.

Ressourcen und Stärken

Die Expertinnen sehen Selbstliebe und eine gesunde Selbstreflexion als grundlegende Ressource für die mentale Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen (P2:42, P5:27, D1: 35, D2:47)

„(...) auch wenn es darum geht, den Selbstwert zu stärken. Sich selbst als Individuum schätzen und idealerweise lieben zu lernen. Sich der eigenen Stärken bewusst werden. Einen positiven Blick auf sich selbst entwickeln. Aber das sind häufig Dinge, die ja erst entstehen durch den therapeutischen Prozess. Wenn die Mädchen das haben, dann brauchen sie häufig keine Beratung.“ (D2:69)

D2 und D1 sehen Selbstbewusstsein in Bezug auf den eigenen Körper bzw. ein gutes Körpergefühl als wichtige Ressource (D1:35). D2 sieht Vorbildfunktionen von Frauen in den Medien als Positive Entwicklung.

(...) also Taylor Swift oder auch Billy Eilish. So Künstlerinnen, die halt sehr propagieren „Be yourself and like what you are!“ (...) lass dich von dem Außenrum nicht so beeinflussen. Also diese Tendenzen gibt es ja auch (...) Und das ist natürlich total wichtig, dass es das gibt. Aber ich habe so ein bisschen die Sorge, dass diese Stimmen in dem ganzen anderen Getöse „so hast du zu sein.“ (...) Auch ein bisschen untergehen. (...) Also ich feiere das, wenn ich übergewichtige Mädchen in kurzen Paillettentops sehe, wie bei Taylor Swift auf dem Konzert waren.“ (D2:47)

D3 sieht ebenfalls positive Vorbilder innerhalb und außerhalb der Familie als wichtige Stütze für die Persönlichkeitsentwicklung (D3:60).

Zudem beobachtet P3, dass es für Mädchen und Frauen gesellschaftlich akzeptierter ist, dass es ihnen schlecht geht. Dies erleichtert die Offenheit sich Hilfe zu suchen und Hilfsangebote anzunehmen (P3: 56).

P2 und D2 ergänzen, dass *Selfcare* und *sich Unterstützung zu holen* allgemein mehr zur Normalität für junge Menschen werden sollte. Die Fähigkeit zu reflektieren, dass schwierige Zeiten in jedes Leben gehören, sei ebenfalls eine wichtige Ressource (P2:30, D2:77). Ein gutes soziales Netz und Freunde sind diesbezüglich wichtige Faktoren, um offen Gespräche führen zu können. Sie dienen aber auch als Schutzfaktor gegen Belastungen und Vereinsamung (P2: 42, P4:33, P5:29). Auch D3 sieht die Peergroup und enge Freundeskreise als wichtige Ressource für junge Menschen an (D3:21).

Aus Sicht von D1 sind zudem Stressresilienz und ein gesunder Umgang mit Emotionen zentrale Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit (D1:35). D3 betont, dass altersgerechte Förderung Mädchen und junge Frauen in ihrer Resilienz stärken kann. Jüngere Kinder brauchen Struktur und Anleitung, Ältere eher Unterstützung von Autonomie und Selbstständigkeit. Ein ermutigender Umgang mit Fehlern stärkt zusätzlich (D3:21,60). Auch P5 nennt Tagesstruktur als große Ressource (P5:29).

P4 und D3 nennt von außen nicht beeinflussbare Schutzfaktoren und „Grundlagen“ wie Bildung und gute sozioökonomische und familiäre Bedingungen, welche laut ihnen immer schützend gegen alle Belastungen wirken (P4:33, D3:60).

Insgesamt zeigt sich, dass der Aufbau von Resilienz und Selbstwirksamkeit bereits im Kindesalter durch geeignete Förderung und Vorbilder unterstützt werden sollte. Dabei sind altersgemäße Ansätze, die Autonomie stärken und Fehler als Teil des Lernprozesses akzeptieren, besonders wichtig.

4.3 IST-Situation und Evaluation des bestehenden Angebots

Nachfolgend wird die IST-Situation der Stadt Oberhausen aus Sicht der Expertinnen bezüglich des Angebots präventiver Maßnahmen, die einen positiven Einfluss auf die psychischen Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen haben können, dargestellt. Informationen über aktuelle Angebote konnten aus allen Interviews gewonnen werden. Die von den Expertinnen genannten Angebote werden nachfolgend aufgeführt und zum Teil um Verbesserungspotenziale ergänzt.

Angebote und Maßnahmen in Oberhausen	Verbesserungspotenziale
Psychosoziales Gesundheitszentrum (P5:9, P3:68)	- Lange Wartezeiten (P5:9) - Unterversorgung (P3:68) u.a. durch Fachkräftemangel (P5:9)
Sexualpädagogisches Netzwerk Oberhausen (P4:35)	
Familienhilfe Oberhausen (P3:30)	
Familienzentren in den Gemeindezentren mit Jugend- und Mädchenarbeit (D3:21)	
Jugendamt (P3: 68, P5:9)	Fachkräftemangel (P5:9)
Kommunales Integrationsmanagement: Case Manager für Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrungen (P1:83, P5:17)	Angebote zu hochschwellig (P5:17)
Zentrum für Integration und Bildung – Haus der offenen Tür (P1:61)	
Lore – Beratungsstelle für Frauen in Wohnungsnot (P5:31)	
Reset Projektcafe Oberhausen – Offener Treff und Beratung für junge Erwachsene unter 25 (P5:37)	
No Name Oberhausen – Queeres Jugendzentrum und Beratung (P4:49)	
Jugendzentren & Jugendhäuser mit speziellen Freizeit Angeboten für Mädchen (P5:29, P3:68, D1:37)	
Selbsthilfegruppen (P3:30)	Für viele Menschen bestehen in Gruppenangeboten Hemmungen, sich zu öffnen (P3:30)
Streetwork (P3:68)	
Drops Oberhausen Drogenberatungsstelle – z.B. Projektwochen an Schulen (D3:44)	

Frauenberatungsstelle Oberhausen – Workshops und Kurse für Schulen buchbar (P5:31)	
Schulsozialarbeit (P2:14, P3:68)	Zu wenige Schulsozialarbeiter:innen je Schule (P2:14)
Girls Groups an zwei Gesamtschulen (D3:66)	
Coaching für Frauen von der Polizei an Schulen (P2:56)	Ausfall aufgrund von Elternzeit, Ersatzangebot wäre schön (P2:56)
Klasse 2000 – Jugendförderprogramm an Oberhausener Grundschulen (u.a. Gesundheitsförderung) (D1:37)	
Die Falken Oberhausen (Sozialistische Jugendgruppe mit Mädchenspezifischen Angeboten u.a. an der Gesamtschule Osterfeld) (D3:66, D2:79)	
Kind im Mittelpunkt (KIM) – Sozialarbeiterinnen machen Hausbesuche bei jungen Müttern (D3:62, D1:43)	Einmaliger Besuch der Familien zu wenig, um Bedarfe zu erkennen (D1:43)
Facharbeitskreis Mädchen (Organisation Mädchentrophy, Girls Day und weiteres) (D3:63)	
Evangelische Kirchengemeinde Oberhausen (spezielle Mädchenarbeit) (D3:63)	
Ev. Apostelkirchengemeinde (mädchenspezifische Angebote) (D2:79)	
Psychologische Programme (psychologische und pädagogische Interventionen auch in Gruppen) (D3:84)	

Tabelle 1: Angebote und Verbesserungspotenziale (Quelle: eigene Darstellung)

Über das vorhandene Angebote sowie die fachliche Expertise und Motivation der Mitarbeitenden von Hilfsangeboten äußern sich fast alle Expertinnen weitestgehend positiv (P1:83, P3:68, P4:35, D1:43, D2:79, D3:63).

Ergänzend ist zudem zu betonen, dass es den Facharbeitskreis Mädchen aus dem Netzwerk Mädchenförderung gibt. Dieser Arbeitskreis wurde als positives, bekanntes Netzwerk von einer Expertin genannt (D3). Zudem wurde das Vorhaben dieser Masterarbeit dort vorgestellt und Expertin P3 konnte dort als Interviewpartnerin gewonnen werden konnten.

Der Arbeitskreis setzt sich aus vielfältigen Akteurinnen zusammen, die in unterschiedlichen Kontexten mit Mädchen und jungen Frauen arbeiten.

Gemeinsam werden dort Veranstaltungen wie die Mädchentrophy oder das Mädchenfestival geplant und umgesetzt. Darüber hinaus lädt der Arbeitskreis regelmäßig externe Fachpersonen zu Vorträgen ein und dient als Plattform für den fachlichen Austausch zu aktuellen Themen und Entwicklungen rund um die Lebenswirklichkeiten von Mädchen in Oberhausen.

Des Weiteren wurden aus den Interviews wie folgt weitere Verbesserungspotenziale herausgearbeitet.

Aus Sicht von D3 und P5 fehlt es für Mädchen und deren Familien an niedrigschwelligen und gut zugänglichen Informationen über bestehende Hilfsangebote (P5:11, D3:36). Häufig sind lediglich Psycholog:innen oder psychiatrische Einrichtungen bekannt, während andere Unterstützungsstrukturen kaum wahrgenommen werden. Zwar existiert unter anderem mit der sogenannten "Hilfekarte für Mädchen" ein entsprechendes Informationsangebot (siehe Anhang 5), jedoch ist für P5 unklar, wo Informationen zugänglich gemacht werden und ob die Orte sinnvoll gewählt sind (P5:11,47).

Aus Sicht von P3 fehlt es besonders im schulischen Kontexten oft an passenden Strategien und geschützten Räumen, in denen Jugendliche vertrauensvoll über ihre Probleme sprechen können. Schulsozialarbeiter:innen sind laut ihr häufig überlastet und haben nicht die Kapazität für tiefgehende Einzelgespräche (P3:28-30). Verweise an psychologische Fachstellen führen in vielen Fällen ins Leere, da diese überlaufen sind und Wartezeiten bis zu einem Jahr betragen können (P3:28-30, P5:9). Gleichzeitig sind aus Sicht von D3 Schulen und Kommunen überlastet, wodurch besonders benachteiligte Kinder und Familien unterversorgt bleiben (D3:36).

Zudem werden laut D2 und P3 bestehende Förderprojekte häufig nicht nachhaltig umgesetzt. Es fehlt an langfristiger Planung, da Förderungen meist etappenweise bewilligt und Programme schnell wieder eingestellt werden, wenn kurzfristige Erfolge ausbleiben. Auch die notwendige Qualifikation der Fachkräfte kann unter solchen Bedingungen nicht nachhaltig aufgebaut werden (P3:72-75, D2:87).

„(...) das erleben wir auch halt immer wieder, dass dann tolle Projekte eingestampft werden oder halt solche Dinge auch als Projekt angelegt sind, wo dann spätestens alle zwei Jahren bei den Anbietenden das große Bibbern losgeht (...) Bekommen wir wieder ausreichend Gelder? Bekommen wir weniger Gelder? Was müssen wir dann streichen? Können wir den Mitarbeitern den Stamm halten usw. Und das ist natürlich schwierig.“ (D2:87)

Die Expertin P1 betont, dass weniger ein Mangel an Angeboten oder gutem Fachpersonal besteht, sondern vielmehr an interkultureller Kompetenz und Zugänglichkeit.

Viele Einrichtungen sind nicht ausreichend auf kulturelle Vielfalt vorbereitet, was zu Ausgrenzung führen kann. Aus ihrer Sicht fehlt es teilweise an Wissen oder Bereitschaft, sich interkulturell zu öffnen oder eine Lotsenfunktion einzunehmen. Zudem müssten bestehende Angebote besser vernetzt und auf unterschiedliche Lebensrealitäten (nicht nur im Kontext von Migration) abgestimmt werden. Aufklärung und Bildung sei besonders für Mädchen und Frauen zentral, um Teilhabe zu ermöglichen (P1:45,51,65).

Zuletzt warnt D1 vor den Folgen unzureichender Prävention, insbesondere im Hinblick auf Mädchen, die ein deutlich höheres Risiko und bereits eine höhere Prävalenz psychischer Erkrankungen aufweisen. Wird dem nicht frühzeitig begegnet, besteht aus ihrer Sicht die Gefahr einer generationsübergreifenden Weitergabe psychischer Belastungen, etwa wenn betroffene Mädchen später selbst Mütter werden. Ohne präventives Handeln droht laut ihr langfristig eine Zunahme psychischer Erkrankungen in der Gesamtgesellschaft mit gravierenden sozialen und ökonomischen Folgen (D1:43).

4.4 Erkenntnisgewinn möglicher präventiver Maßnahmen

Die im Rahmen der Expertinneninterviews gewonnenen Erkenntnisse bieten wichtige Anhaltspunkte für mögliche präventive Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen. Im Folgenden werden sowohl konkrete Maßnahmenvorschläge als auch ergänzende Hinweise vorgestellt, die zur Weiterentwicklung wirksamer Präventionsstrategien beitragen können.

Konkrete Maßnahmen und Handlungsempfehlungen

Aus Sicht von P5 und D2 fehlt es in Oberhausen an einer zentralen Übersicht für Hilfsangebote im Bereich psychischer Erkrankungen. P5 kann sich eine zentrale Website für Betroffene in einfacher Sprache vorstellen, welche einen Überblick über alle Angebote und Maßnahmen aufzeigt (P5:11). Sie schlägt vor, dass die Einrichtungen ihre Angebote dort in Selbstverantwortung veröffentlichen und aktualisieren oder das Ganze zentral über eine Person gepflegt wird (P5:33). Ergänzend können sich D2 und P5 eine Datenbank oder Website für Anbieter aus dem Bereich Jugendhilfe vorstellen, auf dem zum Beispiel Therapeut:innen, Fachkliniken und weitere Hilfsangebote gelistet sind, um gezielt nach passenden Gruppen oder Maßnahmen zu suchen (P5:33, D2:111). Auch hier merkt D2 an, dass eine feste Ansprechperson ausschließlich für die Pflege des Netzwerks sowie der dazugehörigen Informationsplattform zuständig sein sollte, um Überblick über bestehende Angebote zu behalten und diese regelmäßig zu aktualisieren (D2:113).

P5 und D3 wünschen sich zudem mehr Informations- und Aufklärungsarbeit an Schulen, nicht nur für Schüler:innen, sondern auch für Lehrkräfte. Allgemein sollten Ihrer Meinung nach alle Fachkräfte, die mit Jugendlichen arbeiten, besser geschult werden, um psychische Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und angemessen zu reagieren (P5:33-37, D3:46). D3 kann sich diesbezüglich die Einführung regelmäßiger psychologischer Screenings an Schulen vorstellen. Dabei sollen keine Diagnosen gestellt, sondern frühzeitig Auffälligkeiten bei Kindern erkannt werden, etwa durch Kurztests oder systematische Beobachtungen. Ziel ist es, Risiken wie depressive Verstimmungen frühzeitig zu erkennen und sensibel damit umzugehen. Gleichzeitig sollte das Schulpersonal besser geschult werden, um Warnsignale je nach Geschlecht zu deuten und angemessen zu reagieren (D3:46). D2 findet, Maßnahmen sollten stärker auf die individuelle Förderung junger Menschen ausgerichtet sein.

Statt einseitiger Leistungsorientierung und starrer Curricula wäre aus ihrer Sicht ein reformpädagogischer Ansatz wünschenswert, der die Persönlichkeit, Interessen und Stärken der Jugendlichen in den Mittelpunkt stellt (D2:93).

P1 und D3 können sich eine gezielte Begleitung junger Menschen in schwierigen Lebensphasen vorstellen (P1:21, D3:72) P1 nennet als Beispiel den Versuch, mithilfe von Gesundheitsmediatorinnen mit Einwanderungsgeschichte Zugänge zu migrantischen Communities zu schaffen, etwa über Vereine oder Ganztagsangebote. In Oberhausen gibt es ihrer Aussage nach bereits eine Dame, die solche Mediator:innen ausbildet (P1:61).

D1, D3, P4 und P2 finden, dass Maßnahmen an Schulen derzeit meist nur punktuell und abhängig vom Engagement einzelner Schulen, etwa im Rahmen von Projekttagen stattfinden. Statt einzelner Veranstaltungen braucht es jedoch ein umfassendes, strukturell verankertes Konzept in der didaktischen Jahresplanung, wie zum Beispiel das regelmäßige Coaching für Frauen von der Polizei. Auch andere Themen wie Bodypositivity könnten so nachhaltig behandelt werden (D3:84, P4:43, P2:56). P2 schlägt ergänzend vor, externe Fachkräfte regelmäßiger in Schulen einzubinden, um spezialisierte Inhalte und Methoden anzubieten. Häufig fehlt es Schulen an Ressourcen, um auf bereits bestehende Konzepte zurückzugreifen, stattdessen muss vieles immer wieder neu entwickelt werden. Eine zentrale Unterstützung, etwa durch die Bezirksregierung in Form von Material oder Fachpersonal, wäre daher wünschenswert (P2: 58).

D1 schlägt vor, beiden Geschlechtern gezielter zu helfen, indem Mädchen und Jungen phasenweise getrennt gefördert werden. Dies sollte frühzeitig und strukturiert geschehen, zum Beispiel durch eine feste, wöchentliche Schulstunde, in der geschlechterspezifische Themen in kleinen Gruppen bearbeitet werden. Auch sie findet, die Schule könne das allein nicht leisten, daher sollte externe Unterstützung eingebunden werden, beispielsweise durch Projektpartner oder Krankenkassen mit Präventionsbudgets. Auch engagierte Lehrkräfte und Schulsozialarbeit sollten in ein solches Modellkonzept eingebunden werden (D1:49,51).

Ein weiterer Vorschlag für präventive Maßnahmen ergibt sich aus der Erfahrung von P3 und B mit alternativen Bildungsangeboten. Besonders wirksam können aus der Sicht von P3 Angebote sein, die den schulischen Alltag ergänzen, etwa naturnahe Projekte wie ein Schulgarten. Solche Aktivitäten können nicht nur das Gemeinschaftsgefühl fördern und sprechen auch bildungsferne oder sprachlich benachteiligte Familien an, sondern können auch das Selbstwertgefühl und das Bewusstsein für die persönliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen stärken (P3:66).

Zudem finden P2, P3 und B, sollte Schulsozialarbeit stärker mit psychologischer Begleitung verknüpft sein. Um Stigmatisierung zu vermeiden, könnten solche Hilfen auch außerhalb des schulischen Rahmens in Kooperation mit externen Einrichtungen angeboten werden (P2:42, P3+B:66). P2 empfiehlt zudem, wie oben genannt, eine bessere Strukturierung der Hilfsangebote, damit Schulsozialarbeiter:innen schnell und unkompliziert an die richtigen Stellen verweisen können (P2:64).

Eine häufig genannte Maßnahme zur Förderung der psychischen Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen ist die Stärkung von Müttern und Familien. Der Vorschlag von P1 fokussiert niedrigschwellige Beratungs- und Informationsangebote für Eltern und insbesondere für Mütter mit Einwanderungsgeschichte. In Form von beispielsweise Frauencafés könnten Themen wie Mobbing in der Schule, soziale Kompetenzen, psychische Belastung, Verhütung oder HIV-Prävention kultursensibel und alltagsnah aufgegriffen werden. Mütter sollen dort ermutigt werden, ihre Rechte wahrzunehmen und professionelle Hilfe zu nutzen (P1:71). Auch D2 sieht in einem Ausbau von offenen Treffpunkten mit Fokus auf Mädchen und jungen Frauen eine mögliche Maßnahme, in der hochwertige pädagogische und therapeutisch orientierte Angebote bereitgestellt werden können. D1 und D2 finden, dass viele Kinder eher von systemischen Ansätzen profitieren würden. Sie denken ebenfalls, dass insbesondere Mütter gezielt in ihrer Rolle unterstützt und gestärkt werden sollen. Da Frauen in vielen Familien nach wie vor die Hauptverantwortung für die Gesundheit und Erziehung der Kinder tragen, sei es wichtig, ihre Rolle frühzeitig zu stärken (D1: 43, D2:93). Zudem sollte aus Sicht von D1 das gesellschaftliche Rollenbild von Frauen hinterfragt und neu gestaltet werden, zum Beispiel durch stärkende Aktionen an Tagen wie dem Weltfrauentag, die Mädchen ermutigen, stolz auf ihre Identität und ihr Frausein zu sein, unabhängig von gesellschaftlichen Erwartungen (D1:43).

Im Kontext Familie ergänzt D1, dass an Schnittstellen wie Kliniken gezielt hingeschaut werden sollte, insbesondere, wenn Eltern mit psychischen Erkrankungen behandelt werden. Sie fordert, dass auch die Situation der Kinder, vor allem der Töchter, stärker berücksichtigt wird, da diese oft zusätzliche Verantwortung übernehmen. Mädchen in solchen familiären Belastungssituationen benötigen besondere Aufmerksamkeit und Unterstützung. Da es bislang kaum spezifische Angebote für sie gibt, müssten solche Schlüsselstellen dringend stärker genutzt und sensibilisiert werden, um präventiv wirksam zu sein (D1:41).

Eine weitere präventive Maßnahme wäre aus Sicht von P5 eine Aufstockung des Personals im Jugendamt. Zudem wünscht sie sich ein Übergangsmangement nach psychiatrischen Aufenthalten, damit Jugendliche, insbesondere junge Frauen, nach der Entlassung nicht allein gelassen werden. Statt nur allgemeiner Informationen oder Flyer sollte es konkrete Anschlussangebote geben, inklusive Begleitung und direkter Kontaktaufnahme zu Hilfen vor Ort, um einen nahtlosen Übergang zu ermöglichen (P5:37).

Formate und Inhalte möglicher präventiver Maßnahmen

Bezüglich der Themen, Inhalte und Aufbau von Maßnahmen gibt es unterschiedliche Vorschläge der Expertinnen. P3 findet, die Medienkompetenz von Kindern- und Jugendlichen sollte gezielt gestärkt werden. Dabei sollten neben der Bedienung von Medien insbesondere die kritische Auseinandersetzung mit medialer Einflussnahme im Fokus stehen. Maßnahmen sollte aufzeigen, wie Inhalte auf sozialen Plattformen gezielt wirken, welche Ideale vermittelt werden und wie diese das Selbstbild beeinflussen können (P3:43).

Ein Vorschlag von D1, P3 und P1 ist die stärkere Einbindung körperbezogener Angebote wie Tanz, Yoga oder Pilates insbesondere für Mädchen. Solche Aktivitäten fördern aus Ihrer Sicht nicht nur die Freude an Bewegung, sondern können auch die körperliche Selbstwahrnehmung und das Selbstbewusstsein stärken. Über kreative Bewegungsformen wie Tanz können sich niedrigschwellig Gespräche über Körperentwicklung, Veränderungen und Selbstbild anstoßen lassen (P3:66, P1:55). D1 merkt an, dass diesbezüglich gezielte Angebote ausschließlich für Mädchen geschaffen werden sollten. Mädchen zeigen oft in gemischtgeschlechtlichen Gruppen weniger Selbstvertrauen.

Dies kann sich negativ auf ihre Beteiligung und Leistungen auswirken. Spezifische Formate wie soziales Kompetenztraining, „Mein Körper gehört mir“-Programme oder niederschwellige Sportangebote ohne Leistungsdruck könnten helfen, Selbstwertgefühl, Körperakzeptanz und Resilienz gezielt zu stärken (D1:41).

Inhaltlich wünscht sich D2 die Themen Ressourcenstärkung, Selbstliebe und Selbstfürsorge bei allen Institutionen die Mädchen und junge Frauen durchlaufen, zu platzieren.

„Wie entwickle ich ein gutes Coping Set an Strategien? Welche Stärken habe ich? Was macht mich als Individuum aus und wie kann ich die nutzen? (...) Um gut durch schwierige Zeiten zu kommen? Schwierige Zeiten gehören in jedes Leben rein. (...) Wenn junge Menschen vermittelt bekommen: Das Leben ist ein auf und ab. Und manchmal bedeutet Scheitern nicht, dass man Fehler gemacht hat, sondern das gehört zum Leben, dass auch Sachen nicht klappen.“ (D2:71-73)

Auch P4 wünscht sich eine stärkere ressourcenorientierte, positive Ausrichtung von Prävention. Präventive Maßnahmen sollten aus ihrer Sicht nicht nur vor Gewalt oder psychischer Erkrankung schützen, sondern vielmehr die gesunde Entwicklung, ein gutes Miteinander sowie ein reflektiertes Verständnis von Rollenbildern fördern (P4:47).

In Hinblick auf Formate präventiver Angebote äußert P4, dass trotz vieler Ideen für digitale Präventionsangebote insbesondere Mädchen den Wunsch nach einem realem, persönlichen Austausch äußern. In der praktischen Präventionsarbeit wird aus ihrer Sicht deutlich, dass sie den direkten Kontakt, den Austausch mit anderen Jugendlichen sowie mit Erwachsenen und die klare Haltung des Gegenübers sehr schätzen. Digitale Formate wie Videos oder Clips werden dagegen häufig als wenig hilfreich empfunden, vermutlich aufgrund einer gewissen Übersättigung (P4:65,67).

D2 merkt an, dass auch gemischtgeschlechtliche Präventionsangebote nachhaltige positive Veränderungen im Miteinander von Mädchen und Jungen bewirken können. Sie erkennt die geschlechterspezifischen Bedürfnisse an, findet jedoch, dass zentrale Kompetenzen wie Kommunikation, das Zeigen von Gefühlen, der Umgang mit Ängsten und das Entwickeln respektvoller Beziehungen gemeinsam erlernt werden sollten (D2:97).

Zugänge und Erreichbarkeit

D3 thematisiert, dass Mädchen sich oft aus Unsicherheit oder Schüchternheit von Freizeit- oder Hilfsangeboten zurückziehen. Diese Zurückhaltung sollte aus ihrer Sicht einerseits akzeptiert werden, da Introversion Teil der Persönlichkeit sein kann andererseits sei es wichtig, Mädchen in ihrer Entwicklung nicht frühzeitig festzulegen, sondern ihnen niedrigschwellig Gelegenheiten zum Ausprobieren zu bieten. Mit Geduld und Engagement kann laut ihr für jedes Mädchen ein passendes Angebot gefunden werden, das Freude und Begeisterung weckt (D3:80).

P1 und P5 heben hervor, wie wichtig niedrigschwellige Zugänge zu Unterstützung für jüngere Menschen sind. Der Begriff „Beratungsstelle“ wirkt oft abschreckend, da er mit dem Gefühl verbunden ist, aktiv Hilfe suchen und sich in eine bedürftige Rolle begeben zu müssen. Stattdessen werden offene, einladende Orte von ihnen vorgeschlagen, an denen man zwanglos vorbeikommen kann, sei es für einen Kaffee oder mit einem Anliegen. Solche informellen Zugänge erleichtern es aus ihrer Sicht, überhaupt erst Kontakt aufzunehmen, ohne sofort über Belastendes sprechen zu müssen. Sie senken Hemmschwellen deutlich mehr als formale Beratungssettings mit Terminzwang (P1:43, P5:39).

Es wird deutlich, dass Schulen ein zentraler Zugangspunkt für präventive Maßnahmen sind, da dort alle Kinder und Jugendlichen erreicht werden können – auch wenn der schulische Rahmen nicht immer ideal für sensible Themen ist.

„Also ich finde genau, Schulen sind halt ein guter Weg, um alle zu erreichen. (...) Und andererseits sind diese Themen manchmal in diesem Zwangskontext Schule natürlich auch nicht total günstig platziert. Es wäre schön, man könnte es woanders platzieren. Unsere Erfahrung ist aber, dass das schwierig ist“ (P4:39)

Angebote außerhalb der Schule, etwa in Jugendzentren, erreichen häufig nur bereits aktive Mädchen, während andere Zielgruppen, zum Beispiel Mädchen mit Behinderungen oder aus bildungsbenachteiligten Familien, schwerer erreichbar sind. Deshalb ist eine engere Zusammenarbeit mit Schulen und Schulsozialarbeit notwendig, um auch diese Gruppen zu erreichen und Unterstützung bei der Anmeldung zu leisten. Zudem besteht ein großer Bedarf an besserer Bewerbung und niedrigschwelliger Gestaltung der Angebote, insbesondere was Zugänglichkeit, Sprache, digitale Hürden und inklusive sowie kultursensible Formate betrifft (P4:45, D3:72-79, D2:109, D1:41).

Die Expertinnen P1, P5 und D1 sind sich einig, dass Werbemaßnahmen zu präventiven Maßnahmen insbesondere über Social Media gestreut werden sollten, da Kinder und Jugendliche, besonders Mädchen, dort gut erreichbar sind. Von ihnen wird hervorgehoben, dass Prävention zielgruppenspezifisch gedacht werden muss, etwa unter Berücksichtigung von Sozialisationshintergründen. Zudem sollten Multiplikatoren und idealerweise bekannte Gesichter wie Influencer:innen eingesetzt werden, um die Wirksamkeit der Maßnahmen zu erhöhen (P5:11, P1:63, D1:41, D1:49).

D1 ergänzt zudem, dass Werbung für Maßnahmen an möglichst vielen alltäglichen und soziokulturellen Orten stattfinden sollte – überall dort, wo sich Mädchen ohnehin aufhalten. Genannt werden von ihr unter anderem Kinderärzt:innen, Gynäkolog:innen, Schulen, Orte wie Pro Familia sowie Hinweise auf Produkte des täglichen Gebrauchs wie Binden oder Tampons. Mädchen tauschen sich intensiv untereinander aus, was aus ihrer Sicht gezielte Ansprache und Weiterverbreitung von Informationen erleichtert (D1:49).

5 Diskussion

In der vorliegenden Diskussion werden die zentralen Ergebnisse der durchgeführten Expert:inneninterviews im Kontext der bestehenden Forschungslage interpretiert und strategisch eingeordnet. Ziel ist es, die gewonnenen Erkenntnisse hinsichtlich der Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen sowie möglicher präventiver Ansätze im kommunalen Kontext kritisch zu reflektieren.

5.1 SWOT-Analyse zur strategischen Einordnung der Ergebnisse

Die systematische Auswertung der leitfadengestützten Experteninterviews unter Anwendung der SWOT-Analyse ermöglicht eine verdichtete Darstellung zentraler Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen im städtischen Kontext. Auf Basis des entwickelten Kategoriensystems lassen sich im Folgenden die relevanten Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken differenziert beschreiben.

Als zentrale Stärke wurde von den Expertinnen mehrfach die hohe fachliche und persönliche Kompetenz von Fachkräften in den bestehenden psychosozialen Unterstützungsangeboten betont. Insbesondere in Einrichtungen der offenen Kinder- und Jugendarbeit sowie bei spezialisierten Beratungsstellen ist ein hohes Maß an Engagement, Einfühlungsvermögen und Fachwissen vorhanden. Dieses Personal wirkt stabilisierend auf Mädchen mit psychischen Belastungen und bietet verlässliche Strukturen, die – gerade bei instabilen familiären oder schulischen Kontexten – eine wichtige Ressource darstellen. Auch das Bestehen von interdisziplinären Kooperationsnetzwerken innerhalb der Stadt wurde als strukturelle Stärke identifiziert, da es einen niedrigschwelligen und zielgerichteten Austausch zwischen Jugendhilfe, Schule, Gesundheitswesen und weiteren Trägern ermöglicht.

Demgegenüber zeigen sich erhebliche Schwächen in Bezug auf die Zugänglichkeit und Bekanntheit dieser Angebote. Zahlreiche Aussagen der Interviewpartner:innen deuten auf strukturelle Hürden hin, die es insbesondere für vulnerablere Gruppen – etwa Mädchen mit Fluchterfahrung, aus bildungsfernen Familien oder mit psychischen Vorerkrankungen – erschweren, überhaupt in Kontakt mit geeigneten Hilfsangeboten zu treten. Neben sprachlichen und kulturellen Barrieren sind es vor allem fehlende zeitliche Ressourcen der Familien sowie eine oft unzureichende digitale Sichtbarkeit von Unterstützungsstrukturen, die als Schwächen genannt wurden.

Auch die teils geringe schulische Sensibilität gegenüber psychischen Belastungen bei Mädchen stellt ein relevantes Defizit dar.

In diesem Zusammenhang wurde von mehreren Interviewten kritisch angemerkt, dass schulische Ansprechpartner:innen häufig nicht ausreichend auf Themen wie Selbstverletzung, Essstörungen oder depressive Symptomatiken vorbereitet seien und stattdessen vorrangig auf leistungsbezogene Auffälligkeiten reagieren würden.

Auf der Ebene der Chancen eröffnet sich ein breites Spektrum an entwicklungsfähigen Bereichen. Die Expert:innen identifizierten insbesondere die gestiegene gesellschaftliche Sensibilität für mentale Gesundheit als förderlichen Kontext. Infolge der COVID-19-Pandemie ist das öffentliche Bewusstsein für psychische Belastungen deutlich gewachsen, was eine größere politische und institutionelle Offenheit für präventive Maßnahmen erzeugt. Hinzu kommt die Möglichkeit, digitale Kommunikationskanäle wie Social Media oder Onlineberatung gezielt zur niedrigschwelligen Ansprache und Unterstützung von Mädchen zu nutzen. Diese Kanäle bieten nicht nur die Möglichkeit zur frühzeitigen Informationsvermittlung, sondern auch zum Aufbau vertrauensbasierter digitaler Erstkontakte, insbesondere bei tabubehafteten Themen wie sexueller Gewalt oder selbstverletzendem Verhalten. Darüber hinaus bestehen Chancen in der Weiterentwicklung bestehender Netzwerkstrukturen, etwa durch den Ausbau schulischer Präventionsarbeit, die Einbindung von Peer-Ansätzen oder die stärkere Verzahnung von psychosozialer und kultureller Bildung.

Den genannten Potenzialen stehen jedoch auch erhebliche Risiken gegenüber, die insbesondere im gesellschaftlichen Wandel sowie in strukturellen und politischen Rahmenbedingungen begründet liegen. Hierzu zählen die zunehmende digitale Vergleichskultur auf Plattformen wie TikTok oder Instagram, die durch idealisierte Körperbilder und leistungsbezogene Narrative erheblichen Druck auf junge Mädchen ausüben kann. Mehrere Interviewpartner:innen verwiesen auf die Gefahr der chronischen Selbstabwertung und des Verlusts realitätsbezogener Selbstbilder als Folge kontinuierlicher Mediennutzung. Auch Mobbing – insbesondere in seiner digitalen Form als Cybermobbing – wurde als wachsendes Risiko identifiziert, das sich häufig dem direkten Zugriff pädagogischer Fachkräfte entzieht. Strukturell besteht zudem die Gefahr, dass präventive Angebote in finanziell prekären kommunalen Haushalten nicht dauerhaft gesichert oder sogar gekürzt werden. Die Interviews

zeigten, dass viele Maßnahmen stark projektbezogen und somit zeitlich begrenzt sind, was die nachhaltige Etablierung stabiler Unterstützungsangebote gefährdet.

Darüber hinaus wurde die steigende psychische Belastung von Fachkräften selbst als Risiko benannt, da emotionale Erschöpfung und Personalmangel mittelfristig die Versorgungsqualität beeinträchtigen könnten.

Insgesamt zeigt die SWOT-Analyse ein differenziertes Bild: Auf der einen Seite existieren engagierte Strukturen und ein wachsendes Problembewusstsein, auf der anderen Seite bestehen deutliche Defizite in Reichweite, Verstetigung und gezielter Ansprache vulnerabler Zielgruppen. Diese Ambivalenz bietet zugleich eine wertvolle Grundlage, um auf der Basis konkreter Erkenntnisse aus der Praxis gezielte Handlungsempfehlungen abzuleiten, die im weiteren Verlauf dieser Arbeit entwickelt werden.

5.2 Einordnung der Untersuchungsergebnisse

Die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten leitfadengestützten Experteninterviews liefern einen vielschichtigen Einblick in die psychosozialen Belastungslagen und gesundheitsbezogenen Lebensrealitäten von Kindern und Jugendlichen, insbesondere von Mädchen und jungen Frauen. Ihre Auswertung macht deutlich, dass psychische Gesundheit nicht isoliert betrachtet werden kann, sondern im Wechselspiel zwischen individuellen, familiären, schulischen und gesellschaftlichen Bedingungen entsteht. In Bezug auf die zentrale Forschungsfrage – welche Einflussfaktoren die psychische Gesundheit von Mädchen im kommunalen Kontext prägen und welche präventiven Maßnahmen sich daraus ableiten lassen – ergibt sich ein konsistentes Bild: Die Interviews bestätigen zentrale theoretische Annahmen der gesundheitswissenschaftlichen Forschung, erweitern sie aber zugleich um praxisnahe und kontextspezifische Perspektiven.

Der Abgleich mit dem theoretischen Bezugsrahmen aus Kapitel 2.3 zeigt eine hohe Deckungsgleichheit zwischen den empirisch ermittelten Einflussfaktoren und der aktuellen Forschungslage. So spiegeln die Aussagen der Expertinnen insbesondere die Relevanz familiärer Ressourcen, sozioökonomischer Rahmenbedingungen, schulischer Anforderungen sowie medialer und sozialer Einflüsse wider – allesamt Faktoren, die auch in groß angelegten Studien wie der KiGGS-Erhebung (Robert Koch-Institut, 2008) oder der HBSC-Studie (Ravens-Sieberer et al., 2022) als zentral für die psychische Gesundheit Jugendlicher identifiziert wurden. Besonders deutlich wird die Rolle der Familie: Sie wird von den Interviewpartner:innen durchweg als maßgeblicher Schutz- oder Risikofaktor beschrieben – abhängig von der Qualität emotionaler Bindung, dem elterlichen Umgang mit Stress sowie dem Vorhandensein stabiler Strukturen im Alltag. Diese Sichtweise wird gestützt durch theoretische Modelle wie das ökologische Entwicklungsmodell von Bronfenbrenner (1979) und empirische Studien, die familiäre Kohärenz als Resilienzfaktor betonen (Bengel, Meinders-Lücking & Rottmann, 2009; Fröhlich-Gildhoff, Becker, & Fischer, 2012).

Ergänzend zur Forschungslage offenbaren die Interviews jedoch auch neue, bislang theoretisch unterbelichtete Einflussfaktoren. Besonders auffällig ist die häufige Nennung sogenannter „Übergangsphasen“ als psychosozial besonders kritische Zeiträume.

Diese betreffen etwa den Übergang von der Grundschule zur weiterführenden Schule, den Beginn der Pubertät, familiäre Umbrüche (z. B. Trennung, neue Partnerschaften der Eltern) sowie migrationsbedingte Veränderungen. In diesen Phasen scheint die psychische Stabilität vieler Mädchen besonders fragil zu sein – ein Aspekt, der in der klassischen Gesundheitsforschung bisher nur am Rande thematisiert wurde, obwohl er aus entwicklungspsychologischer Sicht als vulnerabler Zeitraum zu bewerten ist. Die Notwendigkeit, diese Übergänge durch spezifische Begleitstrukturen abzufedern, stellt somit eine relevante Ergänzung der bestehenden Forschung dar. Besonders bemerkenswert ist, dass in den Interviews nicht nur Übergänge im formalen Sinne (z. B. Schulwechsel), sondern auch emotionale Übergänge – etwa durch körperliche Veränderungen oder Rollenunsicherheiten – als Auslöser psychischer Instabilität benannt wurden. Dies legt nahe, dass künftige Präventionsmaßnahmen nicht nur an institutionelle Schnittstellen, sondern auch an subjektive Entwicklungsprozesse geknüpft werden sollten.

Darüber hinaus rücken die Interviews Einflussfaktoren in den Fokus, die in der quantitativen Forschung oftmals nur am Rande erfasst werden. Hierzu zählen etwa die gesellschaftliche Krisenwahrnehmung, Zukunftsängste, ein gesteigerter Leistungsdruck sowie Drogen- und Pornografiekonsum. Zudem eine zunehmende Verunsicherung von Mädchen und jungen Frauen in Bezug auf ihre Geschlechtsidentität und Sexualität.

Ein weiteres zentrales Thema ist die Rolle digitaler Medien. Während Kapitel 2.3.4 sowohl die Chancen als auch die Risiken von Social Media für die psychische Gesundheit beleuchtet, zeigen sich in den Interviews konkrete Praxiserfahrungen, die diese Ambivalenz bestätigen. Die Interviewpartnerinnen berichten einerseits von Cybermobbing, sozialem Vergleich, Selbstwertproblemen und hoch problematischem Medienkonsum – andererseits aber auch von digitalen Zugängen zu niedrighwelligen Beratungs- und Informationsangeboten, die insbesondere bei Mädchen mit Scham- oder Sprachbarrieren hilfreich sein können. Bemerkenswert ist, dass in mehreren Interviews die Notwendigkeit einer medienpädagogischen Professionalisierung genannt wurde – nicht nur in der Schule, sondern auch in der Jugendhilfe und im familiären Kontext. Die Forschung spricht in diesem Zusammenhang von „digitaler Resilienz“ (OECD, 2021a), also der Fähigkeit, mit Risiken im digitalen Raum konstruktiv umzugehen. Diese Perspektive sollte stärker Eingang in die lokale Präventionsplanung finden.

Die SWOT-Analyse der Interviewdaten verdeutlicht zusätzlich die strukturellen Bedingungen, unter denen psychische Gesundheit im kommunalen Kontext verhandelt wird. Besonders eindrücklich ist die Diskrepanz zwischen vorhandenen Ressourcen – etwa engagierten Fachkräften, stabilen Netzwerken oder Modellprojekten – und gleichzeitig bestehenden strukturellen Schwächen. Hierzu zählen unter anderem ein hoher bürokratischer Aufwand, unklare Zuständigkeiten, fehlende Übergabestrukturen zwischen Institutionen sowie eine mangelnde Sichtbarkeit bestehender Angebote. Diese strukturellen Defizite erschweren insbesondere benachteiligten Mädchen den Zugang zu Präventionsmaßnahmen – ein Aspekt, der auch von den Expertinnen bezüglich der Angebotsstruktur und den Verbesserungspotenzialen mehrfach benannt wurde. Die SWOT-Analyse macht somit nicht nur die strategische Relevanz einzelner Einflussfaktoren sichtbar, sondern verdeutlicht auch, dass wirksame Prävention eine systemische Entlastung und institutionelle Zusammenarbeit voraussetzt.

Ein bedeutsamer Befund der Interviews ist die wiederholt hervorgehobene Notwendigkeit, Präventionsmaßnahmen an die herausragenden Einflussfaktoren und erlebten Alltagsprobleme junger Mädchen anzupassen. Dabei geht es weniger um die Entwicklung völlig neuer Interventionen, sondern vielmehr um die Feinjustierung und Kontextualisierung bestehender Ansätze. Die befragten Expertinnen betonen, dass psychische Gesundheitsförderung dann besonders wirksam ist, wenn sie lebensweltlich anschlussfähig, niedrigschwellig erreichbar und auf spezifische Belastungslagen zugeschnitten ist. Besonders in den Kapiteln 4.4 und 4.5 der Arbeit wurde deutlich, dass Maßnahmen wie Familienunterstützung, Peer-Formate oder Übergangsbegleitung in der Praxis als besonders wirkungsvoll erlebt werden. Auch in den möglichen Maßnahmen der Expertinnen wird die Notwendigkeit betont, vorhandene präventive Angebote stärker zu profilieren und strukturell zu sichern, statt ständig neue – oftmals befristete – Projekte zu initiieren.

Die zentrale Rolle der Familie wird in den Interviews nicht nur in ihrer Funktion als Schutz- oder Risikofaktor beschrieben, sondern als Ausgangspunkt für gezielte Stärkung. Mehrere Gesprächspartnerinnen formulierten explizit den Bedarf nach Elterntrainings, familialer Netzwerkförderung und aufsuchender Unterstützung – insbesondere für Familien mit Mehrfachbelastungen oder Migrationsgeschichte. Dies deckt sich mit aktuellen Ansätzen aus der präventiven Familienarbeit, die ressourcenorientiert und kultursensibel arbeitet (Koletzko, 2023).

Die Stadt verfügt laut Interviewaussagen über erste Pilotprojekte, deren Verstetigung und Ausbau dringend anzustreben ist. Gerade im Bereich der kultursensiblen Prävention wurden in den Interviews Lücken benannt – etwa im Zugang zu geflüchteten Familien, in denen psychische Themen häufig tabuisiert oder mit Scham besetzt sind. Die Erkenntnis, dass hier Vertrauenspersonen und muttersprachliche Lotsinnen hilfreich sein können, findet sich sowohl in der Literatur als auch in den konkreten Vorschlägen der Expertinnen.

Ein weiterer zentraler Präventionsansatz bezieht sich auf die Begleitung vulnerabler Übergangsphasen. Hier wurde nicht nur auf klassische Schnittstellen wie Schulwechsel oder Pubertät verwiesen, sondern auch auf sozial-psychologische Übergänge, etwa im Zusammenhang mit Geschlechtsidentität, Rollenbildern oder Mobbing Erfahrungen. In zwei Interviews wurde die Idee geäußert, feste Übergangslotsen oder Mentor:innenmodelle zu etablieren, die Mädchen in belastenden Phasen begleiten – sei es über Peer-Formate in der Schule oder durch Vertrauenspersonen in der Jugendhilfe. Ein solcher präventiver Ansatz wurde in der Literatur bislang kaum konkretisiert, hat aber großes Potenzial. Die Entwicklung kommunaler „Überganglotsen“ könnte dabei auch bestehende Berufsprofile – wie Schulsozialarbeit oder Familienhebammen – um neue Perspektiven erweitern.

Eng verbunden mit den Übergangsphasen ist die Frage nach Zugänglichkeit. Die Interviews machen deutlich, dass psychisch belastete Mädchen häufig nicht die Angebote wahrnehmen, die formal existieren. Gründe dafür sind vielfältig: Fehlendes Selbstbewusstsein, Sprachbarrieren, Unkenntnis, schlechte Erreichbarkeit oder schlicht Überforderung. Der Zugang zu Hilfe wird damit selbst zu einer Frage der Gerechtigkeit. Ein innovativer Vorschlag aus den Interviews ist die Schaffung „niedrigschwelliger Treffpunkte“ – etwa im Rahmen von Freizeitangeboten, Schulen oder digitalen Plattformen – an denen frühzeitig Vertrauen aufgebaut werden kann. Diese Idee deckt sich mit internationalen Ansätzen wie den sogenannten „One-Stop-Shops“ (vgl. OECD, 2021b), bei denen Beratung, Bildung und Freizeit niedrigschwellig miteinander verknüpft werden. In diesem Zusammenhang wird auch eine stärkere digitale Ergänzung bestehender Strukturen empfohlen – etwa durch Onlineberatung, Chatangebote oder Social-Media-Kanäle, die nicht belehren, sondern begleiten.

Die Berichte aus der Praxis zeigen aber auch, dass Prävention nicht auf individueller Ebene stehen bleiben darf. Vielmehr sind strukturelle Verbesserungen notwendig, um präventive Maßnahmen langfristig wirksam zu machen. So wurde in den Interviews häufig die fehlende institutionelle Verzahnung bemängelt: Jugendhilfe, Schule, Gesundheitswesen und Familienbildung arbeiten häufig nebeneinander her. Auch die SWOT-Analyse macht hier deutlich, dass die Fragmentierung der Unterstützungslandschaft ein zentrales Hindernis für wirksame Prävention darstellt. Die bereits existierende Facharbeitskreis „Mädchen“ wurde von zwei Interviewpartnerinnen als potenzielles Steuerungsinstrument genannt. Dessen Verstärkung und institutionelle Stärkung – etwa durch Mandatierung, klare Zuständigkeiten und Ressourcen – stellt eine konkrete, lokal umsetzbare Maßnahme dar. In Verbindung mit den Vorschlägen aus den mögliche Maßnahmen ließe sich aus dem Arbeitskreis ein dauerhafter Ort für strategische Gesundheitsförderung und ressortübergreifende Abstimmung entwickeln.

Auch die Notwendigkeit partizipativer Zugänge wurde betont. Mädchen sollten nicht nur Adressatinnen, sondern Mitgestalterinnen präventiver Angebote sein. Einige Interviewpartnerinnen wiesen darauf hin, dass es bislang kaum Formate gebe, in denen Mädchen ihre Sichtweisen auf Gesundheit, Belastungen oder Ressourcen systematisch einbringen können. Der Aufbau von Mädchenbeiräten, Jugendforen oder partizipativen Projekten, zum Beispiel in Zusammenarbeit mit Schulen, Kulturarbeit oder Jugendzentren, erscheint hier sinnvoll. Der partizipative Ansatz entspricht aktuellen Empfehlungen der Gesundheitsförderung (Richter-Kornweitz & Kruse, 2023) und wird auch in den Reports als bisher zu wenig entwickelter Bereich kritisiert. Gleichzeitig gilt es, diese Formate nicht symbolisch, sondern tatsächlich wirksam zu gestalten – etwa indem ihre Ergebnisse in konkrete Planungen einfließen.

Zusätzlich sollten zielgruppenspezifische Besonderheiten stärker berücksichtigt werden. In mehreren Interviews wurde angemerkt, dass Mädchen mit Behinderung oder Mädchen aus prekären Lebensverhältnissen in der Präventionslandschaft bislang unterrepräsentiert sind. Während für „durchschnittlich belastete“ Jugendliche teils zahlreiche Angebote bestehen, fehlen häufig zielgruppengenaue Formate, die auf besondere Lebenslagen eingehen. Hier zeigt sich ein klassisches Präventionsparadoxon (Rose, 1985): Gerade jene, die am stärksten profitieren würden, werden am schwersten erreicht.

Die Erkenntnis, dass dies auch auf lokaler Ebene gilt, unterstreicht die Notwendigkeit einer differenzierten und inklusiven Angebotsentwicklung.

Nicht zuletzt wird in den Interviews auch ein gewisser „Projektzirkus“ kritisiert: Viele Maßnahmen seien befristet, abhängig von Fördermitteln und häufig nicht nachhaltig konzipiert. Die Stadt sollte daher – so ein mehrfach formulierter Vorschlag – eine kommunale Gesamtstrategie zur Mädchengesundheit entwickeln, die langfristige Ziele, verbindliche Zuständigkeiten und stabile Finanzierungswege umfasst. Die SWOT-Analyse bestätigt diesen Befund: Eine gute Ausgangslage allein genügt nicht – es braucht strategisches Handeln, politische Prioritätensetzung und eine Kultur des kooperativen Arbeitens.

Ein zentrales strukturelles Thema, das sich in den Interviews wie auch in der SWOT-Analyse herauskristallisiert, ist das Spannungsverhältnis zwischen guter Ausgangssituation und ungenutztem Potenzial. Die Stadt verfügt – so die übereinstimmende Einschätzung der Fachkräfte – über viele engagierte Akteur:innen, funktionierende Einzelformate und eine erste gesamtstädtische Struktur in Form des Facharbeitskreises „Mädchen“. Gleichzeitig bleibt der Eindruck, dass es an strategischer Bündelung, verbindlichen Zuständigkeiten und mittelfristiger Planung fehlt. Dies ist insofern kritisch, als dass gerade psychische Gesundheit ein Querschnittsthema ist, das langfristige Ansätze, interdisziplinäre Kooperation und kontinuierliche Ressourcen erfordert.

Besonders die fehlende institutionelle Verstetigung präventiver Maßnahmen wurde mehrfach problematisiert. Projekte werden häufig temporär über Fördermittel realisiert, ohne dass ein gesicherter Übergang in eine dauerhafte Trägerschaft gewährleistet ist. Die Folgen sind Instabilität, Personalfuktuation und ein schleichender Vertrauensverlust bei den Adressat:innen. Gerade in der Arbeit mit Mädchen, die auf verlässliche Bindungsangebote angewiesen sind, ist diese Situation besonders problematisch. Die SWOT-Analyse zeigt zudem, dass diese strukturellen Schwächen nicht durch individuelles Engagement kompensiert werden können. Vielmehr bedarf es struktureller Lösungen: koordinierter Steuerungsprozesse, ressortübergreifender Zusammenarbeit und politischer Rahmensetzung.

Eine weitere strukturelle Herausforderung betrifft die Sichtbarkeit und Erreichbarkeit bestehender Angebote. Einige Expertinnen berichten von einer hohen Unkenntnis in der Zielgruppe über vorhandene Unterstützungsformate – auch weil es bislang keine zentrale, niedrighschwellige Plattform gibt, die Beratungs- und Hilfsangebote bündelt und für Mädchen attraktiv aufbereitet. Die SWOT-Analyse benennt hier ein erhebliches Kommunikationsdefizit. Gleichzeitig existieren Chancen: Die Idee, digitale Medien nicht nur als Risiko, sondern als Zugangsweg zu verstehen, wurde von mehreren Fachkräften aufgegriffen. Formate wie eine jugendgerechte Website, eine Chatberatung oder ein Instagram-Kanal könnten dabei helfen, das bestehende Angebot sichtbarer und anschlussfähiger zu machen.

Im kommunalen Kontext wird zudem deutlich, dass psychische Gesundheit von Mädchen nicht als isoliertes Thema bearbeitet werden kann. Vielmehr bedarf es einer integrierten Herangehensweise, die Bildungs-, Gesundheits- und Jugendhilfeplanung miteinander verbindet. Die SWOT-Analyse legt nahe, dass diese Integration bislang nur punktuell gelingt. Ein strategischer Hebel könnte in der Verankerung einer bereichsübergreifenden Koordinationsstelle liegen, die sowohl den Facharbeitskreis Mädchen als auch Schnittstellen zu anderen Netzwerken einbezieht und als Impulsgeberin für eine gesamtstädtische Präventionsstrategie fungiert. Die in den Interviews formulierten Verbesserungspotenziale bestätigen diesen Bedarf: Es braucht zentrale, strukturgebende Akteure, die Rahmen setzen, Ressourcen sichern und den Praxistransfer begleiten.

Gleichzeitig wurde in den Interviews deutlich, dass Prävention nicht nur strukturell, sondern auch kulturell verankert werden muss. Dies betrifft etwa den Umgang mit psychischen Belastungen in Schulen, Familien und Institutionen. Viele Interviewpartnerinnen berichteten von Stigmatisierung, mangelnder Offenheit und einer Kultur des Verdrängens. Die Förderung psychischer Gesundheit setzt also auch eine Veränderung von Haltung und Kommunikation voraus. Dies bedeutet: Psychische Gesundheit muss Teil alltäglicher pädagogischer Praxis, schulischer Lehrpläne und kommunaler Öffentlichkeitsarbeit werden. Die Ergebnisse legen nahe, dass die Stadt Oberhausen hier bereits erste Schritte unternommen hat – etwa durch Informationskampagnen oder Fachtage – deren Wirkung aber noch punktuell bleibt und nicht systematisch in die kommunalen Steuerungsprozesse eingebunden ist.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Ergebnisse der Expert:inneninterviews und deren Analyse mittels SWOT nicht nur bestehende Herausforderungen, sondern auch vielfältige Chancen sichtbar machen. Die hohe Übereinstimmung mit dem theoretischen Bezugsrahmen untermauert die Relevanz der identifizierten Einflussfaktoren, insbesondere von Familie, Schule, Medien und Übergängen. Neue Erkenntnisse – etwa die Bedeutung emotionaler Übergänge oder struktureller Zugangsbarrieren – erweitern die Perspektive und ermöglichen eine kontextsensible Weiterentwicklung bestehender Konzepte.

Die zentrale Botschaft der Diskussion ist, dass psychische Gesundheit von Mädchen nicht allein durch Einzelmaßnahmen, sondern durch ein koordiniertes Zusammenspiel von Strukturen, Personen und politischen Rahmenbedingungen gefördert werden kann. Es gilt, vorhandene Ressourcen zu nutzen, strukturelle Schwächen zu adressieren und neue Impulse aufzunehmen – nicht zuletzt jene, die von den Mädchen selbst ausgehen. Partizipation, Nachhaltigkeit und Lebensweltbezug sind dabei nicht nur normative Anforderungen, sondern praktische Notwendigkeiten für gelingende Prävention.

Diese Befunde bilden die Grundlage für die im folgenden Kapitel abgeleiteten Handlungsempfehlungen, die konkrete Ansatzpunkte für die Stadt Oberhausen aufzeigen.

6 Handlungsempfehlungen

Auf Grundlage der qualitativen Interviews, der SWOT-Analyse sowie des theoretischen Bezugsrahmens lassen sich zentrale Handlungsempfehlungen ableiten, die zur Stärkung der psychischen Gesundheit von Mädchen im kommunalen Raum beitragen können. Diese Empfehlungen orientieren sich an den in der Praxis als besonders wirksam erachteten Einflussfaktoren – insbesondere Familie, Schule, digitale Medien sowie strukturelle Übergänge – und bieten konkrete Anknüpfungspunkte für die kommunale Präventionsplanung in der Stadt Oberhausen.

Ein zentrales Handlungsfeld stellt die nachhaltige Unterstützung familiärer Strukturen dar. Da familiäre Beziehungen von den befragten Fachkräften als bedeutendster Einflussfaktor auf die psychische Gesundheit von Mädchen hervorgehoben wurden, sollte die Stadt gezielt Programme zur Förderung elterlicher Kompetenzen aufbauen und verstetigen. Dies kann durch kultursensible Elternkurse, niedrigschwellige Beratung in Familienzentren sowie durch aufsuchende Unterstützungsangebote realisiert werden, die besonders vulnerablen Familien einen Zugang ermöglichen. Die Stadt sollte zudem prüfen, inwieweit bestehende Angebote gebündelt und besser vernetzt werden können, etwa durch die Einrichtung eines familienorientierten Präventionsknotens, der Angebote koordiniert und die Sichtbarkeit erhöht.

Ein zweiter zentraler Ansatzpunkt betrifft den schulischen Raum. Schulen sind zentrale Lebensorte junger Menschen, werden derzeit jedoch ihrer möglichen Rolle als Schutzraum für psychische Gesundheit nicht in vollem Maße gerecht. Die Stadt sollte sich gemeinsam mit den Schulträgern und der Schulaufsicht für eine verbindliche Integration von Präventionskonzepten an Schulen einsetzen. Dazu zählen regelmäßige Fortbildungen für Lehrkräfte im Umgang mit psychischen Auffälligkeiten, die Einrichtung niedrigschwelliger Beratungsangebote (z. B. Schulsozialarbeit mit psychologischer Expertise) sowie die Förderung von Peer-to-Peer-Programmen und Mädchenarbeitsgruppen innerhalb des Ganztags. Schulische Übergangsphasen – etwa beim Wechsel von Grund- auf weiterführende Schulen – sollten als besondere Belastungsphasen durch gezielte Übergangsprogramme begleitet werden. Hier könnten Schulpsychologie, Sozialarbeit und Jugendhilfe enger kooperieren.

Ein weiterer Handlungsschwerpunkt liegt in der Digitalisierung präventiver Angebote. Angesichts der zentralen Rolle, die soziale Medien im Leben vieler Mädchen spielen, sollten digitale Formate nicht nur als Risiko, sondern auch als Chance verstanden werden. Die Stadt könnte hierfür Pilotprojekte fördern, die Onlineberatung, medienpädagogische Formate und digitale Sensibilisierungskampagnen miteinander kombinieren. Denkbar ist etwa die Entwicklung einer städtischen Plattform zur Mädchengesundheit, die Informationen, Beratungsangebote und Empowerment-Materialien vereint und über vertraute Kanäle wie Instagram oder TikTok verbreitet wird. Eine solche Plattform könnte gezielt mit niedrighschwelligem Unterstützungsangeboten verknüpft werden.

Von besonderer Bedeutung für die nachhaltige Verankerung präventiver Strukturen ist die Verstärkung und der Ausbau des bereits bestehenden Facharbeitskreis „Mädchen“. Diese stellt ein zentrales Koordinationsinstrument dar, das in der Stadt als ressortübergreifendes Forum für die psychosoziale Gesundheitsförderung von Mädchen fungieren kann. Es wird empfohlen, diese Arbeitsgruppe institutionell zu verankern, regelmäßig tagen zu lassen und durch weitere relevante Akteur:innen (z. B. Schule, Jugendhilfe, Migration, medizinischer Bereich) zu erweitern. Ziel sollte es sein, eine dauerhafte Plattform für Austausch, Planung und strategische Steuerung aufzubauen. Die Einrichtung eines städtischen Aktionsplans „Psychische Gesundheit von Mädchen“ könnte aus dieser Arbeitsgruppe heraus entwickelt und schrittweise implementiert werden.

Darüber hinaus sollten Angebote stärker partizipativ gestaltet werden. Die Interviews zeigen deutlich, dass Mädchen nicht nur Adressatinnen, sondern auch Expertinnen ihrer eigenen Lebenswelt sind. Die Stadt sollte daher partizipative Verfahren – etwa Jugendhearings, Mädchenbeiräte oder kreative Beteiligungsformate – fördern, um ihre Perspektiven systematisch in die Planung und Gestaltung von Maßnahmen einzubeziehen. Nur so können Angebote entstehen, die tatsächliche Lebensrealitäten berücksichtigen und nachhaltig wirksam sind.

Nicht zuletzt ist auch die Ressourcenfrage zu adressieren. Viele der in dieser Arbeit empfohlenen Maßnahmen setzen eine stabile Finanzierung voraus. Daher wird empfohlen, dass die Stadt gezielt Fördermittel auf Landes-, Bundes- und EU-Ebene akquiriert und diese strategisch für Maßnahmen im Bereich der Mädchengesundheit einsetzt.

Gleichzeitig sollten bestehende Projekte nicht ausschließlich auf befristeter Basis organisiert sein, sondern möglichst langfristig etabliert werden – etwa durch institutionelle Anbindung an kommunale Träger oder über interkommunale Kooperationen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Stadt Oberhausen über vielfältige Ausgangsressourcen verfügt, jedoch vor der Herausforderung steht, diese systematisch zu bündeln, zu verstetigen und unter Einbeziehung der Betroffenen weiterzuentwickeln. Eine ganzheitliche, lebensweltorientierte und partizipative Präventionsstrategie, die die strukturellen Gegebenheiten vor Ort berücksichtigt, erscheint vor diesem Hintergrund als zentraler nächster Schritt.

7 Limitationen der Untersuchung

Die vorliegenden Ergebnisse liefern wertvolle Einblicke in die Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von Mädchen und eröffnen praxisnahe Perspektiven für die Entwicklung präventiver Maßnahmen auf kommunaler Ebene. Dennoch ist es erforderlich, sich der Grenzen dieser Untersuchung bewusst zu sein, um die Aussagekraft und Übertragbarkeit der Ergebnisse sachgerecht einzuordnen. Die Limitationen lassen sich in methodische, inhaltliche sowie kontextuelle Aspekte differenzieren, die im Folgenden systematisch dargestellt werden.

Eine erste Einschränkung ergibt sich aus der qualitativen Methodik selbst. Die leitfadengestützten Experteninterviews ermöglichen zwar eine tiefgreifende und kontextualisierte Analyse der Einschätzungen erfahrener Fachkräfte, sie lassen jedoch keine generalisierbaren Aussagen im statistischen Sinne zu. Das Sample wurde bewusst theoriegeleitet und praxisnah ausgewählt, um zentrale Akteursgruppen der kommunalen psychosozialen Versorgung abzubilden. Dennoch zeigt sich ein Missverhältnis in der Repräsentation einzelner Berufsgruppen: So fehlt beispielsweise die Perspektive einer Schulsozialarbeiterin vollständig, ebenso wie die eines männlichen Experten. Auch die zahlenmäßige Verteilung zwischen den beiden Gruppen P und D war nicht ausgewogen. Diese ungleiche Zusammensetzung könnte zu einer Verzerrung bestimmter Schwerpunktsetzungen geführt haben.

Trotz dieser Einschränkungen lässt sich festhalten, dass eine annähernde theoretische Sättigung der Stichprobe erreicht wurde. Im Verlauf der letzten Interviews zeigten sich kaum noch neue Aspekte, sondern vor allem Wiederholungen bereits identifizierter Aussagen. Dies kann als ein Hinweis darauf gewertet werden, dass zentrale Themen ausreichend abgedeckt wurden – gleichwohl bleibt offen, ob zusätzliche Perspektiven weitere differenzierende Erkenntnisse hätten liefern können.

Ein weiterer methodischer Aspekt betrifft die Vorbereitung der Interviewpartner:innen. Im Verlauf der Erhebung wurde deutlich, dass einige der befragten Expertinnen sich vorab intensiv mit dem zugesandten Fragenkatalog auseinandergesetzt hatten, während andere ohne gezielte Vorbereitung in das Gespräch gingen. Diese unterschiedlichen Grade der Vorbereitung könnten sich auf die Qualität und Tiefe der gegebenen Antworten ausgewirkt haben.

Zugleich wurde deutlich, dass manche Gesprächspartnerinnen über ein hohes Maß an Fachwissen verfügten, während andere nur eingeschränkt über Detailkenntnisse zu bestimmten Themenfeldern verfügten. Diese Heterogenität innerhalb der Stichprobe unterstreicht die Relevanz einer methodisch differenzierten Gesprächsführung und zeigt die Bedeutung der auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnittenen Anlagereicherung, die sich im Untersuchungsverlauf als zielführende Maßnahme bestätigte.

Auch die Interviewstruktur selbst bringt inhärente Grenzen mit sich. Trotz eines systematisch entwickelten Leitfadens können bestimmte Themenbereiche durch die Dynamik des Gesprächs unterbelichtet bleiben oder variieren, je nach persönlicher Schwerpunktsetzung der befragten Expertinnen. Dies kann insbesondere bei sensiblen Themen – etwa sexualisierte Gewalt, psychische Erkrankungen oder migrationsbedingte Traumata – zu asymmetrischen Tiefen führen, die die Vergleichbarkeit einzelner Aussagen erschweren. Hinzu kommt, dass die Interpretation qualitativer Daten immer auch durch die Forschenden selbst mitgeprägt ist. Trotz methodischer Absicherung durch ein deduktiv-induktiv erarbeitetes Kategoriensystem und durch Austausch im Forschungsteam bleibt ein gewisses Maß an Subjektivität in der Datenauswertung bestehen. Die Gütekriterien qualitativer Forschung – insbesondere Transparenz, Reflexivität und Nachvollziehbarkeit – wurden zwar bestmöglich eingehalten, doch ist die vollständige Neutralität im qualitativen Forschungsprozess prinzipiell nicht erreichbar (Kruse, 2015; Helfferich, 2022).

Ein weiterer begrenzender Faktor liegt in der Kontextgebundenheit der Untersuchung. Die Stadt, auf die sich die Studie bezieht, weist spezifische strukturelle, demografische und institutionelle Rahmenbedingungen auf, die nicht ohne Weiteres auf andere Kommunen übertragbar sind. So können beispielsweise vorhandene Unterstützungsangebote, Kooperationsstrukturen oder kulturelle Dynamiken stark variieren – ebenso wie politische Prioritäten oder finanzielle Spielräume. Die Ergebnisse und Handlungsempfehlungen dieser Arbeit sind daher vor allem im Hinblick auf die lokale Planung von Präventionsstrategien zu verstehen. Eine Übertragbarkeit auf andere Städte oder Bundesländer bedarf weiterer Forschung, idealerweise im Rahmen vergleichender oder multiperspektivischer Studien.

Ein zusätzliches methodisches Spannungsfeld ergibt sich aus dem gewählten analytischen Instrument der SWOT-Analyse. Obwohl sie eine strukturierende und praxisnahe Zusammenfassung der Interviewergebnisse ermöglicht, ist sie in ihrer Vier-Felder-Logik auf Reduktion und strategische Abstraktion angelegt.

Dies führt zwangsläufig dazu, dass komplexe Wechselwirkungen und Ambivalenzen nicht in ihrer ganzen Tiefe abgebildet werden können. So lassen sich etwa bestimmte Faktoren – wie soziale Medien oder schulische Übergänge – nicht eindeutig einer SWOT-Kategorie zuordnen, da sie sowohl Risiko- als auch Schutzpotenzial enthalten. Die SWOT-Analyse bietet somit eine wertvolle Orientierungshilfe, kann jedoch die Komplexität psychosozialer Dynamiken nicht vollständig abbilden.

Schließlich ist auch der zeitliche Rahmen der Untersuchung zu berücksichtigen. Die Interviews wurden in einem konkreten Zeitraum geführt und spiegeln somit den Stand der Diskussion und der Praxis in einer bestimmten Phase wider. Gesellschaftliche Entwicklungen – wie politische Entscheidungen, mediale Debatten oder technologische Veränderungen – können sich dynamisch entwickeln und Einfluss auf Wahrnehmungen und Praxisansätze nehmen. Insbesondere im Bereich der psychischen Gesundheit, der stark durch gesellschaftliche Diskurse geprägt ist, sind solche Entwicklungen von erheblicher Bedeutung. Entsprechend sind die Ergebnisse als zeitgebunden zu verstehen und bedürfen einer regelmäßigen Neubewertung und Weiterentwicklung.

Trotz dieser Limitationen stellt die Untersuchung einen relevanten Beitrag zur lokalen Gesundheitsförderung und zur qualitativen Erforschung geschlechtsspezifischer psychischer Belastungen dar. Die transparente Methodik, die praxisnahe Perspektive sowie die gezielte Anbindung an wissenschaftliche Erkenntnisse gewährleisten eine fundierte Ausgangsbasis für die Ableitung von Handlungsempfehlungen und die Weiterentwicklung bestehender Unterstützungsangebote.

8 Fazit

Die vorliegende Masterarbeit untersuchte zentrale Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen sowie mögliche kommunale Präventionsansätze am Beispiel der Stadt Oberhausen. Die Ergebnisse zeigen auf, dass insbesondere schulischer Leistungsdruck, familiäre Belastungen sowie geschlechterbezogene Rollenerwartungen das psychische Wohlbefinden der Zielgruppe maßgeblich beeinflussen.

Gleichzeitig wurde im Verlauf der Arbeit deutlich, dass vorhandene kommunale Strukturen zwar punktuell Angebote zur Unterstützung der psychischen Gesundheit bereithalten, diese jedoch zum Teil nicht ausreichend auf die spezifischen Bedürfnisse von Mädchen und jungen Frauen zugeschnitten sind. Hier bestehen vor allem in Bezug auf niederschwellige Zugänge, kulturspezifische Öffnung sowie die strukturelle Verankerung von Präventionsmaßnahmen relevante Handlungsbedarfe.

Vor diesem Hintergrund wurden konkrete Handlungsempfehlungen formuliert, die auf die Stärkung präventiver Strukturen im kommunalen Raum abzielen. Im Zentrum steht dabei die Forderung nach der Entwicklung von niedrigschwelligen, lebensweltorientierten Angeboten. Auch die Stärkung von Multiplikator:innen, etwa durch Fortbildungsangebote für Fachkräfte in Schule, Jugendhilfe und Gesundheitswesen, stellt eine zentrale Maßnahme zur nachhaltigen Förderung psychischer Gesundheit dar. Zudem wurde deutlich, dass eine stärkere Vernetzung zwischen Akteur:innen im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesen erforderlich ist, um Synergien zu nutzen und Versorgungslücken zu schließen. Die Etablierung verbindlicher Kooperationsstrukturen sowie die partizipative Einbindung der Zielgruppe wurden als zentrale Erfolgsbedingungen identifiziert.

Die Arbeit leistet damit einen praxisorientierten Beitrag zur Weiterentwicklung kommunaler Präventionsstrategien. Zugleich verweist sie auf die Notwendigkeit, psychische Gesundheitsförderung stärker strukturell zu verankern und geschlechtsspezifische Unterschiede in zukünftigen Planungen konsequent mitzudenken. Perspektivisch ist es essenziell, psychische Gesundheit nicht nur als individuelles, sondern als gesamtgesellschaftliches Thema zu begreifen und entsprechende strukturelle Voraussetzungen zu schaffen, die allen jungen Menschen ein gesundes Aufwachsen ermöglichen.

Literaturverzeichnis

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. und Wall, S. (1978): Bindungsmuster: Eine psychologische Untersuchung der Fremden-Situation. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. Verfügbar auf: <https://mindsplain.com/wp-content/uploads/2021/01/Ainsworth-Patterns-of-Attachment.pdf> (Zugriff am: 6.02.2025).
- Al-Amri, A. (2023): Auswirkungen von Smartphone-Sucht auf die kognitive Funktion und körperliche Aktivität bei Kindern im mittleren Schulalter: eine Querschnittsstudie, *Frontiers in Public Health*, 11, p. 1122334. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1122334>.
- Anbul, M., Arnold, N., Becher, F., Eyermann, L., Hansen, J., Hoffmann, E., Holm-Hadulla, R., Holtmann, S., Huizinha, O., Kleine, R., Kornwachs, G., Kranert, H.W., Lanz, K., Olson, N., Oste, D. und Pescjle, M. (2023): Jugend und mentale Gesundheit: Die Pandemie lenkt Aufmerksamkeit auf ein bereits zuvor aktuelles Thema, Konrad-Adenauer-Stiftung Berlin (Hrsg), S. 36-137.
- Anders, Y., Hannover, B., Jungbauer-Gans, M., Köller, O., Lenzen, D., McElvany, N., Seidel, T., Tippelt, R., Wilbers, K. und Wößmann, L. (2022): Bildung und Resilienz: Gutachten. Münster: Waxmann. <https://doi.org/10.25656/01:24607>.
- Antonovsky, A. (1996): The salutogenic model of health: Reflections on the occasion of the 30th anniversary of the concept of salutogenesis, *Health Promotion International*, 11(1), S. 1-8.
- Arseneault, L. (2018): The persistent and pervasive impact of being bullied in childhood and adolescence: Implications for policy and practice, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(4), S. 405–421. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12841>.
- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M. und Lin, J. (2014): The impact of guidance on Internet-based mental health interventions - A systematic review, *Internet Interventions*, 1(4), S. 205-215.
- Baumrind, D. (1991): Parenting styles and adolescent development, in Brooks-Gunn, J., Lerner, R.M. and Petersen, A.C. (eds.) *The encyclopedia of adolescence*. New York: Garland, S. 746–758.

- Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn, M.H. und Juffer, F. (2003): Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood, *Psychological Bulletin*, 129(2), S. 195–215.
- Barry, M.M., Clarke, A.M., Jenkins, R. und Patel, V. (2013): A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries, *BMC Public Health*, 13, S. 835.
- Bengel, J., Meinders-Lücking, F. & Rottmann, N. (2009): Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. In *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*. Band 35. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln. S.14-55 Verfügbar auf: <https://shop.bzga.de/pdf/60635000.pdf> (Zugriff am: 20.05.2025)
- Bennett, C.G., Hatzenbuehler, M.L. und Galloway, C.J. (2016): Resilience and mental health promotion among youth, *Journal of Adolescent Health*, 58(5), S. 503–510.
- Black, K. und Lobo, M. (2008): A conceptual review of family resilience factors, *Journal of Family Nursing*, 14(1), S. 33–55.
- BMZ – Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. (2023): *Entwicklungsorientierte Migration: Menschen in den Mittelpunkt rücken, Grundlagen und Begriffe*. Verfügbar auf: <https://www.bmz.de/de/themen/migration#lexicon=22064> (Zugriff am: 20.03.2025).
- Bryson, J. M. (2011): *Strategic Planning for Public and Nonprofit Organizations: A Guide to Strengthening and Sustaining Organizational Achievement*. John Wiley & Sons, Hoboken, S. 11.
- Bradley, R. H. und Corwyn, R. F. (2002): Socioeconomic status and child development, *Annual Review of Psychology*, 53, S. 371–399. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135233>.
- Bronfenbrenner, U. (1979): *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press, S. 25. Verfügbar auf: https://khoerulanwarbk.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/08/urie_bronfenbrenner_the_ecology_of_human_developbos-z1.pdf (Zugriff am: 01.06.2025)

- Bogner, A., Littig, B. und Menz, W. (2014): Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung Springer Fachmedien Wiesbaden.
<https://doi.org/10.1007/978-3-531-19416-5>.
- Bowlby, J. (1969): Attachment and loss. Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books.
- Bundesagentur für Arbeit (2025): Statistik Stadt Oberhausen. Verfügbar auf:
<https://statistik.arbeitsagentur.de/Auswahl/raeumlicher-Geltungsbereich/Politische-Gebietsstruktur/Kreise/Nordrhein-Westfalen/05119-Oberhausen-Stadt.html>.
(Zugriff am 12.06.2025).
- Chaplin, T.M. and Aldao, A. (2013): Gender differences in emotion expression in children: A meta-analytic review, *Psychological Bulletin*, 139(4), S. 735–765.
- Cicchetti, D. und Rogosch, F. A. (2019): Child maltreatment and the development of substance use and disorder, *Neurobiology of Stress*, 10, S. 100-144.
<https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2018.100144>.
- Connell, A.M. und Goodman, S.H. (2002): The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: a meta-analysis, *Psychological Bulletin*, 128(5), S. 746–773.
- Cummings, E. M. und Davies, P. T. (2010): *Marital Conflict and Children: An Emotional Security Perspective*. New York: The Guilford Press.
- Curran, T. und Hill, A. P. (2019): Perfectionism Is Increasing Over Time: A Meta-Analysis of Birth Cohort Differences From 1989 to 2016, *Psychological Bulletin*, 145(4), S. 410–429. <https://doi.org/10.1037/bul0000138>.
- Davies, P.T., Martin, M.J., Sturge-Apple, M.L., Ripple, M.T. und Cicchetti, D. (2016): Die besonderen Folgen kindlicher Bewältigungsstrategien bei elterlichen Konflikten: Überprüfung der reformulierten Theorie emotionaler Sicherheit, *Developmental Psychology*, 52(10), S. 1646–1665.
- De Wolff, M.S. und van IJzendoorn, M.H. (1997): Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment, *Child Development*, 68(4), S. 571–591.

- Durlak, J.A., Weissberg, R.P., Dymnicki, A.B., Taylor, R.D. und Schellinger, K.B. (2011): The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions, *Child Development*, 82(1), S. 405–432.
- Eagly, A.H. (1987): *Sex Differences in Social Behavior: A Social-Role Interpretation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Eagly, A. H., Wood, W. und Diekmann, A. B. (2000): Social role theory of sex differences and similarities: A current appraisal, in Eckes, T. und Trautner, H. M. (Hrsg.) *The Developmental Social Psychology of Gender*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, S. 123–174.
- Ebert, D.D., Zarski, A.-C., Christensen, H., Stikkelbroek, Y., Cuijpers, P., Berking, M. und Riper, H. (2015): Internet and Computer-Based Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Youth: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Outcome Trials, *PLOS ONE*, 10(3).
- Engel, G.L. (1977): The biopsychosocial model and the education of health professionals, *The Annals of the New York Academy of Sciences*, 310(1), S. 169–177.
- Essau, C. A., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R. und Sasagawa, S. (2020): Gender differences in the development of depression in adolescents, *Journal of Abnormal Psychology*, 129(1), S. 22-34. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.05.016>.
- Evans, G. W. und English, K. (2002): The environment of poverty: multiple stressor exposure, psychophysiological stress, and socioemotional adjustment, *Child Development*, 73(4), S. 1238–1248. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00469>.
- Fendt, M., Hölling, H., Lampert, T. und Waldhauer, J. (2023): Die Bedeutung des sozioökonomischen Status für das Auftreten von psychischen Auffälligkeiten bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Welle 2 (2014–2017), *Gesundheitswesen*, 85(5), S. 444–451. <https://doi.org/10.1055/a-1916-9664>.

- Fragner, L., Schiffler, T. und Plener, P. (2023): Migration und Flucht- Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche, Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Springer Medizin. Verfügbar auf:
https://www.springermedizin.de/emedpedia/detail/psychiatrie-und-psychotherapie-des-kindes-und-jugendalters/migration-und-flucht-auswirkungen-auf-kinder-und-jugendliche?epediaDoi=10.1007%2F978-3-662-49289-5_51 (Zugriff am: 20.03.2025).
- Franzkowiak, P. (2022): Prävention und Krankheitsprävention, in Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.
<https://dx.doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i091-3.0>.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Becker, J. & Fischer, S. (Hrsg.) (2012): Gestärkt von Anfang an. Resilienzförderung in der Kita. Weinheim/Basel: Beltz.
- Giallo, R., Wood, C. E., Jellett, R. und Porter, R. (2013): Fatigue, wellbeing and parental self-efficacy in mothers of children with an autism spectrum disorder, *Autism*, 17(4), S. 465–480. <https://doi.org/10.1177/1362361311416830>.
- Goldberg, F. und Hildebrandt, A. (2020): Experteninterviews: Anwendung, Durchführung und Auswertung in der Politikwissenschaft, in *Handbuch Methoden der Politikwissenschaft*, von Wagemann, C., Goerres A. und Siewert M. (Hrsg), Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 84-267.
- Goodman, S.H., Rouse, M.H., Connell, A.M., Broth, M.R., Hall, C.M. und Heyward, D. (2011): Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review, *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), S. 1–27.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M. und Christensen, H. (2010): Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review, *BMC Psychiatry*, 10, Artikel 113. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>.
- Gürel, E., & Tat, M. (2017): SWOT Analysis: A Theoretical Review. *The Journal of International Social Research*, 10(51), S. 994–1006.
- Hahlweg, K. und Bodenmann, G. (2023): Familie und ihr Einfluss auf die psychische Entwicklung in Kindheit und Jugendzeit, in *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 1–14.

- Hampel, P. und Petermann, F. (2005): Age and gender effects on coping in children and adolescents, *Journal of Youth and Adolescence*, 34(2), S. 73–83.
<https://doi.org/10.1007/s10964-005-3207-9>.
- Hancock, K. und Zubrick, S. (2015): Children and young people at risk of disengagement from school. Commissioner for Children and Young People, Western Australia.
- Harold, G.T. und Sellers, R. (2018): Annual Research Review: Interparental conflict and youth psychopathology: an evidence review and practice focused update, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(4), S. 374–402.
- Hattie, J. (2009): *Visible Learning: A Synthesis of Over 800 Meta-Analyses Relating to Achievement*. London: Routledge.
- Helfferrich, C. (2022): Leitfaden- und Experteninterviews, in *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, von Baur, N. und Blasius, J. (Hrsg), Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 92-877.
- Herr, L., Mingeback, T., Becker, K., Christiansen, H. und Kamp-Becker, I. (2014): Wirksamkeit elternzentrierter Interventionen bei Kindern im Alter von zwei bis zwölf Jahren: Ein systematisches Review, *Kindheit und Entwicklung*, 24(1), S. 4–16.
- Hyde, J. S., Bigler, R. S., Joel, D., Tate, C. C. und van Anders, S. M. (2019): The future of sex and gender in psychology: Five challenges to the gender binary, *American Psychologist*, 74(2), S. 171–193. <https://doi.org/10.1037/amp0000307>.
- Kaiser, R. (2021): *Qualitative Experteninterviews: Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung. Elemente der Politik*, Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 10. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-30255-9>.
- Keles, B., McCrae, N. und Grealish, A. (2020): A systematic review: The influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents, *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1), S. 79-93.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. und Walters, E. E. (2005): Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication, *Archives of General Psychiatry*, 62(6), S. 593-602.

- Kinder- und Jugend Gesundheitsbericht (2025): Kinder- und Jugend Gesundheitsbericht 2024. Stadt Oberhausen (Hrsg), S. 45-50.
- Koletzko, B. (2023): Kindergesundheitsbericht, Fokus Jugendliche in Deutschland, Stiftung Kindergesundheit 2023. Verfügbar auf: https://www.kindergesundheit.de/Die-Stiftung/Kindergesundheitsberichte/Kindergesundheitsbericht_digital.pdf (Zugriff am: 02.05.2025).
- Kovacs, M., Obrosky, D. S. und Sherrill, J. (2003): Developmental changes in the phenomenology of depression in boys and girls, *Journal of Affective Disorders*, 74(1), S. 33–48. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00429-9](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00429-9).
- Kowalski, R.M. und Limber, S.P. (2013): Psychological, physical, and academic correlates of cyberbullying and traditional bullying, *Journal of Adolescent Health*, 53(1 Suppl), S. 13–20.
- Krauth, C. und Oedingen, C. (2021): Gesundheitsökonomische Grundlagen in der Prävention und Gesundheitsförderung, in *Prävention und Gesundheitsförderung* von Tiemann, M. und Mohokum, M. (Hrsg), S. 123-125.
- Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. Beltz Juventa, S. 147-85.
- Kuckartz, U. und Rädiker, S. (2022): *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung: Grundlagentexte Methoden*. 5. Auflage. Grundlagentexte Methoden, Beltz Juventa Verlag in Weinheim Basel, S. 19.
- Leone, M.J., Sigman, M. und Golombek, D.A. (2020): Effects of lockdown on human sleep and chronotype during the COVID-19 pandemic, *Current Biology*, 30(16), S. 930–931.
- Lindström, B. und Eriksson, M. (2010): The roles of resilience and resources in the promotion of health and well-being', *Health Promotion International*, 25(3), S. 275–285.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. und Becker, B. (2015): The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work, *Child Development*, 71(3), S. 543-562.

- Masten, A. S. (2014): Global perspectives on resilience in children and youth, *Child Development*, 85(1), S. 6–20. <https://doi.org/10.1111/cdev.12205>.
- Mayring, P. (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*, 12. Auflage. Weinheim Basel: Beltz, S. 90.
- Mayring, P. und Frenzl, T. (2022): *Qualitative Inhaltsanalyse*, in *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, Baur N. und Blasius J. (Hrsg), Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 691-702.
- Mrazek, P.J. und Haggerty, R.J. (1994): *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington, DC: National Academy Press. <https://doi.org/10.17226/2139>.
- Muñoz, R.F., Mrazek, P.J. und Haggerty, R.J. (1996): Institute of Medicine report on prevention of mental disorders. Summary and commentary, *American Psychologist*, 51(11), S. 1116–1122.
- Naslund, J. A., Aschbrenner, K. A., Marsch, L. A. und Bartels, S. J. (2020): The future of mental health care: Peer-to-peer support and social media, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e61.
- Nolen-Hoeksema, S. (2012): Emotion regulation and psychopathology: The role of gender, *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, S. 161-187.
- Oberberg Kliniken (n.d.). Depression bei Männern - keine Seltenheit und kein Zeichen von Schwäche. Verfügbar auf: <https://www.oberbergkliniken.de/artikel/depression-bei-maennern-keine-seltenheit-und-kein-zeichen-von-schwaech> (Zugriff am: 25.02.2025).
- OECD (2019): *Bildung auf einen Blick 2019: OECD-Indikatoren*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/f8d7880d-en>.
- OECD. (2021a). *Children in the Digital Environment: Revised Typology of Risks* (OECD Digital Economy Papers No. 302). OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9b8f222e-en>.
- OECD. (2021b). *Supporting young people's mental health through the COVID-19 crisis*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/84e143e5-en>.
- OECD (2022): *Bildung auf einem Blick 2022: OECD-Indikatoren*, Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/6ae8771a-en>.

- Orben, A., Dienlin, T. und Przybylski, A. K. (2019): Social media's enduring effect on adolescent life satisfaction, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 116(21), S. 10226-10228.
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S. und McGorry, P. (2007): Mental health of young people: A global public-health challenge, *The Lancet*, 369(9569), S. 1302–1313. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7).
- Petermann, F. (2020). Prävention psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Springer, S. 15-54. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-59623-3>.
- Pinquart, M. (2017): Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta-analysis, *Developmental Psychology*, 53(5), S. 873–932.
- Przyborski, A. und Wohlrab-Sahr M. (2021): Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch, 5. Auflage, De Gruyter Oldenbourg München, S.13, <https://doi.org/10.1515/9783110710663>.
- Puhl, R. M. und Latner, J. D. (2007): Stigma, obesity, and the health of the nation's children, *Psychological Bulletin*, 133(4), S. 557–580. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.557>.
- Putwain, D.W. und Symes, W. (2011): Teachers' use of fear appeals in the mathematics classroom: worrying or motivating students, *British Journal of Educational Psychology*, 81(3), S. 456–474.
- Putwain, D.W., Nicholson, L.J., Connors, L. und Woods, K.A. (2013): Resilient children are less test anxious and perform better in tests at age 11 and 14, *Educational Psychology in Practice*, 29(4), S. 290–304.
- Putwain, D.W. und Pescod, M. (2018): Is reducing uncertain control the key to successful test anxiety intervention for secondary school students? Findings from a randomized control trial, *School Psychology Quarterly*, 33(2), S. 283–292.
- Rathmann, K. und Schrickler, J. (2020): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen – Bedeutung und Implikation für die Prävention und Gesundheitsförderung in Prävention und Gesundheitsförderung, Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 29-32.

- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. und Erhart, M. (2002): Risikofaktoren und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der BELLA-Studie, *Gesundheitswesen*, 64(7), S. 381–389. Verfügbar auf: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-2002-39008> (Zugriff am: 04.02.2025).
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Devine, J., Schlack, R. & Otto, C. (2022): Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, S. 879–889. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5>.
- Reiss, F. (2013): Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review, *Social Science & Medicine*, 90, S. 24-31.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E. und Seeman, T. E. (2002): Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring, *Psychological Bulletin*, 128(2), S. 330–366. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.2.330>.
- Richter-Kornweitz, A. & Kruse, C. (2023): Gesundheitsförderung im Kindesalter. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Verfügbar auf: <https://leitbegriffe.bioeg.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-im-kindesalter/> (Zugriff am: 09.04.2025).
- Robert Koch-Institut. (2008): Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse des KiGGS-Erstzugangs 2003–2006 (*Umweltmedizin in Forschung und Praxis*, 13(4), S. 247–259. Verfügbar auf: <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/853/28tgPU5RAfa.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Zugriff am: 05.05.2025).
- Robert-Koch-Institut (2020): *Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragene vom RKI (Hrsg) und Destatis*, S. 179.
- Robert Koch-Institut (2024): *Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2024*, Verfügbar auf: <https://gbe.rki.de/> (Zugriff am: 24.02.2025).

- Roorda, D. L., Koomen, H. M. Y., Spilt, J. L. und Oort, F. J. (2011): The influence of affective teacher–student relationships on students' school engagement and achievement: A meta-analytic approach', *Review of Educational Research*, 81(4), S. 493–529. <https://doi.org/10.3102/0034654311421793>.
- Rose, A.J. und Rudolph, K.D. (2006): A review of sex differences in peer relationship processes: Potential trade-offs for the emotional and behavioral development of girls and boys', *Psychological Bulletin*, 132(1), S. 98–131.
- Rose, G. (1985): Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14(1), 32–38. <https://doi.org/10.1093/ije/14.1.32>.
- Salk, R. H., Hyde, J. S. und Abramson, L. Y. (2017): Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms', *Psychological Bulletin*, 143(8), S. 783-822.
- Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L. und Day, J. J. (2014): The Triple P – Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support, *Clinical Psychology Review*, 34(4), S. 337–357. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.04.003>.
- Schlack, R., Neuperdt, L., Junker, S., Eicher, S., Hölling, H., Thom, J, Ravens-Siberer, U. und Beyer A. (2023): Veränderung der psychischen Gesundheit in der Kinder- und Jugendbevölkerung in Deutschland während der COVID-19 Pandemie -Ergebnisse eines Rapid Reviews, in *Journal of Health Monitoring* 8, S. 2- 27.
- Schoon, I. und Parsons, S. (2002): Competence in the face of adversity: The influence of early family environment and long-term consequences, *Children & Society*, 16(4), S. 260–272.
- Schreier, M. (2014): Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten, *Forum Qualitative Sozialforschung* 15(1), <https://doi.org/10.17169/FQS-15.1.2043>.
- Scott, H. und Woods, H.C. (2019): Fear of missing out and sleep: Cognitive behavioural factors in adolescents' nighttime social media use, *Journal of Adolescence*, 68, S. 61–65.
- Seligman, M.E.P. und Csikszentmihalyi, M. (2000): Positive psychology: An introduction, *American Psychologist*, 55(1), S. 5–14.

- Slonje, R. und Smith, P. K. (2008): Cyberbullying: another main type of bullying, *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(2), S. 147–154.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2007.00611.x>.
- Stadt Oberhausen (2025). Verfügbar auf: <https://www.oberhausen.de/de/index/leben-in-oberhausen.php>. (Zugriff am: 26.03.2025).
- Statistisches Jahrbuch der Stadt Oberhausen (2024): Fachbereich Statistik. Stadt Oberhausen, Der Oberbürgermeister (Hrsg.). S. 25-115.
- Steinberg, L. (2020): *Adolescence*. 12th edn. New York: McGraw-Hill Education.
- Sulkowski, M.L. und Lazarus, P.J. (2011): Contemporary responses to violent attacks on college campuses: an exploration of students' perceptions of risk and attitudes toward security, *Journal of School Violence*, 10(4), S. 338–356.
- Teoli, D., Sanvictores, T., & An, J. (2023): SWOT Analysis. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Twenge, J. M. and Campbell, W. K. (2018): Media Use Is Linked to Lower Psychological Well-Being: Evidence from Three Datasets, *Psychiatric Quarterly*, 90(2), S. 311–331. <https://doi.org/10.1007/s11126-018-9592-8>.
- Walper, S., Ulrich, S. M. und Kindler, H. (2023): Familiäre Belastungsfaktoren für die emotionale Entwicklung junger Kinder, *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 66(7), S. 717–726.
<https://doi.org/10.1007/s00103-023-03730-3>.
- Vogt, S. und Werner, M. (2014): Forschen mit Leitfadeninterviews und qualitativer Inhaltsanalyse, Verfügbar auf:
https://www.thkoeln.de/mam/bilder/hochschule/fakultaeten/f01/skript_interviewsqualinhaltsanalyse-fertig-05-08-2014.pdf. (Zugriff am: 04.04.2025).
- Walsh, F. (2016): Family resilience: a developmental systems framework, *European Journal of Developmental Psychology*, 13(3), S. 313–324.
- Weare, K. und Nind, M. (2011): Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say?, *Health Promotion International*, 26, S. 29–69. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar075>.

- Weichold, K. (2024): Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung, in Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (ed.) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i070-3.0>.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2022): Weltbericht zur psychischen Gesundheit: Transformation der psychischen Gesundheit für alle, Genf: Weltgesundheitsorganisation. Verfügbar auf: https://books.google.com.mx/books?hl=de&lr=&id=lnkOEEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR10&ots=TTg3ZKPr_l&sig=EkTnlJnSHTUNBenRFFbXd2EF-bA&redir_esc=y#v=onepage&q=healthy&f=false (Zugriff am: 04.02.2025).
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2023): Psychische Gesundheit in Europa und Zentralasien: Mädchen schneiden schlechter ab als Jungen. Verfügbar auf: <https://www.who.int/europe/de/news/item/10-10-2023-mental-health-in-europe-and-central-asia--girls-fare-worse-than-boys#:~:text=Die%20psychische%20Gesundheit%20und%20das,der%20psychischen%20Gesundheit%2C%20ver%20%C3%B6ffentlich%20wurde.> (Zugriff am: 01.06.2025).
- Wilmer, H. H., Sherman, L. E. and Chein, J. M. (2017): Smartphones and cognition: A review of research exploring the links between mobile technology habits and cognitive functioning, *Frontiers in Psychology*, 8, 605. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00605>.
- World Health Organization (WHO) (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organization. Verfügbar auf: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (Zugriff am: 10.02.2025).
- World Health Organization (WHO) (2024): Rising school pressure and declining family support, especially among girls, finds new WHO Europe report. Verfügbar auf: <https://www.who.int/europe/de/news/item/13-11-2024-rising-school-pressure-and-declining-family-support-especially-among-girls--finds-new-who-europe-report> (Zugriff am: 04.02.2025).
- Wickham, S., Anwar, E., Barr, B., Law, C. und Taylor-Robinson, D. (2016): Poverty and child health in the UK: Using evidence for action, *Archives of Disease in Childhood*, 101(8), S. 759-766

- Yousaf, O., Popat, A. und Hunter, M. S. (2015): An Investigation of Masculinity Attitudes, Gender, and Attitudes Toward Psychological Help-Seeking, *Psychology of Men & Masculinity*, 16(2), S. 234–237. <https://doi.org/10.1037/a0036241>.
- Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A. und Marceau, K. (2008): Störungen im Kindes- und Jugendalter: Geschlecht und Psychopathologie, *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, S. 275-303.
- Zenner, C., Herrnleben-Kurz, S. und Walach, H. (2014): Mindfulness-based interventions in schools—a systematic review and meta-analysis, *Frontiers in Psychology*, 5, Artikel 603. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00603>.