

Wie geht es den Pflegekindern in Deutschland?

**Die gesundheitsbezogene Lebensqualität von
Pflegekindern unter besonderer Berücksichtigung
potentieller Einflussfaktoren**

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophie der Fakultät II (Bildung-Architektur-Künste)
der Universität Siegen

vorgelegt von Stefan Wiesch

27. Mai 2016

1. Gutachter: Prof. Dr. Klaus Wolf
2. Gutachter: Prof. Dr. Simon Forstmeier

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle zuallererst herzlich bei den Pflegekindern und den Pflegeeltern bedanken, die sich an dieser Studie beteiligt haben. Ohne ihr Engagement und Unterstützung wäre diese Untersuchung nicht möglich gewesen.

Des Weiteren möchte ich mich bei Herrn Professor Wolf sehr herzlich für die Möglichkeit bedanken, bei der Bearbeitung dieses Themas von ihm betreut und unterstützt zu werden. Er hat mir wertvolle Anregungen und Denkanstöße gegeben, die mir bei der Realisation dieser Arbeit sehr weitergeholfen haben. Ebenfalls danke ich Herrn Professor Forstmeier sehr herzlich für seine Unterstützung meiner Arbeit. Außerdem bedanke ich mich bei meinen Kolleginnen und Kollegen aus der Forschungsgruppe Pflegekinder der Universität Siegen für die hilfreichen Kommentare und die Kritik zur Untersuchung. Bei Thomas Wiesch möchte ich mich für die Unterstützung beim Layout bedanken.

Zu guter Letzt möchte mich ganz besonders bei Irina Kaltwasser für ihre Anregungen zum Manuskript sowie für ihren emotionalen Beistand bedanken.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	2
Inhaltsverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis	7
Tabellenverzeichnis	8
Zusammenfassung	14
Einleitung	16
1. Theoretischer Hintergrund	20
1.1 Die Lebenssituation von Pflegekindern in Deutschland	20
1.1.1 Rechtliche und strukturelle Rahmenbedingungen.....	22
1.1.2 Statistische Kennzahlen	30
1.1.3 Körperliche Gesundheit	33
1.1.4 Psychische Gesundheit	35
1.1.5 Integration in die Pflegefamilie.....	38
1.1.6 Soziale Integration.....	47
1.1.7 Schulische Integration	50
1.2 Forschungsansätze in der deutschen Pflegekinderforschung	52
1.2.1 Empirische Sozialforschung	54
1.2.2 Kindheitsforschung.....	59
1.2.3 Multi-Informanten-Ansatz	63
1.2.4 Online-Forschung.....	68
1.3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität (GLQ)	73

1.3.1	Entwicklung und Konzeption.....	73
1.3.2	GLQ von Kindern und Jugendlichen.....	77
1.3.3	Messinstrumente.....	79
1.3.4	Selbst- und Fremdurteil	82
1.3.5	Studienergebnisse aus Deutschland.....	84
1.4	Einflussfaktoren der GLQ von Kindern und Jugendlichen	87
1.4.1	Alter und Geschlecht	88
1.4.2	Familiäre Faktoren	89
1.4.3	Gesundheitsbezogene Faktoren.....	91
1.4.4	Soziale und schulische Faktoren	93
1.4.5	Belastungserfahrungen	94
1.4.6	Personale Faktoren	95
1.5	Die GLQ von Pflegekindern.....	99
1.5.1	Einflussfaktoren der GLQ von Pflegekindern	103
1.6	Ableitung der Fragestellung und Hypothesen.....	107
2.	Methode.....	110
2.1	Stichprobe.....	110
2.2	Material	111
2.2.1	Pflegeelternfragebogen.....	111
2.2.2	Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).....	111
2.2.3	KIDSCREEN-27	113
2.3	Ablauf der Befragung.....	115
2.4	Datenanalyse.....	117

3. Ergebnisse.....	119
3.1 Deskriptive Statistik.....	119
3.1.1 Soziodemographische Merkmale der Pflegekinder.....	119
3.1.2 Gesundheitsbezogene Merkmale der Pflegekinder	121
3.1.3 Belastungserfahrungen der Pflegekinder	123
3.1.4 Soziodemographische Merkmale der Pflegefamilie.....	124
3.2 Hypothesenüberprüfung	127
3.2.1 Gesamte Stichprobe.....	127
3.2.2 Getrennt nach Geschlecht.....	130
3.2.3 Getrennt nach Alter	134
3.2.4 Getrennt nach Geschlecht und Alter.....	138
3.3 Sonstige Befunde	146
3.3.1 Zusammenhang soziodemographischer Merkmale mit der GLQ.....	146
3.3.2 Zusammenhang gesundheitsbezogener Merkmale mit der GLQ.....	152
3.3.3 Zusammenhang von Belastungserfahrungen mit der GLQ	162
3.3.4 Zusammenhang soziodemographischer Merkmale der Pflegefamilie mit der GLQ	167
3.3.5 Vergleich von Selbst- und Fremdurteil	173
4. Diskussion.....	175
4.1 Die GLQ von Pflegekindern.....	175
4.1.1 Getrennt nach Geschlecht.....	180
4.1.2 Getrennt nach Alter	184
4.1.3 Getrennt nach Alter und Geschlecht.....	186
4.2 Einflussfaktoren der GLQ von Pflegekindern	190

4.2.1	Alter und Geschlecht	190
4.2.2	Weitere soziodemographische Faktoren.....	199
4.2.3	Gesundheitsbezogene Faktoren.....	202
4.2.4	Belastungserfahrungen	205
4.2.5	Soziodemographische Faktoren der Pflegefamilie.....	206
4.3	Vergleich von Selbst- und Fremdurteil	209
4.4	Einschränkungen.....	211
4.5	Implikationen für die Praxis.....	213
4.6	Schlussfolgerungen und Ausblick.....	218
	Literaturverzeichnis.....	220
	Anhang	256
A.	Anzeigentext	256
B.	Pflegeelternfragebogen.....	258
C.	Begrüßungsseite.....	265
D.	Instruktionen Pflegekinder	267
	Erklärung	268

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Prozentuale Anteile der Häufigkeit von Besuchskontakten der Pflegekinder bei ihren leiblichen Eltern (n = 131).....	120
Abbildung 2. Prozentuale Anteile der besuchten Schulformen der Pflegekinder (n = 131).....	121
Abbildung 3. Prozentuale Anteile der Pflegekinder mit klinisch auffälligen Werten in den jeweiligen Skalen des SDQ (n = 131).	122
Abbildung 4. Prozentuale Anteile der Arten von Pflegeverhältnissen (n = 131)	125
Abbildung 5. Prozentuale Anteile der monatlichen Nettohaushaltseinkommen der Pflegeeltern (n = 95).....	125

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	<i>Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder mit den Mittelwerten der deutschen Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion).....</i>	128
Tabelle 2	<i>Prozentuale Anteile der Pflegekinder mit einer geringen Lebensqualität (Testwerte mehr als eine Standardabweichung unterhalb des Mittelwerts) auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion).....</i>	129
Tabelle 3	<i>Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder mit den Mittelwerten der deutschen Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion).....</i>	129
Tabelle 4	<i>Prozentuale Anteile der Pflegekinder mit einer geringen Lebensqualität (Testwerte mehr als eine Standardabweichung unterhalb des Mittelwerts) auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion).....</i>	130
Tabelle 5	<i>Vergleich der Mittelwerte der weiblichen Pflegekinder mit den Mittelwerten der weiblichen Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)</i>	131
Tabelle 6	<i>Vergleich der Mittelwerte der weiblichen Pflegekinder mit den Mittelwerten der weiblichen Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)</i>	132
Tabelle 7	<i>Vergleich der Mittelwerte der männlichen Pflegekinder mit den Mittelwerten der männlichen Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)</i>	133
Tabelle 8	<i>Vergleich der Mittelwerte der männlichen Pflegekinder mit den Mittelwerten der männlichen Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)</i>	133
Tabelle 9	<i>Vergleich der Mittelwerte der 8- bis 11-jährigen Pflegekinder mit den Mittelwerten der 8- bis 11-jährigen Kinder der Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion).....</i>	135

Tabelle 10	<i>Vergleich der Mittelwerte der 8- bis 11-jährigen Pflegekinder mit den Mittelwerten der 8- bis 11-jährigen Kinder der Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)</i>	135
Tabelle 11	<i>Vergleich der Mittelwerte der 12- bis 16-jährigen Pflegekinder mit den Mittelwerten der 12- bis 18-jährigen Kindern und Jugendlichen der Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)</i>	136
Tabelle 12	<i>Vergleich der Mittelwerte der 12- bis 16-jährigen Pflegekinder mit den Mittelwerten der 12- bis 18-jährigen Kinder und Jugendlichen der Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)</i>	137
Tabelle 13	<i>Vergleich der Mittelwerte der 8- bis 11-jährigen weiblichen Pflegekinder mit den Mittelwerten der 8- bis 11-jährigen weiblichen der Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)</i>	139
Tabelle 14	<i>Vergleich der Mittelwerte der 8- bis 11-jährigen weiblichen Pflegekinder mit den Mittelwerten der 8- bis 11-jährigen weiblichen der Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)</i>	139
Tabelle 15	<i>Vergleich der Mittelwerte der 12- bis 16-jährigen weiblichen Pflegekinder mit den Mittelwerten der 12- bis 18-jährigen weiblichen der Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)</i>	141
Tabelle 16	<i>Vergleich der Mittelwerte der 12- bis 16-jährigen weiblichen Pflegekinder mit den Mittelwerten der 12- bis 16-jährigen Töchter der Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)</i>	141
Tabelle 17	<i>Vergleich der Mittelwerte der 8- bis 11-jährigen männlichen Pflegekinder mit den Mittelwerten der 8- bis 11-jährigen männlichen der Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)</i>	142
Tabelle 18	<i>Vergleich der Mittelwerte der 8- bis 11-jährigen männlichen</i>	

	<i>Pflegekinder mit den Mittelwerten der 8- bis 11-jährigen männlichen der Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion).....</i>	143
Tabelle 19	<i>Vergleich der Mittelwerte der 12- bis 16-jährigen männlichen Pflegekinder mit den Mittelwerten der 12- bis 18-jährigen männlichen der Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion).....</i>	144
Tabelle 20	<i>Vergleich der Mittelwerte der 12- bis 16-jährigen männlichen Pflegekinder mit den Mittelwerten der 12- bis 18-jährigen männlichen der Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion).....</i>	144
Tabelle 21	<i>Vergleich der Mittelwerte der weiblichen Pflegekinder mit den Mittelwerten der männlichen Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)</i>	147
Tabelle 22	<i>Vergleich der Mittelwerte der weiblichen Pflegekinder mit den Mittelwerten der männlichen Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)</i>	148
Tabelle 23	<i>Vergleich der Mittelwerte der jüngeren Pflegekinder (8- bis 11-jährigen) mit den Mittelwerten der älteren Pflegekinder (12- bis 16-jährigen) auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion).....</i>	148
Tabelle 24	<i>Vergleich der Mittelwerte der jüngeren Pflegekinder (8- bis 11-jährigen) mit den Mittelwerten der älteren Pflegekinder (12- bis 16-jährigen) auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)</i>	149
Tabelle 25	<i>Vergleich der Mittelwerte der in Deutschland geborenen Pflegekinder mit den Mittelwerten der nach Deutschland emigrierten Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion).....</i>	150
Tabelle 26	<i>Vergleich der Mittelwerte der in Deutschland geborenen Pflegekinder mit den Mittelwerten der nach Deutschland emigrierten Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion).....</i>	151

Tabelle 27	<i>Korrelationen zwischen den Werten der Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion) und ihren soziodemographischen Merkmalen</i>	151
Tabelle 28	<i>Korrelationen zwischen den Werten der Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion) und ihren soziodemographischen Merkmalen</i>	152
Tabelle 29	<i>Korrelationen zwischen den Werten der Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion) und ihren Werten auf den Skalen des SDQ</i>	153
Tabelle 30	<i>Korrelationen zwischen den Werten der Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion) und ihren Werten auf den Skalen des SDQ</i>	154
Tabelle 31	<i>Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder ohne eine amtliche anerkannte Behinderung mit den Mittelwerten der Pflegekinder mit einer amtlich anerkannten Behinderung auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)</i>	155
Tabelle 32	<i>Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder ohne eine amtliche anerkannte Behinderung mit den Mittelwerten der Pflegekinder mit einer amtlich anerkannten Behinderung auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)</i>	156
Tabelle 33	<i>Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder ohne Dauermedikation mit den Mittelwerten der Pflegekinder mit einer Dauermedikation auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)</i>	157
Tabelle 34	<i>Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder ohne Dauermedikation mit den Mittelwerten der Pflegekinder mit einer Dauermedikation auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)</i>	158
Tabelle 35	<i>Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder ohne Bauchschmerzen mit den Mittelwerten der Pflegekinder mit regelmäßigen Bauchschmerzen auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)</i>	158
Tabelle 36	<i>Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder ohne regelmäßige</i>	

	<i>Bauchschmerzen mit den Mittelwerten der Pflegekinder mit regelmäßigen Bauchschmerzen auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion).....</i>	160
Tabelle 37	<i>Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder ohne regelmäßige Kopfschmerzen mit den Mittelwerten der Pflegekinder mit regelmäßigen Kopfschmerzen auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion).....</i>	160
Tabelle 38	<i>Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder ohne regelmäßige Kopfschmerzen mit den Mittelwerten der Pflegekinder mit regelmäßigen Kopfschmerzen auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion).....</i>	161
Tabelle 39	<i>Korrelationen zwischen den Werten der Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion) und ihren Anzahl der Wechsel der engen Bezugspersonen.....</i>	162
Tabelle 40	<i>Korrelationen zwischen den Werten der Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion) und ihren Anzahl der Wechsel der engen Bezugspersonen.....</i>	163
Tabelle 41	<i>Vergleich der Mittelwerte der vernachlässigten Pflegekinder mit den Mittelwerten der nicht vernachlässigten Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion).....</i>	164
Tabelle 42	<i>Vergleich der Mittelwerte der vernachlässigten Pflegekinder mit den Mittelwerten der nicht vernachlässigten Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion).....</i>	164
Tabelle 43	<i>Vergleich der Mittelwerte der in utero alkoholexponierten Pflegekinder mit den Mittelwerten der in utero nicht alkoholexponierten Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KID-SCREEN-27 (Selbstversion).....</i>	166
Tabelle 44	<i>Vergleich der Mittelwerte der in utero alkoholexponierten Pflegekinder mit den Mittelwerten der in utero nicht alkoholexponierten Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion).....</i>	166
Tabelle 45	<i>Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder alleinerziehender Pflegeeltern mit den Mittelwerten der Pflegekinder nicht</i>	

	<i>alleinerziehender Pflegeeltern auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion).....</i>	168
Tabelle 46	<i>Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder alleinerziehender Pflegeeltern mit den Mittelwerten der Pflegekinder nicht alleinerziehender Pflegeeltern auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion).....</i>	168
Tabelle 47	<i>Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder aus Pflegefamilien ohne Kurzzeitpflege mit den Mittelwerten der Pflegekinder aus Pflegefamilien mit Kurzzeitpflege auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion).....</i>	169
Tabelle 48	<i>Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder aus Pflegefamilien ohne Kurzzeitpflege mit den Mittelwerten der Pflegekinder aus Pflegefamilien mit Kurzzeitpflege auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion).....</i>	169
Tabelle 49	<i>Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder aus ländlicher Umgebung mit den Mittelwerten der Pflegekinder aus städtischer Umgebung auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion).....</i>	170
Tabelle 50	<i>Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder aus ländlicher Umgebung mit den Mittelwerten der Pflegekinder aus städtischer Umgebung auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion).....</i>	171
Tabelle 51	<i>Korrelationen zwischen den Werten der Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion) und Merkmalen ihrer Pflegefamilie (Weitere Pflegekinder, leibliche Kinder, Einkommen).....</i>	172
Tabelle 52	<i>Korrelationen zwischen den Werten der Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion) und Merkmalen ihrer Pflegefamilie (Weitere Pflegekinder, leibliche Kinder, Einkommen).....</i>	173
Tabelle 53	<i>Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder in der Selbstversion mit den Mittelwerten der Pflegeeltern in der Fremdversion auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27</i>	174

Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurde das subjektive Wohlbefinden sowie die subjektive Funktionsfähigkeit von Pflegekindern in Deutschland untersucht. Dazu wurde das Konzept der *gesundheitsbezogenen Lebensqualität (GLQ)* genutzt. Es wurde erwartet, dass Pflegekinder aufgrund ihrer Belastungserfahrungen und ihrer vermehrten psychischen Auffälligkeiten eine schlechtere GLQ erzielen als Kinder und Jugendliche aus der Normalbevölkerung. Zusätzlich wurden explorativ Einflussfaktoren und die Übereinstimmung des Selbst- und Fremdurteils bezüglich der GLQ von Pflegekindern untersucht. Es nahmen 131 Pflegekinder zwischen 8 und 16 Jahren und 153 Pflegeeltern an der Online-Studie teil. Die GLQ der Pflegekinder wurde anhand der Selbst- und Fremdversion des KIDSCREEN-27 erfasst. Die potentiellen Einflussfaktoren wurden mithilfe eines selbst erstellten Pflegeelternfragebogens sowie mit der deutschen Version des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) erfasst. Wie erwartet berichteten Pflegekinder eine niedrigere GLQ, allerdings waren nur bei männlichen Pflegekindern alle erhobenen Lebensbereiche betroffen. Überraschend berichteten weibliche Pflegekinder im körperlichen, familiären und schulischen Bereich eine vergleichbare GLQ wie die Mädchen der Normstichprobe des KIDSCREEN-27. Von den potentiellen Einflussfaktoren waren vor allem das Geschlecht, psychische Auffälligkeiten, prosoziales Verhalten, Schmerzen, Dauermedikation und Vernachlässigung in der frühen Kindheit bedeutsam mit der Ausprägung der GLQ von Pflegekindern in einzelnen Lebensbereichen assoziiert. Selbst- und Fremdurteil fielen überwiegend vergleichbar aus. Trotz der teilweise überraschend positiven Ergebnisse sollte die Kinder- und Jugendhilfe der vulnerablen Population der Pflegekinder sowie deren Pflegeeltern mehr Ressourcen zur Verfügung stel-

len, damit Pflegekinder in Deutschland in wichtigen Lebensbereichen ein höheres Wohlbefinden und eine bessere subjektive Funktionsfähigkeit entwickeln können.

Einleitung

Im letzten Jahrzehnt ist sowohl in der Politik als auch in der Fachpraxis das Interesse gestiegen, sich mit dem Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zu befassen (Bullinger, 2009). Dies lag unter anderem an dem im Jahre 2007 zum ersten Mal vorgelegten UNICEF-Bericht zur Situation der Kinder in reichen Industrienationen. In der dem Bericht zugrunde liegenden Vergleichsstudie wurden Kinder und Jugendliche aus 21 OECD-Ländern zu ihrem Wohlbefinden befragt und es wurden dabei die folgenden sechs Dimensionen von Wohlbefinden unterschieden: Materielles Wohlbefinden, Gesundheit und Sicherheit, Bildung, die Beziehung zu Eltern und Gleichaltrigen, Lebensweisen und Risiken sowie das subjektive Wohlbefinden. Die Kinder und Jugendlichen aus Deutschland schnitten beim Gesamtvergleich über alle sechs Dimensionen insgesamt mit dem 11. Platz nur mittelmäßig ab und in der Folgestudie im Jahre 2010 konnte sich Deutschland beim internationalen Gesamtvergleich nur leicht verbessern (auf Platz 8). In der aktuellsten Vergleichsstudie von UNICEF aus dem Jahre 2013 konnte sich Deutschland zwar beim Gesamtvergleich über alle sechs Dimensionen weiter leicht verbessern (Platz 6), aber in der Dimension subjektives Wohlbefinden erreichten die Kinder und Jugendlichen aus Deutschland nur den 22. Platz (von 29). Dieses Ergebnis enttäuschte angesichts der in Deutschland für Familien und Kinder aufgebrauchten Mittel und der insgesamt guten finanziellen und strukturellen Rahmenbedingungen. Die Fachgesellschaften der Kinder- und Jugendpsychiater in Deutschland forderten in einer Stellungnahme, dass in der Gesellschaft die Achtsamkeit für die seelischen und emotionalen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen stärker gefördert werden muss (Fegert, Schulte-Körne, Herberhold, Spitzzok-Brisinski & Lehmkuhl, 2013).

In den Fachdisziplinen Psychologie und Medizin dominierte bei Kindern und Jugendlichen lange die Erfassung von Symptomen und Krankheitsbildern, aber im letzten Jahrzehnt ist dort ebenfalls das Interesse am Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen gestiegen. Die Sicht und das Erleben der Kinder und der Jugendlichen haben an Bedeutung gewonnen und die Erfassung des *subjektiven Wohlbefindens* (Nitzko & Seiffge-Krenke, 2009) rückte mehr in den Vordergrund. Es besteht allerdings bisher kein Konsens darüber, wie dieses zu definieren und zu messen ist und die Abgrenzung zu verwandten Konzepten wie dem Wohlergehen oder der Lebensqualität fällt schwer (Bullinger, 2009; Nitzko & Seiffge-Krenke, 2009; Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003). Allerdings hat sich in den letzten Jahrzehnten mit dem aus der medizinischen Forschung stammenden Konstrukt der *gesundheitsbezogenen Lebensqualität (GLQ)* ein vielversprechender Ansatz entwickelt, innerhalb dessen das subjektive Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen erfolgreich operationalisiert wurde (Radoschewski, 2000; Ravens-Sieberer, Wille, Nickel, Ottova & Erhart, 2009; Schumacher et al., 2003). Der Begriff der GLQ ist dabei eine Übersetzung des ursprünglich aus dem Amerikanischen stammenden Ausdruck *health-related quality of life (HRQoL)*.

In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass in Bezug auf die beiden Konzepte GLQ und subjektives Wohlbefinden eine klare theoretische Trennung kaum möglich ist, sondern eine breite Überschneidung beider Konstrukte vorliegt (Bullinger, 2009; Radoschewski, 2000). Teilweise werden die beiden Begriffe auch synonym verwendet (Nitzko & Seiffge-Krenke, 2009). In der nationalen und internationalen Forschung ist das Konstrukt der GLQ mittlerweile fest etabliert, wenn untersucht werden soll, wie wohl sich Kinder und Jugendliche in ihrer Umwelt fühlen und wie gut sie aus ihrer Sicht mit den Anforderungen ihres Alltags zurechtkommen (Bullinger, 2009; Ellert,

Brettschneider, Ravens-Sieberer & KiGGS Study Group, 2014; Ravens-Sieberer et al., 2009).

Der 13. Kinder und Jugendbericht der Bundesregierung (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2009) über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland befasste sich unter anderem ebenfalls mit dem Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Die Autoren kamen in ihrer Analyse zu dem Fazit, dass die Förderung des Wohlbefindens von Kindern und Jugendlichen stärker als bisher Inhalt der fachlichen Praxis der Kinder- und Jugendhilfe werden müsste. Trotz der damaligen Forderung fehlen allerdings bis auf vereinzelte Ausnahmen (vgl. Büttner, Petermann, Petermann & Rücker, 2011) empirische Erkenntnisse über das Wohlbefinden bei Kindern und Jugendlichen, die von der Kinder- und Jugendhilfe betreuten werden.

Dies trifft auch für die von der Kinder- und Jugendhilfe betreuten Pflegekinder zu. Bei Pflegekindern handelt es sich um Kinder oder Jugendliche, die sich nach den Normen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) zur Pflege und Erziehung in einer Familie außerhalb des Elternhauses aufhalten (Blandow, 1999; Oberloskamp et al., 2010). Es ist zwar bekannt, dass Pflegekinder in ihrer Entwicklung von einer Vielzahl an Risikofaktoren und Belastungserfahrungen bedroht sind und dadurch in der Pflegekinderpopulation der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten im Vergleich mit bundesdeutschen Normstichproben (Hölling et al., 2014; Hölling, Erhart, Ravens-Sieberer & Schlack, 2007) mindestens um das 2- bis 3-fache erhöht ist (Kindler, Scheurer-Englisch, Gabriel & Köckeritz, 2011), aber wie Pflegekinder aus Deutschland selbst ihr Wohlbefinden und ihre Funktionsfähigkeit einschätzen, ist noch nicht bekannt. Es fehlen quantitativ-empirische Untersuchungen, in denen Pflegekinder systematisch über ihr Wohlbefinden befragt werden (Gassmann, 2010; Kindler, Kufner,

Sandmeier & Thrum, 2006; Köckeritz, 2005). Dies liegt unter anderem auch daran, dass in der deutschen Pflegekinderforschung die Pflegekinder bis auf Ausnahmen selbst nicht zu Wort kommen (Sandmeier, 2008; Wolf & Reimer, 2008). Die fehlenden Kenntnisse über das subjektive Wohlbefinden und die subjektive Funktionsfähigkeit von Pflegekindern in wichtigen Lebensbereichen sind für die Selbstvergewisserung der Kinder- und Jugendhilfe problematisch, da wichtige Informationen zur Evaluation und zur Qualitätsentwicklung der Pflegekinderhilfe fehlen (Kindler et al., 2006).

Die vorliegende Studie soll dabei helfen, diese Wissenslücke zu schließen, und so der Weiterentwicklung der Pflegekinderhilfe dienen. Es soll mithilfe des Konzepts der GLQ das subjektive Wohlbefinden und die subjektive Funktionsfähigkeit von Pflegekindern in Deutschland untersucht werden. Mit dem Wissen über das subjektive Wohlbefinden und die selbsteingeschätzte Funktionsfähigkeit von Pflegekindern können in Zukunft in der Kinder- und Jugendhilfe die Bedürfnisse von Pflegekindern besser eingeschätzt und Unterstützungsmaßnahmen für Pflegekinder empirisch fundierter diskutiert werden. Zudem soll in der vorliegenden Studie untersucht werden, welche Faktoren bei Pflegekindern mit der Ausprägung ihres Wohlbefindens und ihrer Funktionsfähigkeit assoziiert sind. Das Wissen über relevante Faktoren kann der Kinder- und Jugendhilfe ermöglichen, Risikogruppen innerhalb der Pflegekinderpopulation schneller zu identifizieren und sowohl präventive als auch frühzeitige Interventionen zu entwickeln. Insgesamt sollen die Ergebnisse der vorliegenden Studie dazu beitragen, dass die Entwicklungschancen von Pflegekindern in Deutschland weiter verbessert werden.

1. Theoretischer Hintergrund

Für ein besseres Verständnis der Thematik erfolgt im Abschnitt 1.1 eine Darstellung der Lebenssituation der Pflegekinder in Deutschland. Danach erfolgt im Abschnitt 1.2 eine Darstellung von Forschungsansätzen, die in der deutschen Pflegekinderforschung Verwendung finden, mit wichtigen Studienergebnissen, an denen die vorliegende Untersuchung methodisch und inhaltlich anknüpft. Im Abschnitt 1.3 wird ein Überblick über das Konzept der GLQ sowie eine Zusammenfassung wichtiger Aspekte und bisheriger Erkenntnisse über die GLQ von Kindern und Jugendlichen gegeben. Im Abschnitt 1.4 erfolgt eine Darstellung von Einflussfaktoren der GLQ von Kindern und Jugendlichen. Danach erfolgen im Abschnitt 1.5 eine Zusammenfassung der bisherigen Studienergebnisse zur GLQ von Pflegekindern sowie ein Überblick über die bisher bekannten Einflussfaktoren. Abschließend wird im Abschnitt 1.6 die Fragestellung der vorliegenden Untersuchung abgeleitet.

1.1 Die Lebenssituation von Pflegekindern in Deutschland

In diesem Abschnitt soll ein Überblick über die Lebenssituation von Pflegekindern in Deutschland gegeben werden. Dazu werden zuerst die strukturellen und rechtlichen Rahmenbedingungen zusammengefasst, die das Aufwachsen und das Leben der Pflegekinder in Deutschland maßgeblich bestimmen. Die umfassende Definition des Begriffs *Pflegekind* durch Blandow (1999) deutet bereits darauf hin, dass es sich dabei um eine Vielzahl von strukturellen und rechtlichen Rahmenbedingungen handelt.

Mit dem Begriff „Pflegekind“ sind (...) Kinder und Jugendliche gemeint, die nach Normen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) in einer „anderen“, das heißt einer nicht mit ihrer Herkunftsfamilie identischen Familie, durch Vermittlung eines Jugendamtes oder einer sonst legitimierten Stelle einen zeitlich befristeten, aber mehr als nur vorübergehenden, oder einen auf Dauer angelegten Sozialisationsort erhalten haben. (S.757)

Im Weiteren wird mithilfe statistischer Kennzahlen die Lebenssituation von Pflegekindern in Deutschland dargestellt. In den darauffolgenden Abschnitten sollen die Wissensbestände über die Lage der Pflegekinder in wichtigen Lebensbereichen zusammengefasst werden. Dafür werden zuerst die bisherigen Studien zur physischen und psychischen Gesundheit von Pflegekindern dargestellt. Danach folgt eine Zusammenfassung der bisherigen Studien, die die Lebenssituation und das Aufwachsen der Pflegekinder in ihren Pflegefamilien untersucht haben. Im darauffolgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der bisherigen Studien dargestellt, die die Integration der Pflegekinder in ihr neues soziales Umfeld untersucht haben, bevor im letzten Abschnitt die bisherigen Studien zum Schulerfolg von Pflegekindern zusammengefasst werden. Insgesamt liegt bei der Darstellung in diesem Abschnitt der Fokus auf bisherigen Studien aus Deutschland, da sich internationale Befunde aufgrund der national unterschiedlichen strukturellen und rechtlichen Rahmenbedingungen der Pflegekinderhilfe sowie den national unterschiedlichen sozialen und kulturellen Einflüssen nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragen lassen (Wolf, 2008).

1.1.1 Rechtliche und strukturelle Rahmenbedingungen

Bei der Betrachtung der maßgeblichen rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen, die die Lebenssituation und das Aufwachsen von Pflegekindern in Deutschland gestalten und beeinflussen, müssen zu Beginn zwei wichtige Einschränkungen benannt werden.

Zum einen befinden sich die Rahmenbedingungen für Pflegekinder in den letzten Jahren im Wandel. Es ist von fachlicher, juristischer und politischer Seite Bewegung in die Debatte um die Rahmenbedingungen der Pflegekinderhilfe gekommen. Während Wolf im Jahr 2006 noch darauf hinwies, dass sich das Pflegekinderwesen „am Beginn eines Modernisierungsprozesses“ (S. 7) befindet, kommt er im Jahre 2011 zu dem Ergebnis: „Es tut sich etwas im Pflegekinderwesen bzw. in der Pflegekinderhilfe“ (S. 196).

Zum anderen muss man bei der Betrachtung der strukturellen und rechtlichen Rahmenbedingungen konstatieren, dass die Pflegekinder in der Praxis regional auf sehr unterschiedliche strukturelle Rahmenbedingungen und (rechtliche) Vorgehensweisen treffen (Erzberger, 2003; Walter, 2004). Blandow (2006) kommt dementsprechend zu dem Fazit: „Ergebnis aller Untersuchungen ist, dass im Pflegekinderwesen alles (jedenfalls sehr viel) möglich ist, nichts aber garantiert ist“ (S. 11).

Die rechtlichen Grundlagen für Pflegekinder ergeben sich maßgeblich aus dem Achten Buch Sozialgesetzbuch Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII), das seit 1991 die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland regelt (Münder, Meysen & Trenczek, 2009). Das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) macht zudem ebenfalls Vorgaben zu den rechtlichen Normen für Pflegekinder.

Wenn ein Kind unter Einbezug des örtlichen Jugendamts aus seiner Herkunftsfamilie in eine andere Familie wechselt und dort versorgt und erzogen wird, wird dies nach Paragraph 33 Vollzeitpflege des SGB VIII geregelt:

Hilfe zur Erziehung in Vollzeitpflege soll entsprechend dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes oder des Jugendlichen und seinen persönlichen Bindungen sowie den Möglichkeiten der Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie Kindern und Jugendlichen in einer anderen Familie eine zeitlich befristete Erziehungshilfe oder eine auf Dauer angelegte Lebensform bieten. 2 Für besonders entwicklungsbeeinträchtigte Kinder und Jugendliche sind geeignete Formen der Familienpflege zu schaffen und auszubauen.

Dabei kann die Vollzeitpflege von den Herkunftseltern freiwillig in Anspruch genommen werden und sie können jederzeit, auch nach langjähriger Integration ihres Kindes in die Pflegefamilie, ihr Recht auf die Rückkehr ihres Kindes einfordern (§ 1632 Abs. 1 BGB). Voraussetzung dafür ist, dass sie weiter die *elterliche Sorge* (§ 1626 BGB) innehaben, die ihnen vom Familiengericht nach § 1666 BGB teilweise oder vollständig entzogen werden kann. Für den (teilweisen) Entzug der elterlichen Sorge muss das Familiengericht nach § 1666 eine Gefährdung des Kindeswohls als erfüllt ansehen. Dies geschieht häufig dann, wenn Kinder oder Jugendliche nach § 42 SGB VIII vom Jugendamt gegen den Willen ihrer Herkunftseltern aus der Familie genommen werden: „Wenn ein Kind oder ein Jugendlicher darum bittet oder eine dringende Gefahr für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen es erfordert, ist das Jugendamt verpflichtet, dieses oder diesen in Obhut zu nehmen“ (Jordan & Sengling, 2000, S. 141). Die (teilweisen) elterlichen Sorgerechte werden bei einem Entzug durch das Familiengericht zumeist auf

einen Vormund übertragen, der vom Jugendamt gestellt wird (Blandow & Ristau-Grzebelko, 2011). Besitzen die Eltern jedoch weiterhin die elterliche Sorge, dürfen sie alle wesentlichen Entscheidungen für ihr Kind treffen und die Pflegeeltern führen dann nur die sogenannte *Alltags- und Notfallsorge* aus. Die Pflegeeltern oder das Jugendamt können im Verlauf das Familiengericht anrufen, wenn sie das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen durch die Rückführung in die Herkunftsfamilie als gefährdet sehen. Das Familiengericht kann dann den weiteren Verbleib des Kindes in der Pflegefamilie anordnen.

In der Praxis haben sich verschiedene Formen von Vollzeitpflege herausgebildet, in denen Pflegekinder versorgt und erzogen werden können (Blandow, 2004). Die maßgeblichen Formen sollen im Folgenden kurz skizziert werden. Dabei ist aber zum einen aufgrund der regionalen und kommunalen Diversität in der Pflegekinderhilfe der folgende Aspekt bei der Darstellung und Zusammenfassung der unterschiedlichen Formen zu berücksichtigen: „Entscheidend ist letztendlich die konzeptionelle Ausgestaltung der Hilfe, nicht etwa die gewählte Bezeichnung oder die durch den Träger vorgenommene Zuordnung“ (Blandow & Ristau-Grzebelko, 2011, S. 50). Zum anderen ist zu beachten, dass in der vorliegenden Arbeit der Begriff *Pflegefamilie* wie bei Blandow (1999) als Bezeichnung für den Sozialisationsort gewählt wird, an dem das Kind aus seiner Herkunftsfamilie wechselt und lebt. Dabei ist es in der vorliegenden Arbeit für die Verwendung des Begriffs irrelevant, ob es sich bei der Pflegefamilie um eine auf Dauer angelegte Verbindung von Mann und Frau mit gemeinsamer Haushaltsführung und mindestens einem eigenen Kind (Hill & Kopp, 2006) oder um eine andere Art von Lebensform zwischen Erwachsenen und Kindern handelt (Blandow, 1999).

- Bei der *Kurzzeitpflege* handelt es sich um eine Form, die vor allem genutzt wird, wenn die Herkunftsfamilie kurzfristig (z.B. durch einen Krankenhausaufhalt) die Versorgung für ihre Kinder nicht erbringen kann. Das Kind kehrt danach wieder in seine Herkunftsfamilie zurück (Landschaftsverband Rheinland, 2009).
- Bei der *Bereitschaftspflege* handelt es sich um eine Form, in der vor allem Kinder aus einer Not- oder Krisensituation untergebracht werden. Dabei steht neben der Versorgung und Erziehung die Klärung der weiteren Entwicklungsperspektive des Kindes im Vordergrund (Münder et al., 2009).
- Bei der *Dauerpflege* handelt es sich um eine kontinuierliche Unterbringung des (Pflege-) Kindes in einer Pflegefamilie. Die Dauer der Pflege wird dadurch bestimmt, ob und unter welchen Bedingungen die Rückkehr des Kindes in seine Herkunftsfamilie geplant ist. Wenn im Verlauf der Pflege keine Rückkehr des Kindes in seine Herkunftsfamilie vollzogen wird, verbleibt das Kind bis zur Verselbständigung in der Pflegefamilie.
- Bei den *Heilpädagogischen Pflegestellen* und den *Erziehungsstellen* handelt es sich um eine kontinuierliche Unterbringung, in der „besonders entwicklungsbeeinträchtigte Kinder und Jugendliche“ (§ 33, Satz 2 SGB VIII) leben, die einen erhöhten Bedarf an pädagogischer und therapeutischer Versorgung haben. Häufig wird von den Pflegepersonen verlangt, dass sie eine Art von pädagogischer Qualifikation vorweisen können. Falls im Verlauf keine Rückkehr in die Herkunftsfamilie durchgeführt wird, verbleibt das Kind bis zur Verselbständigung in der Pflegefamilie.
- Bei der *Verwandtenpflege* handelt es sich um eine Form, in der das Kind oder der Jugendliche bei verwandten Erwachsenen der leiblichen Eltern untergebracht werden. Die Dauer hängt auch in dieser Pflegeform davon ab, ob und unter welchen Bedingungen durch das zuständige Jugendamt eine Rückkehr in die Herkunftsfami-

lie vollzogen wird. Bei der Verwandtenpflege existieren viele inoffizielle Pflegeverhältnisse, die nicht unter Einbezug des Jugendamtes durchgeführt werden und so auch nicht den Regelungen des KJHG unterliegen (Kindler, Scheurer-Englisch, Gabriel & Köckeritz, 2011).

Die jeweilige Form der Vollzeitpflege wird vor allem dadurch bestimmt, wie lange das (Pflege-) Kind außerhalb seines Elternhauses versorgt und erzogen werden soll. In der Praxis ist jedoch zu Beginn des Pflegeverhältnisses die Dauer der Vollzeitpflege häufig unklar und die Grenzen zwischen einer kurzen Pflege und einer Dauerpflege können fließend sein:

Eine ursprünglich als kurzzeitig gedachte Unterbringung kann sich zu einer länger andauernden, dann möglicherweise auch dauerhaften Unterbringung entwickeln. Ein ursprünglich auf Zeit mit Rückkehrperspektive angelegtes Pflegeverhältnis kann sich zu einem Dauerpflegeverhältnis ausgestalten. Aber auch ein als dauerhaft geplantes Pflegeverhältnis kann sich ggf. als eines erweisen, das wieder aufgelöst werden muss. (Münder et al., 2009, S.306)

Das Gesetz sieht vor, dass zu Beginn der Vollzeitpflege zuerst einmal die Möglichkeit einer zeitnahen Rückführung erarbeitet werden soll: „Durch Beratung und Unterstützung sollen die Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie innerhalb eines im Hinblick auf die Entwicklung des Kindes oder des Jugendlichen vertretbaren Zeitraums so weit verbessert werden, dass sie das Kind oder den Jugendlichen wieder selber erziehen kann“ (§ 37 Abs. 1 Satz 2 SGB VIII). Sollte dies nicht gelingen, gibt der § 37 Abs.1 Satz 4 SGB VIII das weitere Vorgehen vor: „Ist eine nachhaltige Verbesserung der Er-

ziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie innerhalb dieses Zeitraums nicht erreichbar, soll mit den beteiligten Personen eine andere, dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen förderliche und auf Dauer angelegte Lebensperspektive erarbeitet werden.“

In der juristischen Kommentarliteratur wird jedoch darauf hingewiesen, dass bereits bei der Entscheidung über eine Hilfe außerhalb der eigenen Familie eine Prognose darüber abzugeben ist, ob das Pflegeverhältnis zum Wohle des Kindes zeitlich befristet oder aber auf Dauer angelegt sein soll (Münder et al., 2009). Auch in der Praxis zeigen Erhebungen, dass die Hilfen zur Vollzeitpflege vom Jugendamt bereits zu Beginn mehrheitlich vom Jugendamt als *auf Dauer* eingeordnet wurden (Erzberger, 2003; Walter, 2004). Im Gegensatz zu Deutschland bestehen in anderen Ländern klare zeitliche Fristen, innerhalb derer die Rückführungsbemühungen stattfinden müssen. Ob in Deutschland durch die frühzeitige Festlegung der Prognose über die Dauer des Pflegeverhältnisses der Option einer Rückführung des Pflegekindes in die Herkunftsfamilie ausreichend Beachtung zukommt, wird in der juristischen und erziehungswissenschaftlichen Fachliteratur kritisch diskutiert (Helming et al., 2011; Kindler, 2011).

Formell werden die Grundlagen für eine Entscheidung über die Dauer der Vollzeitpflege sowie für die Regelungen weiterer Bedingungen der Hilfe im Rahmen des Hilfeplans und seiner Fortschreibungen nach § 36 SGB III festgehalten. Der Satz 2 des § 36 SGB besagt:

Als Grundlage für die Ausgestaltung der Hilfe sollen sie [die Fachkräfte, Anm. d. Verf.] zusammen mit dem Personensorgeberechtigten und dem Kind oder dem Jugendlichen einen Hilfeplan aufstellen, der Feststellungen über den Bedarf, die zu gewährende Art der Hilfe sowie die notwendigen Leistungen enthält; sie sollen regelmäßig prüfen, ob die gewählte Hilfeart weiterhin geeignet oder notwendig ist. ³

Werden bei der Durchführung der Hilfe andere Personen, Dienste oder Einrichtungen tätig, so sind sie oder deren Mitarbeiter an der Aufstellung des Hilfeplans und seiner Überprüfung zu beteiligen.

Ob und wie häufig ein Pflegekind zu seinen Herkunftseltern Kontakt hat, kann ebenfalls formell im Hilfeplan festgehalten werden. Die Ansprüche und Regelungen der sogenannten *Umgangskontakte* ergeben sich aus den Umgangsregelungen des Familienrechts im BGB (§ 1626, § 1684, § 1685). Unabhängig davon, ob die Herkunftseltern noch sorgenrechtliche Befugnisse haben, ist das Jugendamt zudem nach § 37 (Zusammenarbeit bei Hilfen außerhalb der eigenen Familie) dazu angehalten, die Herkunftseltern in die Hilfe mit einzubeziehen. Diese Vorschrift untersagt zudem einen grundsätzlichen Kontaktabbruch (Münder et al., 2009), der aber in der Praxis trotzdem noch häufig umgesetzt (Erzberger, 2003; Walter, 2004) und vereinzelt auch weiterhin gefordert wird (Nienstedt & Westermann, 2007).

Pflegeeltern benötigen vor der Aufnahme eines Pflegekindes eine Pflegeerlaubnis (§ 44 SGB VIII), die ihnen nach einer Überprüfung des Jugendamtes von diesem ausgestellt wird. Bei der Überprüfung steht vor allem die Eignung der Pflegepersonen zur Erziehung und Pflege eines Pflegekindes im Vordergrund (Helming, Eschelbach, Spangler, & Bovenschen, 2011). Falls es zu der Erteilung einer Pflegeerlaubnis und der Aufnahme eines Pflegekindes kommt, sind die Pflegeeltern im Verlauf verpflichtet, dem Jugendamt über wichtige Ereignisse zu berichten, die das Wohl des Kindes oder Jugendlichen betreffen (§ 37 Abs.3 S.2 SGB VIII). Wenn dann ein Pflegekind in einer Pflegefamilie aufgenommen wurde, erhalten die Pflegeeltern ein sogenanntes *Pflegegeld*, mit dem zum einen die Kosten für die materiellen Aufwendungen, die für das Kind anfallen, gedeckt und mit dem zum anderen der erzieherische Aufwand finanziell

berücksichtigt werden soll (Küfner & Eschelbach, 2011). Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge veröffentlicht jährliche nach Altersspannen gestaffelte Empfehlungen für die Höhe des Pflegegeldes, aber in der Praxis sind die regionalen und kommunalen Unterschiede groß (Küfner & Eschelbach, 2011). Für das Jahr 2014 empfahl der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge (2013) für Pflegekinder im Alter von sechs bis zwölf Jahren eine Sachkostenpauschale von 584 Euro und eine Pauschale von 235 Euro für die Kosten von Pflege und Erziehung. Da nach dem Gesetz bei einer Vollzeitpflege die Personensorgeberechtigten Anspruch auf das Pflegegeld haben, geben die Herkunftseltern oder der Vormund in der Praxis eine Bevollmächtigung oder Abtretungsvereinbarung gegenüber den Pflegeeltern ab (Münder et al., 2009). Dies wird häufig in einem sogenannten *Pflegevertrag* festgehalten, in dem auch weitere Rechte und Pflichten der Pflegeeltern vereinbart und niedergeschrieben werden können. Die Vertragspartner bei einem Pflegevertrag sind die Herkunftseltern, solange sie die elterliche Sorge besitzen, und die Pflegeeltern. Das Jugendamt kommt in diesem Fall nach dem Gesetz nicht als Vertragspartner in Frage, auch wenn die Umsetzung in der Praxis häufig anderes vermuten lässt (Küfner & Schöneker, 2011). Dieses Vorgehen kritisieren Küfner und Schönecker (2011) deutlich: „Aus rechtlicher Sicht ist es bei genauer Betrachtung nur schwer nachvollziehbar, wieso die Regelung der Erziehung, die verfassungsrechtlich geschützte Aufgabe der Eltern ist, bei Fremdunterbringung eines Kindes vom Jugendamt bestimmt werden soll“ (S. 74).

Die Pflegeeltern haben sowohl vor der Aufnahme als auch während der Dauer der Pflege Anspruch auf Beratung und Begleitung vom dem Jugendamt (§37 Abs. 2 SGB VIII). Allerdings wird durch die Selbsthilfeorganisationen der Pflegeeltern eine stärkere fachliche Professionalisierung in diesem Bereich angemahnt, wie man dem gemeinsamen Positionspapier „Pflegekinder in Deutschland - Forderungen an Politiker, öffentli-

che und freie Träger der Jugendhilfe“ (2013) des Bundesverbands der Pflege- und Adoptivfamilien e.V. (PFAD), der Bundesarbeitsgemeinschaft für Kinder in Pflege- und Adoptivfamilien e.V. (BAG KiAP), der AGENDA Pflegefamilien und des Bundesverbands behinderter Pflegekinder e.V. entnehmen kann. Neben den Selbsthilfeorganisationen haben sich in Deutschland auch im Internet umfassende Foren entwickelt, in denen Pflegeeltern sich gegenseitig austauschen und Rat und Hilfe bekommen können. Besonders aktive Foren mit vielen Teilnehmern sind dabei www.pflegeeltern.de und www.pflegeelternnetz.de.

1.1.2 Statistische Kennzahlen

In Deutschland lebten zum Stichtag 31.12.2013 nach Angaben des Statistischen Bundesamts 67.812 Pflegekinder in einer anderen Familie (Statistisches Bundesamt, 2015). Bei dieser Zahl sind allerdings inoffizielle Pflegeverhältnisse nicht berücksichtigt, die keinen Eingang in die Jugendhilfestatistik finden. Bei den inoffiziellen Pflegeverhältnissen handelt es sich häufig um informelle Verwandtenpflege, die von den Betroffenen außerhalb der Hilfen zur Erziehung (§ 27 SGB) und ohne öffentliche finanzielle Leistungen durchgeführt werden (Walter, 2004). Die Zahl der Kinder, die in Deutschland insgesamt in irgendeiner Art von Pflegeverhältnis leben, wird auf 125.000 geschätzt (Kindler et al., 2011).

Pflegekinder können in Deutschland in unterschiedlichen Formen von Pflegefamilien leben (vgl. Abschnitt 1.1.1). Berücksichtigt man nur die offiziell erfassten Pflegeverhältnisse nach § 27 und § 33 des SGB VIII, leben der größere Teil der minderjährigen Pflegekinder in einer nicht verwandten Pflegefamilie (67 %), während 23 % der Pflegekinder in einem Verwandtschaftspflegeverhältnis und 10 % in einem Sonderpflegever-

hältnis aufwachsen (Statistisches Bundesamt, 2015). Nach Angaben des Statistischen Bundesamts (2015) gab es bei der Anzahl weiblicher (49 %) und männlicher (51 %) Pflegekinder nahezu keinen Unterschied. Es hatten zudem 21 % der Pflegekinder einen Migrationshintergrund (mind. ein Elternteil mit ausländischer Herkunft), während in der Gesamtbevölkerung ungefähr ein Drittel der Kinder und Jugendlichen einen Migrationshintergrund haben (Cinar & Deutsches Jugendinstitut, 2013). Im Durchschnitt ist ein Pflegekind in Deutschland 10 Jahre alt (Kindler et al., 2011). Laut dem Statistischen Bundesamt verteilten sich 2013 in den einzelnen Alterskategorien 25 % der Pflegekinder unter dem sechsten Lebensjahr, 35 % der Pflegekinder zwischen dem sechsten und dem zwölften Lebensjahr, 34 % der Pflegekinder zwischen dem zwölften und dem achtzehnten und sechsten Lebensjahr und 6 % der Pflegekinder zwischen dem achtzehnten Lebensjahr und älter. Der Beginn der Hilfe in einer Pflegefamilie liegt häufig im jüngeren Altersbereich (Erzberger, 2003; Kindler et al., 2006). Das Landesjugendamt Rheinland-Pfalz kam in der Untersuchung ihrer Hilfen zur Vollzeitpflege zu dem Ergebnis, dass knapp 50 % der Pflegekinder zum Zeitpunkt des Hilfebeginns noch keine sechs Jahre alt gewesen sind. Zudem verteilt sich der Zeitpunkt des Hilfebeginns der anderen 50 % der Pflegekinder mit einer leicht abfallenden Tendenz auf alle Altersgruppen bis unter 18 Jahre (Baas, Lamberty, Müller & Seidenstücker, 2010). Kindler (2011) berichtet im Handbuch Pflegekinderhilfe von einer Studie des Deutschen Jugendinstituts, in der 46 % der Pflegekinder im Alter von null bis drei Jahren und weitere 25 % der Pflegekinder im Alter von drei bis sechs Jahren in ihre Pflegefamilie gewechselt sind.

Bei der Betrachtung der Frage, wie lange ein Kind durchschnittlich in einer Pflegefamilie lebt, muss man beachten, dass die Pflegeformen der Kurzzeit- und Bereitschaftspflege bereits von ihrer Konzeption her nur für eine kurze Dauer des Pflegeverhältnisses ausgelegt sind. Die Jugendämter müssen zu Beginn der Hilfe zur Erziehung

in Vollzeitpflege eine Prognose über die zeitliche Perspektive und die mögliche Rückkehr in die Ursprungsfamilie beurteilen (vgl. Abschnitt 1.1.1). Hier zeigen die vorliegenden empirischen Untersuchungen (Erzberger, 2003; Kindler et al., 2006; Walter, 2004), dass die untersuchten Pflegeverhältnisse überwiegend auf Dauer angelegt waren und eine konkrete Rückkehroption selten in Erwägung gezogen wurde: „Von einer dauerhaften Perspektive für etwa 50 % der Kinder bei der Inpflegenahme im Rahmen einer Hilfe zur Erziehung ist ein Anstieg auf etwa 80 % zum Erhebungszeitpunkt zu beobachten“ (S. 23; Walter, 2004). Erzberger (2003) kam in seiner Untersuchung zu dem Ergebnis, dass bei den beendeten Hilfen zur Vollzeitpflege bzw. Dauerpflege die durchschnittliche Verweildauer der Pflegekinder in ihren Pflegefamilien sechs Jahre und acht Monate betrug. Kindler (2011) berichtete im Handbuch Pflegekinderhilfe von einer Studie des Deutschen Jugendinstituts, in der etwas mehr als 40 % der Pflegekinder fünf Jahre oder länger in ihrer Pflegefamilie lebten.

Viele Hilfen nach § 33 SGB VIII gehen mit einem teilweisen oder vollständigen Entzug der elterlichen Sorge einher (vgl. Abschnitt 1.1.1). Im Jahr 2011 war dies bei 46 % der Hilfen zur Vollzeitpflege der Fall (Statistisches Bundesamt, 2012). Es variiert im Einzelfall stark, wie oft Pflegekinder noch (Besuchs-) Kontakte zu ihren leiblichen Eltern haben. Walter (2004) kam in seiner Untersuchung zu dem Ergebnis, dass 48 % der Mütter ihre Kinder, die in einer Pflegefamilie leben, nie besuchten. Kindler (2006) kam in seiner Untersuchung zu einem vergleichbaren Ergebnis. Zu einem etwas anderen Ergebnis kamen Blandow und Ristau-Grzebelko (2011), in deren Untersuchung ein Großteil der Pflegekinder in irgendeiner Form Kontakt zu ihrer Ursprungsfamilie hatte.

Für viele Pflegekinder ist der Wechsel in eine Pflegefamilie nicht der erste Wechsel der Hauptbezugspersonen. Thrum (2007) zeigte in seiner Untersuchung, dass etwa die Hälfte der Pflegekinder bereits zwei oder mehr Wechsel der engen Bezugspersonen

erfahren hatten. Andere Studien kamen zu vergleichbaren Ergebnissen (Erzberger, 2003; Walter, 2004). Die Gründe für den Wechsel eines Kindes aus seiner Ursprungsfamilie in eine Pflegefamilie können multipel sein. In der Jugendhilfestatistik des Statistischen Bundesamts (2015) wurden von den Jugendämtern als Hauptgründe eine Gefährdung des Kindeswohls (28 %) und eine unzureichende Förderung/Betreuung/Verorgung des jungen Menschen in der Familie (15 %) genannt. Erzberger (2003) nannte in seiner Untersuchung als Hauptgründe eine Überforderung der Eltern (61 %), die Vernachlässigung des Kindes (46 %) und Anzeichen für Misshandlungen des Kindes (9 %).

1.1.3 Körperliche Gesundheit

In Deutschland wurde in einigen Studien die körperliche Gesundheit von Pflegekindern untersucht. Walter (2004) hat in seiner bundesweiten Untersuchung zu Kindern in Fremd- und Verwandtschaftspflege Fachkräften ($N = 504$) Fragen zum Gesundheitszustand der Pflegekinder gestellt. Die Fachkräfte gaben an, dass 12 % der Pflegekinder unter körperlichen Beeinträchtigungen oder Behinderungen und 7 % der Pflegekinder unter chronischen oder psychosomatischen Erkrankungen litten. In der Untersuchung ($N = 237$) von Erzberger (2003) litten 2 % der Pflegekinder unter einer körperlichen Behinderung und 1 % unter einer chronischen Erkrankung. Es wurde in den beiden Studien allerdings nicht untersucht, unter welchen spezifischen körperlichen Beeinträchtigungen oder Behinderungen sowie unter welchen spezifischen chronischen Erkrankungen die Pflegekinder litten.

Diesen Mangel weist ebenfalls die Studie von Kindler et al. (2006) auf. Er befragte in seiner Untersuchung Pflegeeltern ($N = 427$) mithilfe der deutschen Version der Child Behavior Checklist (CBCL; Döpfner, Plück, Bölte, Melchers & Heim, 1998), die auch

Fragen zur körperlichen Gesundheit enthält. Nach Angaben der Pflegeeltern litten 24 % der Pflegekinder unter einer Behinderung oder chronischen Erkrankung und 12 % unter klinisch relevanten psychosomatischen Beschwerden. Insgesamt wiesen insgesamt 31 % der Pflegekinder mindestens in einem der beiden Gesundheitsbereiche Probleme auf. In der Studie von Niepel (2008) ebenfalls mithilfe der deutschen Version der CBCL (Döpfner et al., 1998) gaben Pflegeeltern ($n = 99$) bei 50 % ihrer Pflegekinder eine Krankheit, eine körperliche oder geistige Beeinträchtigung oder eine Behinderung an.

In ihrer Übersicht berichteten Kindler et al. (2011), dass bei drei Studien des Deutschen Jugendinstituts (DJI) mithilfe der deutschen Version der CBCL (Döpfner et al., 1998) für 5-9 % der Pflegekinder eine überdurchschnittliche Belastung durch psychosomatische Beschwerden wie Kopf- oder Bauchschmerzen vorlag. Sie kamen zu dem Fazit, dass bei Pflegekindern die Häufigkeit überdurchschnittlicher Belastung durch psychosomatische Beschwerden im Vergleich zur deutschen Normstichprobe der CBCL deutlich erhöht ist. Weiterhin berichteten die Autoren, dass in Deutschland 10-13 % der Pflegekinder unter Heuschnupfen und 3-7 % unter Asthma leiden. Da in Deutschland bei Kindern und Jugendlichen für Heuschnupfen eine Prävalenz von 11 % und für Asthma eine Prävalenz von 5 % berichtet wird (Schlaud, Atzpodien & Thierfelder, 2007), kamen die Autoren in ihrer Übersicht zu dem Schluss, dass bei Pflegekindern im Vergleich zur Normalbevölkerung bisher keine deutlich erhöhte Prävalenz für Asthma und Heuschnupfen zu erkennen ist. Zu einem gegenteiligen Ergebnis kam Niepel (2008) in seiner Untersuchung. In seiner Stichprobe von Pflegekindern ($n = 108$) litten 21 % an Heuschnupfen und 10 % an Asthma und der Autor kam zu dem Fazit, dass die Prävalenz bei Pflegekindern für Heuschnupfen und Asthma etwa doppelt so hoch ist wie die in der Normalbevölkerung. In internationalen Studien konnte gezeigt werden, dass bei Pflegekindern sowie bei Kindern und Jugendlichen, die körperlich oder sexuell

misshandelt worden sind oder sich in der Kinder- und Jugendhilfe befinden, die Prävalenz für Asthma im Vergleich zur Normalbevölkerung deutlich erhöht ist (Jee et al., 2006; Leslie et al., 2005; Scott, Smith & Ellis, 2012; Stein et al., 2013). Dementsprechend kam Osbeck (2006) in seiner internationalen Übersicht zur Erkrankungsrate bei Pflegekindern zu dem Fazit, dass Pflegekinder im Vergleich zur Kindern und Jugendlichen, die in ihrer Ursprungsfamilie unter vergleichbaren sozioökonomischen Bedingungen aufwachsen, ein um 50 % erhöhtes Risiko haben, unter chronischen körperlichen Beeinträchtigungen zu leiden. Auch andere internationale Studien berichteten bei Pflegekindern einen hohen Anteil an körperlichen Beeinträchtigungen und Krankheiten (Chernoff, Combs-Orme, Risley-Curtiss & Heisler, 1994; Halfon N, Mendonca A & Berkowitz G, 1995; Leslie et al., 2005).

Insgesamt liegen in Deutschland nur wenige Befunde zur körperlichen Gesundheit von Pflegekindern vor und es fehlen Studien, die bei Pflegekindern explizit die Häufigkeit spezifischer Erkrankungen erhoben haben (Kindler et al., 2011). Zudem fehlen in Deutschland bisher Studien, in denen die Pflegekinder selber über ihr körperliches Wohlbefinden und ihre körperliche Funktionsfähigkeit im Alltag befragt wurden. Die referierten empirischen Befunde weisen allerdings darauf hin, dass Pflegekinder auch in Deutschland im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen aus Normalbevölkerung vermehrt unter körperlichen Beeinträchtigungen und psychosomatischen Beschwerden leiden.

1.1.4 Psychische Gesundheit

Während in der internationalen Forschung viele Studien existieren, die die Art und Häufigkeit von psychischen Erkrankungen bei Pflegekindern untersucht haben, wurden in

Deutschland bisher nur wenige derartige Untersuchungen durchgeführt. In den internationalen Studien wurde gezeigt, dass bei Pflegekindern ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von psychischen Auffälligkeiten vorliegt (Clausen, Landsverk, Ganger, Chadwick & Litrownik, 1998; Sawyer, Carbone, Searle & Robinson, 2007; Strijker, van Oijen & Knot-Dickscheit, 2011; Tarren-Sweeney & Hazell, 2006). So kam zum Beispiel Schmid und Pérez (2011) in der Schweiz mithilfe der deutschen Version der CBCL zu dem Ergebnis, dass die Pflegeeltern bei fast 60 % der Pflegekinder ($N = 394$) einen klinisch auffälligen Gesamtwert berichteten.

Als Ursache für die erhöhte Prävalenz psychischer Störungen bei Pflegekindern wird die Vielzahl an Risikofaktoren und Belastungserfahrungen angesehen, der die Pflegekinder in ihrer Entwicklung ausgesetzt sind (Oswald, Heil & Goldbeck, 2010). Zu den häufigsten Risikofaktoren und Belastungserfahrungen zählen eine genetische Vorbelastung für psychische Störungen, eine pränatale Belastung durch Suchtstoffe, körperliche Misshandlungen, sexueller Missbrauch und Vernachlässigung mit mangelnder Fürsorge (Kindler et al., 2011; Oswald et al., 2010; Sawyer et al., 2007).

In Deutschland befragten Kindler et al. (2006) Pflegeeltern an vier Orten in Deutschland mithilfe der deutschen Version der CBCL (Döpfner et al., 1998) über die psychische Gesundheit ihrer Pflegekinder ($N = 427$). Dabei haben Pflegeeltern bei 31 % der Pflegekinder klinisch bedeutsame Auffälligkeiten berichtet und unter Einbezug der Pflegekinder, die einen Wert im Grenzbereich zur klinischen Auffälligkeiten erzielten, ergibt sich ein Anteil von 43 %. Allerdings ergab sich in der Untersuchung eine geringe Rücklaufquote der Fragebögen von insgesamt 41 %, so dass mögliche Selektionseffekte der Stichprobe berücksichtigt und der Anspruch auf Gültigkeit der Stichprobenergebnisse in der Gesamtpopulation kritisch hinterfragt werden muss.

In zwei Studien aus Deutschland wird ein noch höherer Anteil an Pflegekindern mit klinisch bedeutsamen Auffälligkeiten berichtet. In der Untersuchung ($n = 108$) von Niepel (2008), ebenfalls mithilfe der deutschen Version der CBCL (Döpfner et al., 1998), erzielte ein Anteil von 50 % der Pflegekinder klinisch auffällige Werte. Dabei fiel der Anteil der weiblichen Pflegekinder mit klinisch bedeutsamen Auffälligkeiten mit 57 % deutlich höher aus als der Anteil der männlichen Pflegekinder (42 %). Die Rücklaufquote der Fragebögen betrug in der Studie 51 %. Zu einem vergleichbaren Ergebnis wie Niepel (2008) kamen Linderkamp, Schramm und Michau (2009) in ihrer prospektiven Längsschnittstudie zur psychischen Entwicklung von Pflegekindern und Pflegeeltern ($n = 99$). Die Autoren befragten die Pflegeeltern zu Beginn des Pflegeverhältnisses über die psychische Gesundheit ihrer Pflegekinder mithilfe der deutschen Fremdversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997). Es erzielten fast 40 % der Pflegekinder einen klinisch auffälligen Gesamtproblemwert und fast 20 % einen Gesamtproblemwert mit grenzwertiger Ausprägung. Die Autoren befragten zudem acht Pflegekinder mithilfe der Selbstversion des SDQ (Goodman, 1997) über ihre psychische Gesundheit und kamen zu dem Ergebnis, dass die Selbstbeurteilung weniger auffällig ausfiel als die Fremdbeurteilung. In der Studie von Gleißner, Johler, Ney-Wilkens und Hollmann (2013) wurden ebenfalls Pflegekinder ($n = 19$), die im Durchschnitt seit ungefähr acht Jahren in einer Fachpflegefamilie lebten, mithilfe der deutschen Version des Youth-Self-Report (YSR; Döpfner, Berner & Lehmkuhl, 1994) über ihre psychische Gesundheit befragt. Zudem wurden die Pflegeeltern ebenfalls mithilfe der deutschen Version der CBCL (Döpfner et al., 1998) über die psychische Gesundheit ihrer Pflegekinder befragt. Während die Pflegekinder im Durchschnitt einen Gesamtwert im unauffälligen Bereich berichteten, berichteten die Pflegeeltern bei ihren Pflegekindern im Durchschnitt einen Gesamtwert im Bereich der psychischen Auffälligkeit.

Die Studie von Arnold (2010) ist in Deutschland bisher die einzige, die bei Pflegekindern die Prävalenz einer spezifischen psychischen Störung erhoben hat. Die Autorin der Studie untersuchte die Prävalenz von Posttraumatischen Belastungsstörungen bei Pflegekindern und befragte dafür 74 Pflegekinder mit dem Interview zur Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (IBS-KJ; Steil & Fuchsel, 2006). Es zeigte sich, dass etwa 5 % der Pflegekinder die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach dem DSM-IV erfüllten. Damit fiel die Prävalenz bei Pflegekindern höher aus als bei Kindern und Jugendlichen aus der Normalbevölkerung, bei denen die Prävalenz mit 1,6% angegeben wird (Schneider & Magraf, 2009).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass viele Pflegekinder in Deutschland unter psychischen Beeinträchtigungen leiden und in der Pflegekinderpopulation der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten im Vergleich zu bundesdeutschen Normstichproben (Hölling et al., 2014, 2007) mindestens um das 2- bis 3-Fache erhöht ist (Kindler et al., 2011) Es existieren einzelne Studien, in denen die Pflegekinder selber über ihre psychische Gesundheit befragt wurden. Dabei ist aber kritisch anzumerken, dass die Stichproben der Studien entweder sehr klein sind oder bei den Pflegekindern nur das Vorhandensein einer einzelnen psychischen Störung untersucht wurde.

1.1.5 Integration in die Pflegefamilie

In Deutschland existieren bisher nur wenige quantitative Untersuchungen, die der Frage nachgegangen ist, wie die Lebenssituation der Pflegekinder in ihren Pflegefamilien ist. Es ist bekannt, dass in einigen Fällen das Pflegeverhältnis zwischen einem Pflegekind und seinen Pflegeeltern wieder vorzeitig aufgelöst wird. In der Bundesjugendhilfestatis-

tik des Statistischen Bundesamtes (2010) wurde bei etwa 5 % der beendeten Pflegeverhältnisse angegeben, dass die Pflegekinder vorzeitig und ungeplant aus der Pflegefamilie herausgenommen wurden. In der Studie von Erzberger (2003) handelte es sich bei etwa 40 % der untersuchten beendeten Pflegeverhältnisse ($N = 217$) um einen Abbruch. Die spezifischen Gründe für die Abbrüche der Pflegeverhältnisse wurden in beiden Erhebungen nicht näher untersucht und benannt.

Kindler et al. (2011) berichteten in ihrem Überblick von einer Studie des Deutschen Jugendinstituts (DJI) und des Deutschen Instituts für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF), in der Fachkräfte zu einem Stichtag Einschätzungen zu 604 Pflegeverhältnissen abgegeben haben. Dabei wurden 23 % der Pflegeverhältnisse von den Fachkräften als problematisch und 3% als krisenhaft eingestuft. Des Weiteren berichten die Autoren in ihrem Überblick über eine Studie von Thrum (2007), in der Fachkräfte befragt wurden, wie gut sich das von ihnen betreute Pflegekind in die Pflegefamilie integriert fühlt. Die Einschätzung der Fachkräfte erfolgte auf einer Skala von 1 (*gar nicht*) bis 10 (*vollständig*) und bei 70 % der Pflegekinder wurden von den Fachkräften die Werte 9 (*sehr stark*) oder 10 (*vollständig*) angegeben. Bei etwa 10 % der Pflegekinder gaben die Fachkräfte an, dass diese unterdurchschnittlich in die Pflegefamilie integriert seien. Kindler et al. (2011) kamen in ihrem Überblick zu dem Schluss, dass es zwar Pflegekinder gibt, die sich ihrer Pflegefamilie innerlich nicht zugehörig fühlen, aber „soweit erkennbar kann die Mehrzahl der Pflegekinder tatsächlich positive Bindungsbeziehungen zu den Pflegeeltern aufbauen“ (S.212).“

Einige Studien haben die Bindungsstile und das Bindungsverhalten (vgl. Bowlby, 1975) von Pflegekindern in ihren Pflegefamilien untersucht. Schmid & Perez (2011) befragten in der Schweiz Pflegeeltern ($n = 244$) unter anderem mithilfe des Relationship Problem Questionnaire (Minnis, Rabe-Hesketh & Wolkind, 2002) über das Bindungs-

verhalten ihrer Pflegekinder ($n = 394$). Es kam heraus, dass ungefähr ein Drittel der Pflegekinder ein so auffälliges enthemmtes oder gehemmttes Bindungsverhalten zeigte wie es nur bei 2 % der Kontrollgruppe vorlag. Die Autoren merken an, dass das Ergebnis besorgniserregend sei, weil für Pflegekinder eine verlässliche Bindung zu einer Bezugsperson einen wichtigen Resilienzfaktor darstelle. Nowacki (2010) wies in ihrer Untersuchung ebenfalls negative Bindungsrepräsentationen von Pflegekinder in Deutschland nach. Sie interviewte mithilfe des Adult Attachment Interview (AAI; Gloger-Tippelt & Hofmann, 1997) unter anderem ehemalige Pflegekinder ($N = 27$) über ihre früheren Bindungserfahrungen und ihre Bindungsrepräsentationen und dabei wiesen 59 % der Pflegekinder ihrer Stichprobe eine unsichere Bindungsrepräsentation auf. In ihrer Diskussion der Ergebnisse wies die Autorin daraufhin, dass in ihrer Studie Pflegekinder im Vergleich zu ehemaligen Heimkindern deutlich positivere Bindungsrepräsentationen entwickeln hatten. Gabler (2014) untersuchte in Deutschland unter anderem die Bindungssicherheit bei 48 Pflegekindern im Alter von eins bis sechs Jahren kurz nach der Vermittlung in die Pflegefamilie sowie ein halbes Jahr später mithilfe der deutschsprachigen Version des Attachment Q-Set (AQS; Waters & Deane, 1985). Es zeigte sich, dass die Bindungssicherheit der Pflegekinder in den ersten sechs Monaten signifikant anstieg, aber insgesamt signifikant geringer ausfiel als die Bindungssicherheit einer Normstichprobe von Kindern. Trotz des Anstiegs der Bindungssicherheit im ersten halben Jahr blieb der Anteil der Pflegekinder mit klinisch auffälligen Werten in der deutschen Version der CBCL (Döpfner et al., 1998) stabil hoch, allerdings konnte in der Studie kein Zusammenhang zwischen der Bindungssicherheit und den psychischen Auffälligkeiten der Pflegekinder nachgewiesen werden. Die Autorin wies in ihrer Diskussion dementsprechend daraufhin, dass in weiteren Forschungsarbeiten untersucht werden

sollte, ob eine sichere Bindung langfristig Einfluss auf die psychosoziale Anpassung von Pflegekindern besitzt.

Gegenüber den deutschsprachigen Studien weisen internationale Studien auf überwiegend positive Bindungsentwicklungen von Pflegekindern zu ihren Pflegeeltern hin. In ihrer Metastudie fassten die Autoren van den Dries, Joffre, van Ijzendoorn und Bakermans-Kranenburg (2009) zusammen: „This means that the foster children are as securely attached to their foster parents as children reared in their biological family” (S.36). Allerdings berichteten die Autoren in ihrer Übersicht auch, dass die Häufigkeit sogenannter *desorganisierter Bindungen* (Main & Solomon, 1986) bei Pflegekindern signifikant höher ausfiel als bei in der Herkunftsfamilie aufwachsenden Kindern.

Einige Autoren weisen darauf hin, dass die Lebenssituation der Pflegekinder in ihrer Pflegefamilie nicht alleine durch den (theoretischen) Fokus auf die Bindungstheorie erklärt und untersucht werden sollte (Barth, Crea, John, Thoburn & Quinton, 2005; Denuwelaere & Bracke, 2007). Das könnte laut Denuwelaere und Bracke (2007) zu der Gefahr führen, dass die Integration und das Wohlbefinden von Pflegekindern in ihren Pflegefamilien zu einseitig erklärt und dadurch potentielle Interventionsmöglichkeiten im Alltag vernachlässigt werden:

A misinterpretation of this theory [attachment paradigm - Anm. d. Verf.] implies that the child’s behavior is limited or frozen. By consequence, research and social work often miss the more nuanced explanation that even though the foster parents’ behavior did not cause the problems, changes in the daily experiences of the child in the new foster home may influence the child’s mental health. (...) Foster parents should become more aware of the influence their support, praise, and encouragement can have on the well-being of the foster child.” (S.78)

In einigen internationalen Studien wurde dementsprechend die Erfassung der Lebenssituation der Pflegekinder in ihren Pflegefamilien dadurch operationalisiert, dass die Pflegekinder über ihre Situation in der Pflegefamilie und ihre Beziehung zu den Pflegeeltern befragt wurden. Obwohl sich internationale Befunde nicht ohne weiteres auf Pflegekinder in Deutschland übertragen lassen (vgl. Wolf, 2008), sollen drei internationale Studien im Folgenden exemplarisch kurz zusammengefasst werden.

Wilson und Conroy (1999) befragten in den Vereinigten Staaten von Amerika in einem Zeitraum von vier Jahren überwiegend Pflegekinder ($n = 942$) im Alter von 5-18 Jahren mithilfe eines selbst erstellten Interviewleitfadens unter anderem dazu, ob sie sich in ihrer Pflegefamilie geliebt fühlen. Es wurden zudem gleichzeitig Kinder und Jugendliche ($n = 158$) befragt, die in Heimen lebten. Die Antwort erfolgte auf einer dreistufigen Skala mit den Abstufungen *immer*, *manchmal* oder *nie*. Es antworteten 85 % der Pflegekinder, dass sie sich immer geliebt fühlten. Auf die Frage, wie zufrieden sie mit ihrer neuen Lebensumgebung sind, gaben im Durchschnitt etwa 82 % der Pflegekinder an, sie wären entweder *glücklich* oder *sehr glücklich*. Ein Vergleich der Pflegekinder mit den Kinder und Jugendlichen, die in Heimen lebten, ergab, dass die Pflegekinder sich signifikant mehr geliebt fühlten und glücklicher in ihrer neuen Umgebung waren. Chapman, Wall und Barth (2004) kamen in ihrer Untersuchung zu einem ähnlichem Ergebnis. Über 90 % der amerikanischen Pflegekinder ($N = 188$) gaben an, dass sie die Personen mögen würden, mit denen sie zusammen leben und dass sie sich als Teil der Pflegefamilie fühlen würden. Allerdings erzielten die Pflegekinder im Vergleich zu Kindern, die in ihrer Herkunftsfamilie lebten, durchschnittlich geringere Werte bei den Fragen, wie nah sie sich ihren Erziehungspersonen fühlen und wie sehr sich Erziehungspersonen um sie kümmern.

Denuweleare und Bracke (2007) befragten in Belgien unter anderem Pflegekinder ($n = 96$) mithilfe des Social Support Questionnaire (Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983) darüber, wie sehr sie sich von den einzelnen Personen in ihrer Pflegefamilie unterstützt fühlen. Darüber hinaus wurden die Pflegekinder mithilfe der Issues Checklist (Prinz, Foster, Kent & O'Leary, 1979) dazu befragt, wie häufig und intensiv sie in den letzten vier Wochen Konflikte mit ihren Pflegeeltern hatten. Die leiblichen Kinder der Pflegeeltern erhielten die gleichen Fragebögen, so dass ein Vergleich zwischen diesen beiden Gruppen durchgeführt werden konnte. Insgesamt berichteten die Pflegekinder ein vergleichbares gefühltes Maß an Unterstützung durch die Pflegeeltern wie die leiblichen Kinder der Pflegeeltern. Allerdings gaben die Pflegekinder signifikant häufigere und intensivere Konflikte mit ihren Pflegeeltern an als die leiblichen Kinder.

In Deutschland fehlt es bisher an quantitativen Studien, die gezielt die Situation der Pflegekinder in ihrer Pflegefamilie durch die direkte Befragung der Pflegekinder erfasst haben. Es existieren aber deutschsprachige Studien von Kötter (1997) und Gassmann (2000, 2010), die schwerpunktmäßig der Frage nachgegangen sind, welche Faktoren die Lebenssituation und die Integration von Pflegekindern in ihre Pflegefamilie positiv beeinflussen. Aufgrund ihrer Relevanz in der deutschen Pflegekinderforschung sollen die drei Studien im Folgenden kurz dargestellt werden.

Gassmann (2000) untersuchte in der Schweiz das Gelingen von Pflegebeziehungen in Abhängigkeit von Ressourcen, Belastungsfaktoren und Ausgangsbedingungen. In ihrer Follow-up Studie (2010) untersuchte sie den Verbleib der Pflegekinder und die dazugehörigen Entwicklungsverläufe. Der Autorin gelang es sowohl in ihrer ersten Untersuchung ($N = 232$) als auch in ihrer Follow-up-Studie ($N = 97$) eine im Vergleich zu anderen Studien im Pflegekinderbereich große Stichprobe an Pflegeeltern zur Teilnahme zu gewinnen. In ihrer ersten Studie befragte Gassmann (2000) die Pflegeeltern mit-

hilfe eines selbstkonstruierten Fragebogens mit standardisierten Antwortvorgaben. Beim Aufbau und Inhalt des selbstkonstruierten Fragebogens bezog sie sich teilweise auf den Interviewleitfaden von Kötter (1997). Nach Angaben der Pflegeeltern war für etwa 97 % der Pflegekinder die Situation in der Pflegefamilie stabil oder verbessert und die Autorin kam zu dem Ergebnis, dass die untersuchten Pflegefamilien ein Bild gelungener Pflegebeziehungen zeigten (Gassmann, 2000). Des Weiteren berichtet die Autorin, dass die Skala *niedrige Problemeinschätzung* bzw. *pragmatischer Optimismus* am stärksten die Skala *Gelingen der Pflegebeziehung* vorhersagte. Gassmann merkt in der Diskussion ihrer Ergebnisse allerdings kritisch an, dass sie die Validität ihrer selbstkonstruierten Skalen nicht überprüfen konnte und deswegen nicht sichergestellt ist, dass ihr Fragebogen tatsächlich diejenigen Konstrukte misst, die er zu messen vorgibt.

In ihrer Follow-up-Studie befragte Gassmann (2010) ebenfalls mithilfe eines selbsterstellten Fragebogens einen Teil der Pflegeeltern aus der ersten Studie ($N = 97$) unter anderem dazu, wie sie die Pflegefamilienbindung, die Loyalitätskonflikte und die Zufriedenheit ihrer Pflegekinder einschätzten. Dabei unterschied die Autorin in ihrer Follow-up-Untersuchung zwischen vier Gruppen von Pflegekindern: Selbständige Pflegekinder, verbleibende Pflegekinder, umplatzierte Pflegekinder und rückgeführte Pflegekinder. Die Pflegekinder in den laufenden Pflegeverhältnissen lebten zum Zeitpunkt der Erhebung durchschnittlich 13.7 Jahre in der Pflegefamilie. Für die verbliebenen Pflegekinder ($n = 31$) ergab sich die höchste Pflegefamilienbindung, die mit einem Wert von 3.87 bei Skalenwerten von 1 (*trifft nicht zu*) bis maximal 4 (*trifft zu*) bemerkenswert positiv ausfiel. Für das Vorhandensein bzw. die Stärke von Loyalitätskonflikten ergab sich für die Gruppe der verbliebenden Pflegekinder ein sehr geringer Wert von 1.21 bei Skalenwerten von 1 (*trifft nicht zu*) bis maximal 4 (*trifft zu*). Die sogenannte *Pflegekind-zufriedenheit* erhob die Autorin ebenfalls mit einer selbsterstellten Skala aus sieben

Items, bei denen Werte von 1 (*trifft nicht zu*) bis 4 (*trifft zu*) angegeben werden konnten. Je positiver der Gesamtwert ausfiel, desto höher und besser war die Pflegekindzufriedenheit. Die verbliebenen Pflegekinder ($n = 31$) erzielten nach Angaben ihrer Pflegeeltern insgesamt einen positiven Wert (3.31). Die Autorin befragte zudem 22 Pflegekinder aus allen vier Gruppen zu ihrer Zufriedenheit und als Ergebnis gaben die Pflegekinder ein im Durchschnitt höheren Wert (3.28) an als deren Pflegeeltern (3.14). In der Diskussion der Ergebnisse erklärt die Autorin, dass sie für die gelingende Integration der Pflegekinder in ihre Pflegefamilie die Entwicklung von Pflegekindzufriedenheit als den wichtigsten Faktor ansieht.

Kötter (1997) hat in ihrer Studie unter anderem die Auswirkungen von Besuchskontakten zwischen einem Pflegekind und seinen Herkunftseltern auf die Integration des Pflegekindes in seiner Pflegefamilie untersucht. Den theoretischen Hintergrund ihrer Untersuchung bildeten unter anderem sowohl der *systemisch-familientheoretische Ansatz* des Deutschen Jugendinstituts (Gudat, 1987) als auch die *Theorie der Integration* von Nienstedt und Westermann (1990). Kötter (1997) wies in ihrer Einleitung zugleich auf die wissenschaftstheoretische Schwäche dieser beiden Ansätze hin:

Großes Manko (...) ist die mangelnde Fundierung beider Konzepte durch spezifische empirisch-wissenschaftliche Untersuchungen. Nienstedt und Westermann (1990) beziehen sich lediglich auf ihre therapeutischen Erfahrungen und differenzierte, jedoch nicht wissenschaftlich ausgewertete psychologische Untersuchungen mit allerdings vielen Einzelfällen, das Deutsche Jugendinstitut verweist auf seine Erfahrungen im Modellprojekt „Beratung im Pflegekinderbereich“ (DJI-Studie), ohne dazu jedoch empirische Studien durchgeführt zu haben. (S.74)

Die Autorin verwendete bei ihrer Untersuchung ein quasi-experimentelles Design mit einem einfaktoriellen Versuchsplan, in dem sie drei Gruppen von Pflegefamilien bildete: Familien mit Pflegekindern mit laufenden Besuchskontakten zu ihren Herkunftseltern ($n = 17$), Familien mit Pflegekindern mit abgebrochenen Besuchskontakten zu ihren Herkunftseltern ($n = 17$) und Familien mit Pflegekindern ohne Besuchskontakte zu ihren Herkunftseltern ($n = 17$). Kötter erhob ihre Daten mithilfe eines selbstkonstruierten Pflegeelterninterviews, mithilfe von Teilen der deutschen Version des Fragebogeninventars Family Assessment Measure (FAM III; Cierpka, Rabin & Schulz, 1987) und mithilfe von Teilen der standardisierten Beobachtungsmethode Home Observation for Measurement of the Environment (HOME; Caldwell & Bradley, 1984). Obwohl Kötter bei ihrem selbstkonstruierten Pflegeelterninterview versucht, die Gütekriterien der klassischen Testtheorie *Objektivität*, *Reliabilität* und *Validität* (Lienert & Raatz, 1994) zu erfüllen, konnte keine Kriteriums- und Konstruktvalidität nachweisen. Deswegen bleibt genauso wie bei Gassmann (2000, 2010) unklar, ob ihre Skalen tatsächlich diejenigen Konstrukte messen, die sie zu messen vorgeben.

Kötter (1997) kommt zu dem Ergebnis, dass Pflegekinder mit Besuchskontakten in ihrer Pflegefamilie weniger häufig die letzte Phase der Integration nach der Theorie von Westerman und Nienstedt (1990) durchlaufen, die als *Phase der Entwicklung persönlicher Beziehungen durch regressive Beziehungsformen* bezeichnet wird. Die Autorin kommt deswegen zu der Empfehlung, dass man sich in der Praxis gegen langfristig angelegte Besuchskontakte der Pflegekinder bei ihren Herkunftseltern entscheiden sollte, wenn das Ziel der Aufbau neuer Objektbeziehungen in der Pflegefamilie mit der Perspektive der Ablösung des Kindes von seinen Herkunftseltern ist. Die Eindeutigkeit der Empfehlung der Autorin überrascht, da sie in ihrer Untersuchung gleichzeitig auf die gelungene Integration der Pflegekinder aller drei Versuchsgruppen hingewiesen hat:

Wie in den anderen Untersuchungsgruppen werden die emotionalen Beziehungen zwischen den pflegefamilialen Subsystemen (Dyaden) auch in dieser Gruppe [mit regelmäßigen Besuchskontakten- Anm. d. Verf.] als funktional gut, das Zusammengehörigkeitsgefühl als stark (die Pflegeeltern sind für die Pflegekinder die Eltern) und die Integration bis auf leichte Probleme als gelungen bewertet. (S.228)

Diesen Widerspruch greift die Autorin zwar im Verlauf ihrer Arbeit selber noch mal auf, lässt ihn aber bei ihren Schlussfolgerungen für die Forschung und Praxis im Pflegekinderwesen unberücksichtigt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Ergebnisse einiger Studien auf eine positive Lebenssituation der Pflegekinder in ihren Pflegefamilien hinweisen (vgl. Kinder et al., 2011; Thrum, 2007), während andere Studien Probleme und Beeinträchtigungen bei der Integration von Pflegekindern in ihre Pflegefamilie aufzeigen (Gabler et al., 2014; Nowacki, 2007; Schmid & Pérez, 2011).

1.1.6 Soziale Integration

In Deutschland sind bisher nur wenige quantitative Studien der Frage nachgegangen, wie es Pflegekindern in ihrer neuen Umgebung gelingt, Freunde zu finden und sich in Vereine oder in Gleichaltrigengruppen zu integrieren.

In einer Untersuchung von Niepel (2008) mithilfe der deutschen Version der CBCL (Döpfner et al., 1998) berichteten ungefähr 16 % der Pflegeeltern ($n = 99$), dass ihre Pflegekinder keinen Freund haben. Zudem berichteten etwa 49 % der Pflegeeltern, dass ihre Pflegekinder weniger als einmal in der Woche mit Freunden eine Aktivität unter-

nehmen. In der Diskussion seiner Ergebnisse kam Niepel zu dem Fazit, dass es für mindestens ein Drittel der Pflegekinder zusätzlicher Angebote bedarf, um sie beim Aufbau von Gleichaltrigenbeziehungen außerhalb der Pflegefamilie zu unterstützen. Auch das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS) und der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) (2003) konnten in ihrer Untersuchung eine mangelhafte soziale Integration der Pflegekinder aufzeigen. Sie befragten die zuständigen Fachkräfte vom Jugendamt und kamen zu dem Ergebnis, dass nur 8 % der Pflegekinder enge gleichaltrige Freundschaften pflegten und nur 2-4 % der Pflegekinder zu einer Gleichaltrigengruppe gehörten (2003). Kindler et al. (2011) kommen in ihrer Übersicht zu dem Ergebnis, dass in Deutschland etwa ein Viertel der Pflegekinder seltener als einmal in der Woche etwas mit Freunden unternimmt und 46 % der Pflegekinder nicht in einem Verein oder einer Gruppe aktiv sind. Die Autoren weisen aber auch darauf hin, dass immerhin 38 % der Pflegekinder sozial gut integriert schienen.

In einer vergleichenden qualitativen Untersuchung von Nestmann et al. (2008) wurden die sozialen Netzwerke von Pflegekindern ($n = 20$), von Kindern, die in einem Heim lebten ($n = 20$) und von Kindern, die in ihren Herkunftsfamilien aufwuchsen ($n = 20$), verglichen. Das Durchschnittsalter der Kinder lag bei etwa 10 Jahren und die Kinder wurden mithilfe von teilstrukturierten Interviews zu Struktur- und Qualitätsdimensionen ihrer sozialen Netzwerke befragt. Es zeigte sich hinsichtlich der Netzwerkgröße keine signifikanten Unterschiede zwischen Pflegekindern, Heimkindern und Kindern, die in ihren Herkunftsfamilien aufwuchsen. Eine Analyse getrennt nach Geschlecht ergab, dass weibliche Pflegekinder ein signifikant größeres Netzwerk als männliche Pflegekinder berichteten. Trotz einer vergleichbaren Netzwerkgröße gaben Pflegekinder im Vergleich zu Kindern aus Herkunftsfamilien eine signifikant geringer

wahrgenommene soziale Unterstützung an. Dabei berichteten weibliche Pflegekinder eine größere soziale Unterstützung durch ihre Pflegeeltern als männliche Pflegekinder.

Während in Deutschland bis auf die obige Ausnahme keine weitere Studie existiert, die gezielt die soziale Integration von Pflegekindern und Kindern und Jugendlichen, die in ihrer Ursprungsfamilie aufwachsen, verglichen haben, wurden zu dieser Fragestellung internationale Studien durchgeführt. Auch wenn sich die Studienergebnisse aufgrund der international unterschiedlichen rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen der Pflegekinderhilfe -wie schon erwähnt- nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragen lassen, sollen im Folgenden zwei Untersuchungen und deren Ergebnisse kurz skizziert werden.

Farrugia, Greenberger, Chen & Heckhausen (2006) untersuchten in den Vereinigten Staaten von Amerika mithilfe standardisierter Fragebögen unter anderem, ob Pflegekinder ($n = 188$) im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ($n = 168$) bestehend aus Jugendlichen, die in ihrer Ursprungsfamilie aufwachsen, die gleiche Menge an Unterstützung, Akzeptanz und Herzlichkeit durch Gleichaltrige berichten. Es zeigten sich zwischen den beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede. Denuweleare & Bracke (2007) haben in ihrer Studie in Belgien unter anderem die Frage untersucht, ob Pflegekinder die gleiche Menge an sozialer Unterstützung durch Gleichaltrige erfahren wie Kinder, die in ihrer Ursprungsfamilie aufwachsen. Dazu befragten sie Pflegekinder ($n = 96$) und leibliche Kinder ($n = 96$) aus der gleichen Familie mithilfe des Social Support Questionnaire (Sarason et al., 1983). Auch in dieser Studie zeigte sich zwischen den beiden Gruppen kein signifikanter Unterschied.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Pflegekinder in Deutschland deutliche Probleme und Beeinträchtigungen bei der Integration in ihr neues soziales Umfeld zu

haben scheinen, während die wenigen internationalen Befunde zur sozialen Integration von Pflegekindern positiver ausfallen.

1.1.7 Schulische Integration

In Deutschland existieren bisher wenige quantitative Studien, die systematisch die Schulsituation von Pflegekindern untersucht haben.

Kindler (2006) befragte im Rahmen eines Forschungsprojekts der deutschen Jugendinstitute (DJI) und des Deutschen Jugendinstituts für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF) Pflegeeltern ($N = 427$) mithilfe der deutschen Version der CBCL (Döpfner et al., 1998) über die Häufigkeit von Schulschwierigkeiten bei ihren Pflegekindern. Es zeigte sich, dass etwa 18 % eine Förderbeschulung erhielten, 20 % mindestens eine Klasse wiederholt hatten und etwa 49 % Lernschwierigkeiten zeigten. Im Vergleich mit der Förderschulquote bei der Gesamtheit aller schulpflichtigen Kinder für die jeweiligen Erhebungsorte ergab sich für die Pflegekinder eine im Mittel 4-fach erhöhte Förderschulquote.

Niepel (2008) kam in ihrer Befragung von Pflegeeltern ($n = 99$) ebenfalls mithilfe der deutschen Version der CBCL (Döpfner et al., 1998) zu dem Ergebnis, dass etwa 37 % der Pflegekinder eine Förderschule besuchten oder eine integrative Maßnahme an einer Regelschule in Anspruch nahmen. 32 % der Pflegekinder mussten schon eine Klasse wiederholen und 76 % der Pflegekinder hatten nach Einschätzung ihrer Pflegeeltern Lernschwierigkeiten. Ein hoher Anteil an Pflegekindern mit Schulschwierigkeiten fand sich auch in der Studie von Linderkamp et al. (2009). Die Autoren gaben an, dass die untersuchten Pflegekinder ($N = 55$) im Vergleich zur Gesamtpopulation der Schüler in Nordrhein-Westfalen sehr viel häufiger die Förderschule besuchten (23 % vs. 4 %)

und deutlich seltener das Gymnasium (4 % vs. 18 %). Die Studie von Erzberger (2003) untersuchte unter anderem die Schulsituation von Pflegekindern, deren Pflegeverhältnis vom Jugendamt offiziell beendet wurde. Die befragten Fachkräfte ($N = 215$) schätzen bei etwa 27 % der Kinder und Jugendlichen die Schul- oder Berufssituation als instabil ein.

Internationale Studien zum Schulerfolg von Pflegekindern kamen zu vergleichbar schlechten Ergebnissen (Barth & Ferguson, 2005; Bruska, 2008; Trout, Hagaman, Casey, Reid & Epstein, 2008). Dementsprechend kamen Kindler et al. (2011) in ihrer Übersicht zu dem Fazit, dass sich die internationalen problematischen Befunde zum Bildungserfolg von Pflegekindern auch in Deutschland reproduzieren lassen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Pflegekinder in Deutschland während ihrer Schulkarriere häufig Probleme entwickeln und im Vergleich zu Kinder und Jugendlichen aus der Normalbevölkerung häufiger unter Lern- und Schulschwierigkeiten leiden.

1.2 Forschungsansätze in der deutschen Pflegekinderforschung

In diesem Abschnitt sollen Forschungsansätze vorgestellt werden, an die die vorliegende Untersuchung methodisch anknüpft. Zudem sollen der bisherige Einsatz dieser Forschungsansätze in der deutschen Pflegekinderforschung und einige ihrer Studien und Ergebnisse dargestellt werden. Dazu werden zuerst die unterschiedlichen methodischen Vorgehensweisen innerhalb der empirischen Sozialforschung vorgestellt und mit Hinblick auf ihre bisherige Anwendung in der deutschen Pflegekinderforschung eingeordnet. Danach erfolgt ein Überblick über den Ansatz der Kindheitsforschung und dessen Umsetzung in der bisherigen deutschen Pflegekinderforschung. Dasselbe erfolgt darauf folgend mit dem Multi-Informanten-Ansatz. Abschließend erfolgt ein Überblick über die Online-Forschung und eine Darstellung der Möglichkeiten, die sich aus der Online-Forschung für die Pflegekinderforschung ergeben.

Vorab lässt sich festhalten, dass im Bereich der deutschen Pflegekinderforschung sehr unterschiedliche Forschungsansätze und Methoden zum Einsatz kommen. Der Grund dafür liegt vor allem darin, dass sich in Deutschland verschiedene wissenschaftliche Disziplinen mit ihren unterschiedlichen theoretischen Konzepten und Forschungsmethoden mit der Pflegekinderforschung beschäftigen. So existieren psychologische, erziehungswissenschaftliche, medizinische, soziologische und rechtswissenschaftliche Untersuchungen und Ergebnisse, deren Verknüpfung und Zusammenführung als fachliche Herausforderung angesehen wird (Wolf, 2008). Ein weiterer Grund für die bestehende Vielfalt liegt in dem Mangel an bundesweiten, zentral geförderten Forschungsprojekten. In der Pflegekinderforschung dominieren Untersuchungen im

Rahmen von Qualifikationsarbeiten sowie von Evaluationen oder Selbstevaluationen kommunaler Dienste (Blandow, 2010; Wolf, 2008).

Zudem hat die in Deutschland seit Ende der 80er Jahre geführte ideologische Diskussion, ob eine Pflegefamilie konzeptionell als eine Ersatz- oder als eine Ergänzungsfamilie betrachtet und ausgestaltet werden sollte, Einfluss auf die Auswahl und den Einsatz von Forschungsansätzen sowie die objektive Interpretation von Studienergebnissen genommen (Wolf, 2008). Die Vertreter des *Ersatzfamilienkonzeptes* (z.B. Nienstedt & Westermann, 1990) beziehen sich auf die Bindungstheorie (Bowlby, 1975) und die psychoanalytische Objektbeziehungstheorie (Kernberg, 1992) und fordern, dass Pflegekinder in der Mehrheit möglichst keinen Kontakt mehr zu ihren Herkunftseltern haben sollten. Im Gegensatz dazu fordern die Vertreter des *Ergänzungsfamilienkonzeptes* (z.B. Gudat, 1987), die sich auch auf das Bindungskonzept von Bowlby (1975) sowie familientherapeutische (Minuchin, 1997) und systemische Konzepte (Bronfenbrenner, 1981) beziehen, dass die Beziehung zwischen den Pflegekindern und ihren Herkunftseltern in der Mehrheit möglichst erhalten und gefördert werden sollte. Ein Jahrzehnt nach dem Beginn dieser ideologischen Kontroverse stellte Kötter (1997) die folgende Forderung auf: „Erstens ist es in der Zukunft von größter Wichtigkeit, daß der Theoriestreit im Pflegekinderwesen beendet wird und die Unsicherheit und der stellenweise zu beobachtende Eklektizismus der Jugendämter von einer theoretisch fundierten, empirisch abgesicherten und kriterienbezogenen Arbeit abgelöst wird“ (S.242). Köckeritz (2010) erneuerte ein Jahrzehnt später diesen Anspruch und stellte fest, dass das Pflegekinderwesen keine Ideologie, sondern Empirie benötigte.

Trotz dieser oben genannten Hindernisse kommt Wolf (2011) im Hinblick auf die Entwicklungen in der Pflegekinderforschung zu einer vorsichtigen positiven Einschätzung:

Als Indikatoren für den Aufbruch in den letzten Jahren können wir zum Beispiel folgende Entwicklungen interpretieren: (...) eine deutliche Zunahme von Veröffentlichungen auch in den allgemeinen wissenschaftlichen und professionsbezogenen Fachzeitschriften, eine deutlich dichte Abfolge von bundesweit ausgeschriebenen Fachtagungen, eine Überwindung der Engführung der theoretischen Verortung auf die Bindungstheorie (die wichtig bleibt, aber sicher keine Mastertheorie zur Entwicklung von Pflegekindern ist), sondern eine sich allmählich etablierende, polyzentrische Theorieentwicklung, die vielfältige Anschlüsse sucht, findet und weiterentwickelt (...).“ (S.197)

1.2.1 Empirische Sozialforschung

Bei der empirischen Sozialforschung handelt es sich um einen Forschungsansatz, bei dem die Untersuchung sozialer Sachverhalte im Vordergrund steht, die mithilfe empirischer Forschungsmethoden erfasst und ausgewertet werden (Döring & Bortz, 2016). Man kann bei den empirischen Forschungsmethoden zwischen quantitativen und qualitativen Methoden unterscheiden. Abhängig davon, welche Methoden bei der Untersuchung verwendet werden, wird im Rahmen der empirischen Sozialforschung oft vereinfacht entweder von *quantitativer* oder *qualitativer Forschung* gesprochen (Flick, Kardorff & Steinke, 2005; Sedlmeier & Renkewitz, 2013). Der *quantitative Forschungsansatz* wird dabei in Untersuchungen angewendet, in denen das Ziel eine exakte Messung von einzelnen, gezielt bestimmten Merkmalen oder Zusammenhängen ist (Hussy, Schreier & Echterhoff, 2009). Die Messung erfolgt mithilfe strukturierter, standardisierter Verfahren und die gewonnenen numerischen Daten werden mit (inferenz-) statisti-

schen Methoden ausgewertet. Es werden dabei häufig zu Beginn der Untersuchung präzise Hypothesen formuliert, die dann anhand der gewonnenen Daten getestet werden. Der gesamte Forschungsprozess läuft sequenziell ab und besteht aus der Abfolge der Bestandteile Theorie, Forschungshypothese, Präzisierung der Hypothese, Design der Studie, Durchführung der Studie, Datenanalyse, Interpretation der Daten und Implikationen für die Theorie (Sedlmeier & Renkewitz, 2013). Diese sequentiellen Bestandteile bezeichnen Sedlmeier & Renkewitz (2013) „in ihrer Gesamtheit als *wissenschaftliche Methode*“ (S. 15). Der quantitative Forschungsansatz verfolgt insgesamt das Ziel, die Ergebnisse einer größeren, gezielt ausgewählten Menge an Personen auf die Werte in der Population zu verallgemeinern (Bortz & Schuster, 2010).

Im Vergleich dazu verfolgt der *qualitative Forschungsansatz* weniger das Ziel, präzise Hypothesen zu überprüfen und allgemeingültige Aussagen zu treffen, sondern es steht im Vordergrund, allgemeine Muster und Strukturen aufzudecken, neue Theorien zu entwickeln und neue Forschungsfragen zu generieren (Flick et al., 2005; Sedlmeier & Renkewitz, 2013). Es wird oft mit kleinen Stichproben gearbeitet, deren einzelne Fälle intensiv untersucht werden. Die gewonnenen, häufig verbalen Daten werden mit sinnverstehend-interpretativen Methoden analysiert und der gesamte Forschungsprozess verläuft nicht linear, sondern häufig zirkulär und kann an jeder Stelle beginnen (Flick et al., 2005).

Während sich das Vorgehen und die Methoden quantitativer Forschung, auch über die verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen hinweg, gut zusammenfassen und überschauen lassen (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2010; Bortz & Schuster, 2010), findet in der qualitativen Forschung eine größere Variation an Ansätzen und Methoden Verwendung:

Entsprechend solcher Entwicklungslinien lässt sich aktuell feststellen, dass sich eine Reihe von Feldern qualitativer Forschung herausgebildet haben, die sich eigenständig entfalten und relativ wenig Bezug zu den Diskussionen und zur Forschung in den jeweils anderen Feldern haben. [...]. Diese Differenzierung qualitativer Forschung wird noch dadurch verstärkt, dass die deutschsprachigen und angloamerikanischen Diskussionen sich um teilweise sehr unterschiedliche Themen und Methoden drehen und dass es zwischen beiden Bereichen nur einen begrenzten Austausch gibt. (Flick et al., 2005, S. 26)

Während es in Deutschland weiterhin Tendenzen gibt, qualitative und quantitative Forschungsmethoden voneinander abzugrenzen und als grundlegend inkompatible Denk- und Vorgehensweisen zu betrachten (Kelle & Erzberger, 2005; Sedlmeier & Renkewitz, 2013), hat sich vor allem im angelsächsischen Raum eine dritte Forschungsstrategie herausgebildet, die als *Mixed-Methods-Ansatz* bezeichnet wird (Gläser-Zikuda, Seidel, Rohlf, Gröschner & Ziegelbauer, 2012; Kuckartz, 2014). Bei diesem Ansatz kommen in einer Studie sowohl qualitative als auch quantitative theoretische Überlegungen und Methoden zum Einsatz und es wird angenommen, dass die systematische Kombination beider Ansätze für die Beantwortung vieler Forschungsfragen hilfreich sein kann (Kelle & Erzberger, 2005; Kuckartz, 2014).

Die drei oben skizzierten Forschungsansätze haben bei aller Unterschiedlichkeit gemein, dass die Grundlage empirische Daten bilden, die nach der Erhebung zur weiteren Auswertung und Interpretation genutzt werden. Das gemeinsame Ziel der Forschungsansätze ist, auf Grundlage der empirischen Daten eine Theorie zu entwickeln oder zu überprüfen, auch wenn aus wissenschaftstheoretischen Überlegungen die absolute Richtigkeit einer Theorie nicht nachgewiesen werden kann:

So ist die empirische Basis der objektiven Wissenschaft nichts „Absolutes“; die Wissenschaft baut nicht auf Felsengrund. Es ist eher ein Sumpfland, über dem sich die kühne Konstruktion ihrer Theorien erhebt; sie ist ein Pfeilerbau, dessen Pfeiler sich von oben her in den Sumpf senken- aber nicht bis zu einem natürlichen „gegebenen“ Grund. Denn nicht deshalb hört man auf, die Pfeiler tiefer hineinzutreiben, weil man auf eine feste Schicht gestoßen ist: Wenn man hofft, daß sie das Gebäude tragen werden, beschließt man, sich vorläufig mit der Festigkeit der Pfeiler zu begnügen. (Popper, 1966, S. 75)

In der deutschen Pflegekinderforschung hat der Ansatz der empirischen Sozialforschung eine lange Tradition. So haben bereits Danziger, Hetzer und Löw-Beer im Jahr 1930 eine empirische Untersuchung durchgeführt, in der sie 200 Pflegemütter interviewt und aus deren Antworten vier Kategorien von Beziehungsmustern gebildet haben, die sich zwischen Pflegemüttern und Pflegekindern entwickeln können. Bei allen bisherigen bedeutsamen Untersuchungen der deutschsprachigen Pflegekinderforschung kam dem Ansatz der empirischen Sozialforschung zum Einsatz (Blandow, 1972; Erzberger, 2003; Faltermeier, 2001; Gassmann, 2010; Heun, 1984; Kindler et al., 2006; Kötter, 1997; Marmann, 2005; Sandmeier, 2008; Walter, 2004; Wolf & Reimer, 2008). Trotz der Vielzahl an empirischen Untersuchungen wird von Autoren, Fachorganisationen und Interessenverbänden auch auf Defizite und Lücken in der bisherigen empirischen Pflegekinderforschung in Deutschland hingewiesen (Blandow, 2010; Hardera, Zeller, López, Köngeter & Knorth, 2013; Kindler et al., 2006). Zudem kritisiert Kindler (2006) in seiner Forschungsübersicht den allgemeinen Umgang mit den empirischen Daten und das methodische Vorgehen:

Eine methodische Analyse von Veröffentlichungen in fünf Jahrgängen aus fünf deutschen Jugendhilfezeitschriften erbrachte, dass die ganz überwiegende Mehrzahl aller Artikel auf eine Darstellung empirischen Materials verzichtete (85 %). Wurde empirisches Material verwandt, war die Darstellungsform häufig so lückenhaft, dass das methodische Vorgehen nicht oder kaum nachvollzogen werden konnte. (S. 45)

Neben den Lücken und den methodischen Mängeln der empirischen Pflegekinderforschung wird auch kritisiert, dass es in Deutschland an Studien fehlt, deren Designs sich wissenschaftstheoretisch und methodisch dem *quantitativen Forschungsansatz* zuordnen lassen:

Bei einer getrennten Auswertung deutschsprachiger sozialwissenschaftlicher Veröffentlichungen zur Pflegekinderhilfe wurden 86 Literaturnachweise gefunden. Hierbei handelt es sich nur zu einem kleinen Teil (11 %) um empirische Originalarbeiten. Es überwogen Übersichtsarbeiten und deskriptive Studien. Komplexere empirische Forschungsansätze (z.B. Interventionsstudien mit Kontrollgruppen, Längsschnittstudien, Studien mit Multimethoden- und Multiinformantenansatz, Studien mit multivariatem Analyseansatz) fehlten weitgehend. (Kindler et al., 2006, S. 11)

In der bisherigen deutschen Pflegekinderforschung wurden häufig Studien durchgeführt, in denen qualitative Forschungsmethoden Anwendung fanden (z.B. Jespersen, 2010; Reimer, 2008; Sandmeier, 2008; Schäfer, 2011; Wolf & Reimer, 2008). Erst in den letzten Jahren wurden in der deutschen Pflegekinderforschung vermehrt Studien mit quantitativen Methoden durchgeführt, wobei es sich häufig um Qualifikationsarbeiten handel-

te (z.B. Arnold, 2010; Gabler, 2013; Gassmann, 2010; Groh, 2010; Kindler et al., 2006; Lang, 2014; Linderkamp, Schramm & Michau, 2009; Nowacki, 2007). Der Mangel an quantitativer Forschung führt zu dem von der Internationalen Gesellschaft für Erziehung und dem Kompetenz-Zentrum Pflegekinder (2010) benannte Problem, dass in Deutschland bisher keine systematisierende Auswertung einer Vielzahl empirischer Erhebungen in Form von Metaanalysen möglich ist (vgl. Blandow, 2010)

Es lässt sich insgesamt festhalten, dass in der deutschen Pflegekinderforschung die empirische Sozialforschung fest etabliert ist, aber die methodische Qualität verbesserungswürdig und die Anzahl quantitativer Forschungsdesigns in Deutschland zu gering ist (Gassmann, 2010; Internationale Gesellschaft für Erziehung & Kompetenz Zentrum Pflegekinder e.V., 2010; Kindler et al., 2006).

1.2.2 Kindheitsforschung

Die Sichtweisen von Kindern und Jugendlichen haben in den letzten Jahrzehnten in vielen Forschungsdisziplinen an Bedeutung gewonnen und viele Untersuchungen haben mittlerweile das alleinige Ziel, die Wahrnehmung der Kinder ihrer Lebenswelt sowie ihre Befindlichkeit in dieser zu erheben (Bründel & Hurrelmann, 2003; Keddi, Klinkhammer & Sandmeier, 2008; Krüger, 2006). Durch das gestiegene Interesse der interdisziplinären *Kindheitsforschung* (Markefka & Nauck, 1993; Qvortrup, 1987) an der „Selbstdeutung der Kinder“ (Sandmeier, 2008; S.5), wurden in den letzten Jahrzehnten entsprechende Methoden und Instrumente (weiter-) entwickelt, um die kindlichen Perspektiven alters- und entwicklungsangemessen erheben zu können. Mit diesen neuen Methoden und Instrumenten konnte der Einwand entkräftet werden, dass Kinder auf die jeweiligen Fragen aufgrund ihrer altersabhängigen sprachlichen und kognitiven

Entwicklung nicht reliabel und valide antworten können (Heinzel, 2012; Keddi et al., 2008; Krüger, 2006; Riley, 2004).

In Deutschland wurden in den letzten Jahren aufwendige epidemiologische Studien durchgeführt, in denen neben sozioökonomischen Daten explizit die Sichtweisen der Kinder ihrer Lebenswelt und ihrer Befindlichkeiten in dieser erhoben worden sind. Die wichtigsten Untersuchungen und Teile ihrer Ergebnisse sollen im Folgenden kurz dargestellt werden sollen.

Das Deutsche Jugendinstitut e.V. befragte in seiner *DJI-Kinderpanel-Studie* über einen Zeitraum von drei Jahren 2200 Kinder im Alter von fünf bis sechs bzw. acht bis neun Jahren unter anderem zu den Fragen, wie ihr allgemeines Wohlbefinden ausgeprägt ist und wie wohl sie sich in unterschiedlichen Lebensbereichen fühlen (Alt, Schneider & Steinhübl, 2004). Es bejahten 94 % der Kinder die Fragen, sich selber *okay* zu finden und meist gut gelaunt zu sein (Alt, 2009a). Die von der Fragestellung und Design vergleichbare Studie *LBS-Kinderbarometer* kam zu dem Ergebnis, dass sich 71 % der Kinder in ihrer Familie gut bzw. sehr gut fühlen und 9 % sehr schlecht. Ebenfalls zeigt sich bei einem Großteil der Kinder auch in der Schule und im Freundeskreis ein deutliches positives Wohlbefinden (Alt, 2009b).

In der *World Vision Studie* (2007) wurden 1500 Kinder im Alter von 8 bis 11 Jahren zu den Themen Familiensituation, Bildung, Gleichaltrige, Freizeit und Zukunftsperspektive befragt. Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass 70 % der Kinder in einer klassischen Kernfamilie mit verheirateten Eltern und 17 % bei einem allein erziehenden Elternteil lebten (Alt, 2009b). Die Kinder beschrieben das Familienklima überwiegend als eher ruhig und wenig konfliktrichtig. Es gaben 13 % der Kinder an, dass ihre Eltern bzw. ein Elternteil zu wenig Zeit oder selten Zeit für sie hätten. 75 % der Kinder waren mit ihrem Freundeskreis zufrieden, 21 % hätten gerne mehr Freunde (Alt, 2009b).

Die *KiGGS Studie* vom Robert Koch-Institut erhebt seit 2003 querschnittlich epidemiologische Daten zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland und befragt dabei Kinder ab elf Jahren unter anderem zu ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität (GLQ). Bei der letzten Erhebung erreichten im KIDSCREEN-10 (The KIDSCREEN Group Europe, 2006) 96 % der Kinder und Jugendlichen ($N = 4878$) Werte, die nicht um mehr als eine Standardabweichung unter dem Mittelwert lagen (Ellert et al., 2014). Die Autoren legten fest, dass diese Kinder als Kinder mit einer *guten* oder *sehr guten* GLQ bezeichnet wurden.

Es lässt sich festhalten, dass es mittlerweile in Deutschland viele Untersuchungen gibt, deren Ergebnisse eine gute Einschätzung und Übersicht über das Befinden der Kinder in ihrer Lebenswelt ermöglichen. Hingegen weiss man allerdings über die Teilpopulation der Pflegekinder und deren Sichtweisen und Befindlichkeiten bis heute sehr wenig:

Zum Thema Pflegekinder kommen viele Erwachsene zu Wort: die Pflegeeltern, die Herkunftseltern, die Fachkräfte der Jugendhilfe, die Interessenverbände der Pflegeeltern, Gutachter, Familienrichter, Therapeuten und je nach Einzelfall noch so manche andere Person. Selten jedoch äußern sich die Kinder dazu. Auch empirische Studien ignorieren weitgehend Pflegekinder als Experten ihrer Lebenssituation. (Sandmeier, 2008; S.15).

Gassmann (2010) kam in ihrer Untersuchung ebenfalls zu dem Ergebnis, dass in der Pflegekinderforschung eine Ergänzung durch die Perspektive der Pflegekinder notwendig ist. Die sich aus diesem Forschungsansatz ergebenden Vorteile fassen Kindler et al. (2006) zusammen:

Die Ergebnisse der internationalen Literaturrecherche zeigen, dass in verschiedenen Ländern Untersuchungen zu Wahrnehmungen und Perspektiven von Pflegekindern die Fachdiskussion wesentlich bereichert und teilweise neu ausgerichtet haben. Die Befragung von Pflegekindern zu ihrem Selbstbild, ihrer wahrgenommenen Situation, ihren Beziehungen und dem wahrgenommenen Kontakt zu Fachkräften bringt dementsprechend unmittelbare Erkenntnisse, die nicht sekundär aus den Beurteilungen von Erwachsenen ableitbar sind. (S.53)

Die Ergebnisse von zwei Studien, die explizit die Sichtweisen von Pflegekindern erfasst haben, sollen im Folgenden kurz zusammengefasst werden. Sandmeier (2008) hat 17 Pflegekinder im Alter von 10 bis 14 Jahren interviewt. Er kam unter anderem zu dem Ergebnis, dass die befragten Kinder in der Phase der Herausnahme und des Wechsels in die Pflegefamilie insgesamt im Unklaren gelassen wurden und die Kinder sich in den ersten Nächten in der fremden Familie unsicher gefühlt haben. Die Pflegekinder berichteten, dass sie in der Pflegefamilie neue Normen und Verhaltensweisen erlernen mussten und dass die Mitarbeiter des Jugendamts keine Vertrauenspersonen gewesen wären. Sandmeier (2008) kommt zu dem Fazit:

Die Ergebnisse machen deutlich, dass die Praxis sowohl die „Herausnahme“ als auch den Eintritt in die Pflegefamilie aktiver und für die Kinder aufklärender gestalten muss. Die Kinder sollten hierbei tatsächlich miteinbezogen werden, so wie es der Gesetzgeber im Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) in den § 8, § 36 und 42(2) vorgesehen hat. (S. 18)

Wolf und Reimer (2008) interviewten in ihrer qualitativen Untersuchung Pflegekinder im Erwachsenenalter und kamen unter anderem ebenfalls zu dem Ergebnis, dass aus Sicht der Pflegekinder ihre Möglichkeit der Partizipation während des gesamten Prozesses der Unterbringung in einer Pflegefamilie von großer Bedeutung war.

Trotz dieser letzten beiden positiven Beispiele bleibt festzuhalten, dass es in Deutschland an empirischen Studien mangelt, die systematisch die Sichtweisen der Pflegekinder ihrer Lebenswelt sowie ihre Befindlichkeiten in dieser erfasst haben. Es fehlt an empirischen Daten, die die konkreten Lebensumstände von Pflegekindern sichtbar machen (Köckeritz, 2005). Gassmann (2010) fordert deswegen, dass die Forschung im Pflegekinderwesen die Entwicklung und Befindlichkeit der Pflegekinder in den Fokus rücken sollte.

1.2.3 Multi-Informanten-Ansatz

Obwohl in vielen Forschungsdisziplinen das Interesse an den kindlichen Sichtweisen und Deutungen gewachsen ist und deren Bedeutung betont wird (vgl. Abschnitt 1.2.2), werden Eltern ebenfalls als wichtige Informanten über ihre Kinder angesehen (Goodwin, Boggs & Graham-Pole, 1994; Krüger, 2006; Matson, Andrasik & Matson, 2008; Stein, 2004). Viele Autoren weisen auf die Vorteile der Verwendung beider Informationsquellen hin (Achenbach, 1991; Annett, 2001; Grills & Ollendick, 2003; Stein, 2004). Eiser und Morse (2001) halten dazu fest:

It is important to consider the role, or potential purpose of proxy ratings. On the one hand, proxy ratings can be considered to be substitutes for ratings made by children. This view follows from arguments that children are too young or too ill to provide

their own ratings, or simply that they are unreliable reporters. An alternative view is that proxy ratings can provide important complementary information about children. A common assumption (but one that is not always stated) is that information from proxies should “match” that provided by children. (S.348).

Einige Autoren weisen darauf hin, dass bisher kein methodischer Umgang mit abweichenden Selbst- und Fremdeinschätzungen definiert wurde und empfehlen deswegen unter gewissen Umständen nur die Kinder selbst als Informationsquelle zu nutzen (Matza, Swensen, Flood, Secnik & Leidy, 2004; Ravens-Sieberer, Erhart, Wille, Nickel & Bullinger, 2007).

Es haben sich verschiedene Studien, vor allem in der klinischen Forschung und Praxis, mit der Frage beschäftigt, wie stark die Elternangaben über ihre Kinder mit den Selbstangaben ihrer Kinder übereinstimmen. Insgesamt zeigt sich sowohl innerhalb von spezifischen Forschungskategorien als auch interdisziplinär ein heterogenes Bild (Achenbach, McConaughy & Howell, 1987; Drotar, 2009; Grills & Ollendick, 2003). Als ein einheitlicher Befund hat sich herausgestellt, dass in beobachtbaren Kategorien, wie zum Beispiel Fragen zur körperlichen Gesundheit, über die Studien hinweg eine größere Übereinstimmung zu finden ist als bei Fragen zu emotionalen Inhaltsbereichen (Eiser & Morse, 2001; Ravens-Sieberer, Erhart, et al., 2007; Tarren-Sweeney, Hazell & Carr, 2004). Ravens-Sieberer et al. (2007) halten dazu in ihrer Übersicht fest:

Während die Eltern Verhaltensprobleme wie zum Beispiel die Häufigkeit nächtlichen Aufwachens ohne Schwierigkeiten identifizieren können, ist dies bei emotionalen Problemen wie zum Beispiel Traurigkeit oder Anspannung vermutlich grundlegend anders (Gyatt et al., 1997). Darüber hinaus mangelt es den Eltern häufig an Informa-

tionen aus erster Hand zum Beispiel hinsichtlich der schulischen Erfahrungen oder den sozialen Interaktionen ihres Kindes mit Freunden. (S.32)

Wenn in einer Untersuchung sowohl die Sichtweise der Kinder als auch die Sichtweise der Eltern erhoben wird, kann dieses Vorgehen methodisch der (*Daten-*) *Triangulation* zugeordnet werden: „In der Sozialforschung wird mit dem Begriff „Triangulation“ die Betrachtung eines Forschungsgegenstandes von (mindestens) zwei Punkten aus bezeichnet“ (Flick, 2005, S. 309).

Krüger (2006) hält bei seiner Einschätzung zum Vorteil der Triangulation als Methode in der Erhebung kindlicher Perspektiven fest:

Triangulation, die ursprünglich mit dem Ziel in die erziehungs- und sozialwissenschaftliche Methodendiskussion eingeführt wurde, die Validität und Objektivität der gewonnenen Aussagen zu verbessern, wird heute auch in der Kindheitsforschung als Strategie verwendet, die Tiefe und Breite der Analyse zu erweitern, indem ein Untersuchungsgegenstand aus verschiedenen Perspektiven betrachtet wird. (S.109).

In der Pflegekinderforschung existieren nur wenige Studien, in denen explizit sowohl die Perspektive von Pflegekindern als auch die von Pflegeeltern zu einer spezifischen inhaltlichen Kategorie erhoben wurde. Die Ergebnisse der Studien sollen im Folgenden kurz zusammengefasst werden. Linderkamp et al. (2009) untersuchten in ihrer prospektiven Längsschnittstudie unter anderem im Selbst- und Fremdurteil die psychischen Auffälligkeiten von Pflegekindern aus Deutschland. Sowohl die Pflegekinder ($n = 8$) als auch die Pflegeeltern wurden mithilfe der deutschen Version des SDQ (Goodmann, 1997) befragt. Es zeigten sich zwischen dem Selbsturteil der Pflegekinder und der Ein-

schätzungen der Pflegeeltern mittlere bis hohe Korrelationen, die auf den Skalen *Gesamtproblemwert*, *Hyperaktivität* und *Prosoziales Verhalten* besonders hoch ausfielen. Im Gegensatz dazu zeigte sich in der Untersuchung von Gleißner et al. (2013) eine geringe Übereinstimmung zwischen Pflegeeltern und Pflegekindern. Die Autoren untersuchten mithilfe der deutschen Versionen der CBCL (Döpfner et al., 1998) und der YSR (Döpfner et al., 1994) unter anderem die langfristige soziale und emotionale Entwicklung von Pflegekindern aus Deutschland in Fachpflegefamilien. Die Pflegekinder ($n = 17$) gaben im Vergleich zu einem Teil ihrer Pflegeeltern ($n = 17$) eine signifikant niedrigere Belastung auf den Skalen *Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten* und *Gesamtproblemwert* an. Auf der Skala *Internalisierende Verhaltensauffälligkeiten* fiel der Unterschied in der gleichen Richtung marginal signifikant aus.

Auch Studien aus dem Ausland kommen bei der Übereinstimmung des Selbst- und Fremdbereichs von Pflegekindern zu unterschiedlichen Ergebnissen. Die Autoren Strijker, van Oijen und Knot-Dickscheit (2011) haben in den Niederlanden im Selbst- und Fremdurteil die psychische Gesundheit von Pflegekindern ($n = 60$) im Alter von elf bis siebzehn Jahren untersucht. Die Pflegekinder wurden dabei mithilfe des YSR (Achenbach, 1991) befragt und die Pflegeeltern mithilfe der CBCL (Achenbach, 1991). Es ergaben sich geringe bis mittlere Korrelationen zwischen dem Selbsturteil der Pflegekinder und der Einschätzung der Pflegeeltern. Die Autoren berichteten zudem, dass bei abgebrochenen Pflegeverhältnissen die Übereinstimmung der Einschätzungen der Pflegekinder mit den Einschätzungen ihrer Pflegeeltern auf der Skala *Internalisierende Probleme* signifikant geringer ausfiel als die Übereinstimmung der beiden Einschätzungen auf dieser Skala bei den fortbestehenden Pflegeverhältnissen. Sie folgerten daraus, dass sich bei einer Diskrepanz der Einschätzung der Pflegekinder und der Pflegeeltern über die Schwere der psychischen Probleme die Wahrscheinlichkeit für einen Abbruch

des Pflegeverhältnisses erhöht.

Die Autoren Arnhold, Huwiler, Raulf, Tanner und Wicki (2008) interviewten in ihrer qualitativen Untersuchung 43 Pflegekinder aus der Schweiz zu drei Messzeitpunkten über einen Zeitraum von einem Jahr. Gleichzeitig interviewten sie die involvierten Fachkräfte, Herkunftseltern und Pflegeeltern. Sie kamen unter anderem zu dem Ergebnis, dass die Pflegekinder ihren Aufenthalt in der Pflegefamilie deutlich weniger erfolgreich einschätzten als die Eltern, die Fachkräfte und die Pflegeeltern. Dagegen zeigte sich in der Untersuchung von Carbone, Sawyer, Searle und Robinson (2007) aus Australien eine hohe Übereinstimmung zwischen dem Selbst- und Fremdurteil von Pflegekindern und Pflegeeltern. Die Autoren befragten Pflegekinder im Alter von 13-17 Jahren zu ihrem Wohlbefinden in verschiedenen Lebensbereichen und gleichzeitig wurden dazu die Einschätzungen ihrer Pflegeeltern erhoben. Die Pflegekinder und die Pflegeeltern wurden mit der Kinder- und Elternversion des Child Health Questionnaire (CHQ; Landgraf, Abetz & Ware, 1996) befragt. Im Vordergrund der Studie stand der Vergleich der Werte der Pflegekinder und der Pflegeeltern mit Normstichproben aus der Allgemeinbevölkerung. Die Pflegekinder berichteten im Vergleich zur altersentsprechenden Normstichprobe signifikant geringere Werte für ihr Wohlbefinden in verschiedenen Lebensbereichen, während in der Einschätzung der Pflegeeltern die Unterschiede zur entsprechenden Normstichprobe der Eltern noch größer ausfielen. In ihrer Diskussion kommen die Autoren zu dem Fazit, dass trotz der Differenzen im Selbst- und Fremdbereich die Ergebnisse über das Wohlbefinden von Pflegekindern relativ unabhängig vom Informanten ausfallen. Auf einen inferenzstatistischen Vergleich der Angaben der Pflegekinder mit den Angaben der Pflegeeltern haben die Autoren verzichtet.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Ergebnisse einzelner Studien bei Pflegekindern auf eine hohe Übereinstimmung des Selbst- und Fremdurteils hinweisen,

während die Ergebnisse andere Studien bei Pflegekindern Unterschiede im Selbst- und Fremdurteil vermuten lassen.

1.2.4 Online-Forschung

Seit Mitte der 90er Jahre ist die Bedeutung der Informationserhebung über das Internet deutlich gestiegen und die sogenannte *Online-Forschung* (Welker & Wenzel, 2007) erfreut sich in vielen Wissenschaftsdisziplinen häufiger Verwendung (Gnambs, Batinic & Hertel, 2011; Welker & Wenzel, 2007). Die Voraussetzung für Online-Studien bildet die mittlerweile flächendeckende Internetnutzung in Deutschland, die an den Ergebnissen der ARD/ZDF-Onlinestudie (van Eimeren & Frees, 2012) deutlich wird. Von den 14- bis 19-Jährigen nutzen 100 % das Internet, von den 20- bis 29-Jährigen 99 %, von den 30- bis 39-Jährigen 98 %, von den 40- bis 49-Jährigen 89 %, von den 50- bis 59-Jährigen 77 % und von den über 60-Jährigen 39 % (van Eimeren & Frees, 2012). Die weit verbreitete Nutzung des Internets beginnt bereits im Kindesalter. Laut der KIM-Studie (2012) des Medienpädagogischen Forschungsverbunds Südwest nutzten von den 8- bis 9-Jährigen 48 % zumindest selten das Internet, von den 10- bis 11-Jährigen 75 % und von den 12- bis 13-Jährigen 93 %. Im Umgang mit dem Computer haben von den 8- bis 9-Jährigen 72 % bereits Erfahrungen, von den 10- bis 11-Jährigen 87 % und von den 12- bis 13-Jährigen 98 %. Es existiert bei der Nutzung in den jeweiligen Altersklassen kein bedeutsamer Häufigkeitsunterschied zwischen Mädchen und Jungen (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2013).

Das große Interesse vieler Wissenschaftsdisziplinen an der Online-Forschung resultiert aus den vielen Vorteilen von Online-Studien, die im Folgenden kurz skizziert werden sollen: Es ist möglich, innerhalb kurzer Zeit eine große Menge an Daten zu erheben,

ohne zugleich einen hohen Aufwand betreiben zu müssen. Die Kosten können in den meisten Fällen gering gehalten werden und es können sowohl große als auch spezifische Stichproben über das Internet (z.B. in Selbsthilfeforen) angesprochen und zur Teilnahme an Studien eingeladen werden. Die Datenqualität steigt durch die von den Teilnehmern als hoch empfundene Anonymität, indem die Teilnehmer ehrlichere und weniger sozial erwünschte Antworten geben (König, 2011; Kreuter, Presser & Tourangeau, 2008; Peter & Valkenburg, 2009; Welker & Wenzel, 2007). Internetbasierte Testverfahren erfüllen im Allgemeinen im hohen Maß das Gütekriterium der *Objektivität* (Gnambs et al., 2011; Schmidt-Atzert & Amelang, 2012). Die Teilnehmer schätzen die Flexibilität bei der Durchführung und es zeigt sich insgesamt eine hohe Akzeptanz gegenüber Online-Studien (Thielsch & Weltzin, 2012).

Die Vorteile der Online-Forschung lassen sich grundsätzlich auch auf die Erhebungen mit Kindern und Jugendlichen übertragen (vgl. König, 2011), allerdings existieren dazu bisher nur wenige Studien (Borgers, Hox & Sikkel, 2003; Mavletova, 2015). König (2011) konnte in ihrer aufwendigen quantitativ-empirischen Untersuchung nachweisen, dass auch mit Kindern in der Online-Forschung reliable und valide Ergebnisse zu erwarten sind: „Bei der Untersuchung der Datenqualität bei Online Befragungen von Kindern (Frage 1) konnte gezeigt werden, dass bei verschiedenen in der Sozialforschung üblichen Fragetypen eine gute Datenqualität unter 8- bis 13-Jährigen erreicht werden kann“ (S.223).

Allerdings ergeben sich bei der Online-Forschung auch Nachteile. Der größte Nachteil liegt in der fehlenden Kontrolle der Durchführungsbedingungen, so dass die Teilnehmer zum Beispiel unter dem Einfluss anderer Personen die Fragen beantworten. Dies stellt gerade bei der Erhebung mit Kindern ein Problem dar, wenn entgegen der Testanweisungen die Fragen unter der Aufsicht ihrer Eltern beantwortet werden (Bar-

ker & Weller, 2003). Ebenfalls können mögliche Fragen der Teilnehmer zur Durchführung oder zu einzelnen Fragen bzw. Aufgaben vom Untersucher nicht beantwortet werden. Diese Faktoren können die Datenqualität beeinträchtigen (Gnambs et al., 2011; Thielsch & Weltzin, 2012). Ein weiterer wichtiger Nachteil bei der Online-Forschung liegt darin, dass vielen etablierten psychologisch-diagnostischen Verfahren für die internetbasierte Testung der Nachweis der Gütekriterien *Reliabilität* und *Validität*, die eigentlich als Bewertungsmaßstäbe zur Beurteilung von Testverfahren dienen (Schmidt-Atzert & Amelang, 2012), fehlt. Ebenso können die etablierten Testverfahren häufig keine internetbasierten Normen nachweisen (Gnambs et al., 2011).

Bei näherer Betrachtung der bisherigen Forschungsergebnisse über die methodische Qualität der Online-Forschung relativieren sich allerdings einige Nachteile. So konnten zum Beispiel verschiedene Studien für klinisch-diagnostische Fragebogenverfahren, die ursprünglich als Papier-Bleistift-Test entwickelt und überprüft wurden, in der internetbasierten Version ähnliche Reliabilitätswerte nachweisen (Jones, Fernyhough, de-Wit & Meins, 2008; Vallejo, Jordán, Díaz, Comeche & Ortega, 2007). Gnambs et al. (2011) kommen in ihrer Übersicht zu dem Schluss: „Die Messgenauigkeit internetbasierter Verfahren wird zumeist nur unwesentlich durch den Vorgabemodus beeinflusst und erscheint im Allgemeinen vergleichbar mit jener ihrer Papier- und Bleistift-Pendants“ (S.467). Auch zur Äquivalenz der Validität internetbasierter Verfahren mit ihren Papier-Bleistift-Vorlagen wurden zahlreiche Studien durchgeführt, die eine hohe Übereinstimmung der Validitätswerte der beiden Formen zeigen konnten (Meade, Michels & Lautenschlager, 2007; Salgado & Moscoso, 2003). Gnambs et al. (2011) kommen deshalb zu dem Fazit: „In der Regel finden sich keine bzw. nur marginale Unterschiede zwischen beiden Vorgabemodi“ (S.472).

Bei der Frage nach der Äquivalenz der Normen internetbasierter Verfahren mit ihren Papier-Bleistift-Vorlagen zeigen einzelne Studien (Aluja, Rossier & Zuckerman, 2007; Ployhart, Weekley, Holtz & Kemp, 2003), dass die Verwendung der bestehenden Normen für internetbasierte Verfahren nicht unreflektiert erfolgen sollte, da es zu Abweichungen kommen kann. Dieses methodische Problem wird sich allerdings so schnell nicht beheben lassen: „Die Entwicklung eigenständiger Internetnormen steht allerdings für die meisten Verfahren noch aus - nicht zuletzt aufgrund des finanziellen Aufwands, der damit verbunden wäre“ (Gnambs et al., 2011, S. 474).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Online-Forschung mittlerweile in vielen Wissenschaftsdisziplinen fest etabliert ist und ihre Vorteile die Nachteile deutlich überwiegen. In der Pflegekinderforschung ist aber bisher weder national noch international eine Online-Studie durchgeführt worden. Dabei würden sich durch eine Online-Untersuchung einige Probleme, die mit der Forschung im Pflegekinderwesen verbunden sind (Berrick, Frasch & Fox, 2000; Carbone, Sawyer, Searle & Robinson, 2007), besser lösen lassen. Die Pflegefamilien leben mit ihren Pflegekindern an verschiedenen Orten in verschiedenen Regionen und es bedarf einigen zeitlichen, finanziellen und logistischen Aufwands, jede Pflegefamilie in ihrem häuslichen Umfeld aufzusuchen. Ein gemeinsamer Termin muss mit der Pflegefamilien und den Pflegekindern abgesprochen und eingehalten werden. Eine Online-Untersuchung reduziert den Aufwand deutlich und die Pflegefamilie und das Pflegekind können zu einem selbstgewählten Zeitpunkt an der Untersuchung teilnehmen.

Bei einer Online Untersuchung können die Pflegeeltern im Internet direkt angesprochen, über die Studie und ihre Ziele ausführlich informiert und zur Teilnahme motiviert werden. Es ist außerhalb des Internets schwer, einen direkten Kontakt zu vielen Pflegefamilien herzustellen, so dass man in der Regel auf die Unterstützung und die Koopera-

tion der staatlichen Behörden oder Jugendhilfeeinrichtungen angewiesen ist, die den Kontakt zu den Pflegefamilien und den Pflegekindern vermitteln und sie zur Teilnahme motivieren. Dadurch kann es vorkommen, dass sich die Pflegefamilien und die Pflegekinder durch das Jugendamt unter Druck gesetzt fühlen, an der Untersuchung teilzunehmen. Die Möglichkeit der anonymisierten Teilnahme an einer Online-Studie gewährleistet die Freiwilligkeit und die Selbstbestimmung bei der Teilnahme und der Durchführung. Die anonyme Teilnahme führt außerdem zu ehrlicheren und weniger sozial erwünschten Antworten

Insgesamt existieren in der deutschen Pflegekinderforschung bisher zu wenige empirische Studien und es gibt kaum Untersuchungen mit großen und repräsentativen Stichproben (vgl. Abschnitt 1.2.1). Durch einen vermehrten Einsatz von Online-Untersuchungen in der deutschen Pflegekinderforschung könnten diese Mängel schneller und effektiver behoben werden.

1.3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität (GLQ)

In der vorliegenden Arbeit soll mithilfe des Konstrukts der GLQ untersucht werden, wie wohl sich Pflegekinder in Deutschland in wichtigen Lebensbereichen fühlen und wie gut sie aus ihrer Sicht in diesen Lebensbereichen zurechtkommen. Deswegen soll in diesem Abschnitt für ein besseres Verständnis der Thematik ein Überblick zur GLQ von Kindern und Jugendlichen allgemein sowie im Speziellen bei Pflegekindern gegeben werden. Dazu erfolgt zuerst die Darstellung der Entwicklung und Konzeption des Konstrukts der GLQ, bevor auf die Besonderheiten der GLQ von Kindern und Jugendlichen eingegangen wird. Anschließend werden die bisherigen etablierten deutschsprachigen Messinstrumente vorgestellt und die Erhebung des Selbst- und Fremdurteils bei der GLQ erläutert. Danach werden bisherige Studienergebnisse zur GLQ von Kindern und Jugendlichen in Deutschland dargestellt sowie Befunde zu Einflussfaktoren zusammengefasst, die mit der Ausprägung der GLQ assoziiert sind. Abschließend erfolgt die Darstellung der beiden internationalen Studien, die bisher die GLQ von Pflegekindern und damit assoziierte Determinanten untersucht haben.

1.3.1 Entwicklung und Konzeption

Bevor das Konstrukt der GLQ (Kaplan & Bush, 1982; Ware Jr, 2003) inhaltlich dargestellt wird, soll vorher zur Abgrenzung und zum besseren Verständnis kurz auf das Konstrukt der *Lebensqualität (LQ)* (Pukrop, 2003) eingegangen werden.

Der Begriff LQ hat seinen Ursprung in der sozialwissenschaftlichen Wohlfahrts- und Sozialindikatorenforschung, die Ende der 60er Jahre vor allem in den USA durch erste repräsentative Bevölkerungsumfragen für gesellschaftliche und politische Auf-

merksamkeit sorgte (Andrews & Withey, 1976; Campbell, Converse & Rodgers, 1976). Bei den Erhebungen standen vor allem soziale und ökonomische Indikatoren der LQ im Vordergrund. In der Folge führten auch andere Wissenschaftsdisziplinen wie Medizin, Psychologie, Ökonomie und Philosophie theoretische Überlegungen und empirische Studien zur LQ durch. Radoschewski (2000) kam deswegen in seinem Überblick folgerichtig zu dem Schluss, dass der Begriff LQ einen universellen Anspruch hat und nicht nur einer Disziplin zuzuordnen ist. Das führte nach Pukrop (2002) allerdings zu folgendem Nachteil: „Die unterschiedlichen Forschungsstränge führen unmittelbar zum evidentesten Problem der LQ-Forschung: der ungeheuren Breite dieses Konstrukts bzw. der Unbestimmtheit seiner Grenzen. Die Anzahl der nominalen und operationalen LQ-Definitionen ist nicht mehr zu überschauen“ (S.49). Die von Pukrop (2002) kritisierte Unbestimmtheit und Breite des Konzepts der LQ spiegelt sich letztendlich auch in der Definition der LQ der Weltgesundheitsorganisation (WHO; 1995) wieder: „Quality of Life is defined as individuals‘ perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live, and in relation to their goals, expectations, standards, and concerns (S. 1405).“ In Abgrenzung des Konzepts der LQ von dem Konzept der GLQ hält Bullinger (2009) fest, dass die allgemeinen LQ Dimensionen wie politische Freiheit, materielle Sicherheit und Herausforderungen der physikalisch-chemischen Umwelt berücksichtigt und damit weit über die GLQ hinausgeht.

Die Entwicklung des Konstrukts GLQ hatte ihren Ursprung in der damaligen neuen Definition von Gesundheit der WHO im Jahre 1946, in der Gesundheit nicht mehr nur als Abwesenheit von Krankheit definiert wurde. „Health is a complete state of physical, mental, and social well-being and not merely absence of disease“ (Howard-Jones, 1981, S. 472). Bei der Erhebung der individuellen Gesundheit sollte nun auch Beachtung finden, wie eine Person sich physisch und psychisch fühlt, wie gut sie mit anderen Men-

schen auskommt und wie gut sie in ihrem Alltag zurechtkommt (Bullinger, 2009). Aus dieser neuen Gesundheitsdefinition resultierend wurden daraufhin Ende der 70er Jahre Fragebögen entwickelt, mit denen neben den subjektiv wahrgenommenen physischen und psychischen Aspekten auch die psychosozialen Aspekte von Gesundheit erfasst werden konnten, und der Begriff der GLQ hielt endgültig Einzug in die medizinischen und psychologischen Forschungsfelder (Kaplan, 1988, S. 382).

Neben der damaligen neuen Gesundheitsdefinition der WHO hat auch die medizinische Entwicklung im letzten Jahrhundert eine neue Konzeption von Gesundheit notwendig gemacht und auf diesem Wege die Entwicklung und den Einsatz des Konstrukts GLQ gefördert:

Over the past century, advances in public health and medicine have increased the average life expectancy in the Western world. These advances, however, have been accompanied by a significant rise in the percentage of adults living with chronic health conditions such as heart disease, cancer, diabetes, arthritis, and mental illness. As a consequence, within the field of public health and medicine it was found to be important not only to focus on issues of *quantity* of life but also *quality* of life. (KIDSCREEN Group, 2006; S. 16)

Mittlerweile ist die GLQ ein zentrales Forschungsthema in vielen wissenschaftlichen Disziplinen geworden (Schumacher et al., 2003). Dies hat aber zu dem gleichen Nachteil wie beim Konzept der LQ geführt: Es gibt bisher keine einheitliche Definition und auch keinen Konsens über die Art der Erhebung der GLQ (De Civita et al., 2005; Rajmil et al., 2004; Ravens-Sieberer et al., 2007). Viele Autoren (Bullinger & Ravens-Sieberer, 1995; Radoschewski, 2000; Schumacher et al., 2003; Ware Jr, 2003) weisen

aber darauf hin, dass es trotz Fehlens einer einheitlichen Konzeption der gesundheitlichen Lebensqualität über einzelne Aspekte weitgehender Konsens herrscht:

Auch wenn keine allgemein verbindliche Definition des Begriffs „GLQ“ existiert und sich die Abgrenzung zu verwandten Konzepten wie „Wohlbefinden“ („well-being“) und „Glück“ („happiness“) als schwierig erweist (vgl. Veenhoven, 2000), besteht doch ein Konsens dahingehend, dass eine *operationale* Definition sinnvoll ist. Diese betrachtet die GLQ als ein multidimensionales Konstrukt, das körperliche, emotionale, mentale, soziale, spirituelle und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit (des Handlungsvermögens) aus der *subjektiven Sicht* der Betroffenen beinhaltet. (Schumacher et al., 2003; S. 10)

Bei der Erhebung der GLQ sollen die Personen ihr Wohlbefinden und ihre körperliche Funktionsfähigkeit auf den Dimensionen einschätzen, die Menschen gewöhnlich bei der Beurteilung ihrer gesundheitlichen Situation berücksichtigen. Es besteht dabei aber noch Uneinigkeit darüber, auf wie vielen und welchen Dimensionen die Personen letztendlich ihr Wohlbefinden und ihre Funktionsfähigkeit einschätzen sollen (Ravens-Sieberer et al., 2007). Viele Autoren weisen dennoch auf den Konsens hin, dass bei der Erhebung der GLQ eine physische, eine psychische und eine soziale Dimension als Hauptkomponenten angenommen werden (Bullinger & Ravens-Sieberer, 1995; Ravens-Sieberer, Ellert & Erhart, 2007; Ravens-Sieberer, Ottova, Hillebrandt, Klasen & und das HBSC-Team Deutschland, 2012; Ware Jr, 2003).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die GLQ ein fest etabliertes und gut erforschtes Konstrukt ist, das in vielen nationalen und internationalen Untersuchungen Anwendung findet (Bullinger & Ravens-Sieberer, 1995; Radoschewski, 2000; Ware Jr,

2003). Allerdings sollten beim Einsatz und der Verwendung des Konzepts der GLQ die theoretischen und methodischen Einschränkungen Beachtung finden, die Radoschweski (2000) wie folgt zusammenfasst:

Lebensqualität (QOL) oder auch nur GLQ (HRQOL) sind als theoretische Konstrukte so komplex und multidimensional, dass es a priori nicht möglich ist, sie empirisch erschöpfend zu beschreiben und zu analysieren. Sie sind empirisch allenfalls hinreichend (für ein bestimmtes Untersuchungsziel) zu operationalisieren und zu messen. (S. 186)

1.3.2 GLQ von Kindern und Jugendlichen

Das Konstrukt der GLQ wurde in den 80er Jahren überwiegend im Erwachsenenbereich angewendet und weiter entwickelt und bis Mitte der 90er Jahre existierten nur wenige theoretische und empirische Arbeiten zur GLQ von Kindern und Jugendlichen (Clarke & Eiser, 2004; Neff & Dale, 1989; Seiffge-Krenke, 1990). Dies lag unter anderem an der Frage, ob Kinder und Jugendliche überhaupt verlässlich Auskunft über ihre GLQ geben können (The KIDSCREEN Group Europe, 2006). Dieser Zweifel wurde im Laufe der Zeit durch Untersuchungen aufgelöst, in denen gezeigt werden konnte, dass Kinder und Jugendliche zu ihrer GLQ reliable und valide Angaben machen können, wenn die dazugehörigen Fragen dem Alter und dem kognitiven Entwicklungsstand des Kindes angemessen formuliert sind (Raat, Landgraf, Bonsel, Gemke & Essink-Bot, 2002; Riley, 2004; Stein, 2004).

Ein weiterer Grund für die anfängliche Vernachlässigung der Forschung zur GLQ bei Kindern und Jugendlichen lag in der Frage, ob die Dimensionen der GLQ, auf die man

sich im Erwachsenenbereich geeinigt hatte (Patrick & Erickson, 1988; Schumacher et al., 2003), auch auf den Kinder- und Jugendbereich übertragen werden können (Ravens-Sieberer, Erhart, et al., 2007). Damit verbunden war auch die Frage, ob die erprobten Messinstrumente aus dem Erwachsenenbereich (Schumacher et al., 2003) für die Erfassung der GLQ von Kindern und Jugendlichen übernommen werden können (Matza et al., 2004; Ravens-Sieberer, Erhart, et al., 2007). Mittlerweile besteht Einigkeit darüber, dass die GLQ von Kindern und Jugendlichen ebenso wie die von Erwachsenen als ein multidimensionales Konstrukt zu verstehen ist, das zumindest eine physische, eine psychische und eine soziale Dimension als Hauptkomponenten enthält (Bullinger & Ravens-Sieberer, 1995; Schumacher et al., 2003; Ware 2003; Ravens-Sieberer 2007; Rajmil et al., 2004). Die Kinder und Jugendlichen sollen bei der Erhebung ihrer GLQ ihr Wohlbefinden und ihre körperliche Funktionsfähigkeit auf diesen Dimensionen einschätzen. Die Hauptkomponenten können dabei in weitere Subdimensionen aufgegliedert werden, und in Abgrenzung zu Erwachsenen spielen bei Kindern und Jugendlichen unter anderem die Dimensionen Qualität der Beziehung zu den Eltern und schulisches Wohlbefinden eine bedeutende Rolle (Rajmil et al., 2004; Ravens-Sieberer, Ellert, et al., 2007).

Matza et al. (2004) weisen in Abgrenzung zu der GLQ von Erwachsenen darauf hin, dass sich trotz derselben Hauptkomponenten bei Kindern und Jugendlichen die spezifischen Aspekte innerhalb der Dimensionen der GLQ unterscheiden können. Ravens-Sieberer et al. (2007) kommen zu dem gleichen Schluss: „Trotz der Annahme, dass die für Erwachsene relevanten Dimensionen auch für Kinder und Jugendliche von Bedeutung sind (Bullinger & Ravens-Sieberer, 1995), muss mit Veränderungen ihrer Gewichtung und Konstellation über verschiedene Altersstufen gerechnet werden“ (S.30). Aus

diesem Grunde raten sie davon ab, Fragebögen aus dem Erwachsenenbereich für die Erfassung der GLQ von Kindern zu adaptieren.

Das Konzept der GLQ ist in der medizinischen und psychologischen Forschung im Kindes- und Jugendalter mittlerweile ein fest etabliertes und gut erforschtes Konstrukt. Es hat sich als wesentliches Beschreibungskriterium bewährt, wenn die Fragen untersucht werden sollen, wie wohl sich Kinder und Jugendliche in ihrer Umwelt fühlen und wie gut sie in ihrem Alltag zurechtkommen (Bullinger, 2009; Ellert et al., 2014; Nitzko & Seiffge-Krenke, 2009). Zudem wird das Konzept der GLQ in der Forschung genutzt, um bei Kindern und Jugendlichen die mit einer Krankheit oder Gesundheitsbeeinträchtigung assoziierten Belastungen zu bestimmen oder Erfolge von Therapien zu evaluieren (Ellert et al., 2014).

1.3.3 Messinstrumente

Bei den Messinstrumenten zur Erfassung der GLQ von Kindern und Jugendlichen wird zwischen krankheitsspezifischen und krankheitsunspezifischen Verfahren unterschieden (vgl. Radoschweski, 2000; vgl. Clarke & Eiser, 2004). Die krankheitsspezifischen Fragebögen wurden dafür entwickelt, um die GLQ von Personen mit spezifischen somatischen Erkrankungen erfassen zu können. So wurde zum Beispiel das Instrument DIS-ABKIDS Quality of Life Inventory (Petersen, Schmidt, Power & Bullinger, 2005) entwickelt, um die GLQ von Kindern und Jugendlichen mit spezifischen chronischen Erkrankungen, wie zum Beispiel Asthma und Diabetes, zu erfassen. Im Gegensatz dazu wurden die krankheitsunspezifischen Instrumente, die sogenannten *generischen* Messinstrumente, dafür entwickelt, um die GLQ von möglichst vielen Patientengruppen und Populationen erfassen zu können. In diesen wird deshalb ein breites Spektrum an Di-

mensionen und Aspekten der GLQ erfasst (Radoschewski, 2000; Ravens-Sieberer, Erhart, et al., 2007).

Ravens-Sieberer et al. (2007) kommen in ihrer Übersicht zu dem Ergebnis, dass über 50 verschiedene Instrumente zur Erfassung der GLQ von Kindern und Jugendlichen existieren. Es handelt sich dabei größtenteils um krankheitsspezifische Verfahren und in Deutschland herrscht ein Mangel an standardisierten Verfahren zur Erfassung der krankheitsübergreifenden GLQ von Kindern und Jugendlichen (Harstick-Koll et al., 2009; Ravens-Sieberer, Erhart et al., 2007). Die Ausnahmen bilden die folgenden vier Instrumente:

- Der „Child Health Questionnaire“ (CHQ; Landgraf et al., 1996) wurde aus dem Englischen übersetzt und die psychometrische Eignung der deutschen Übersetzung wurde überprüft (Warschburger, Landgraf, Petermann & Freidel, 2003). Es werden die Dimensionen *Funktionalität im Alltag*, *Schmerzen*, *Psychisches Wohlbefinden*, *Selbstwert*, *Verhaltensauffälligkeiten*, *Körperlicher Funktionsbereich* und *Familie* erhoben. Der Fragebogen liegt für den Altersbereich der 5- bis 18-Jährigen als Fremdbeurteilungsverfahren und zusätzlich für Kinder ab 10 Jahren als Selbstbeurteilungsverfahren vor.
- Die „KIDSCREEN-Fragebögen“ (The KIDSCREEN Group Europe, 2006) stehen als Fremd- und Selbstbeurteilungsbögen für Kinder ab acht Jahren zur Verfügung und weisen eine hohe psychometrische Qualität auf (Ravens-Sieberer et al., 2008). Es werden physische, psychische, soziale, familiäre und schulische Aspekte des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit erfasst und neben einer Version aus 52 Items und 10 Messdimensionen (KIDSCREEN-52) existieren eine gekürzte Version aus 27 Items und 5 Messdimensionen (KIDSCREEN-27) sowie eine noch kürzere Version

aus 10 Items mit einem generellen Gesundheitsindex (KIDSCREEN-10). Die Fragebögen wurden in internationaler Zusammenarbeit entwickelt und können kulturübergreifend eingesetzt werden.

- Der „KINDL-R“ (Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998) umfasst Aspekte des psychischen, physischen, familiären, sozialen und schulischen Wohlbefindens und Selbstwertes und konnte seine gute psychometrische Eignung in verschiedenen Studien nachweisen (Bullinger, Brütt, Erhart, Ravens-Sieberer & the BELLA Study Group, 2008). Es liegen für die Altersgruppen 4-7 Jahre (12 Items), 8-12 Jahre (24 Items) und 13-16 Jahre (24 Items) altersangepasste Versionen vor, für die jeweils auch Fremdbeurteilungsbögen existieren.
- Das „Inventar zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen“ (ILK; Matzejat & Remschmidt, 2006) ist als Selbstbeurteilungsbogen für Kinder ab sechs Jahren und als Fremdbeurteilungsbogen für Eltern und Behandler einsetzbar. Es erfasst über acht Items die Aspekte *Schule, Familie, Kontakt zu Gleichaltrigen, Interessen und Freizeit, Körperliche Gesundheit, Psychische Gesundheit* und *Gesamtbeurteilung der Lebensqualität*.

Mithilfe der generischen Instrumente kann die Wirksamkeit von Therapien und Interventionen anhand ihres Einflusses auf die GLQ überprüft werden. Die generischen Messinstrumente können außerdem in epidemiologisch angelegten Studien eingesetzt werden, um Subgruppen von Kindern und Jugendlichen zu identifizieren, die Beeinträchtigungen ihres Wohlbefindens und ihres Funktionierens aufweisen (Bullinger, 2009; Clarke & Eiser, 2004; Ellert et al., 2014; Ravens-Sieberer, Erhart, et al., 2007).

1.3.4 Selbst- und Fremdurteil

Während bereits durch die Definition des Konstrukts der GQL vorgegeben ist, dass für die Erfassung der GLQ von Kindern und Jugendlichen das Selbsturteil die optimalste Lösung darstellt, besteht Uneinigkeit darüber, ob bei der Erfassung der GLQ von Kindern und Jugendlichen zusätzlich noch die Elterneinschätzung mit erhoben werden sollte (vgl. Ravens-Sieberer, Erhart et al., 2007; Matza et al. 2004) .

Einige Autoren empfehlen, dass immer sowohl die Kinder und Jugendlichen als auch die Eltern befragt werden sollen, wenn die GLQ von Kindern und Jugendlichen erhoben werden soll (Annett, 2001; Dey, Landolt & Mohler-Kuo, 2013; Eiser & Morse, 2001). Demgegenüber weisen unter anderem Matza et al. (2004) darauf hin, dass bei der gleichzeitigen Erhebung des Selbst- und Fremdbereichs viele methodischen Probleme noch nicht gelöst seien, wie zum Beispiel der Umgang mit Abweichungen in der Selbst- und Fremdeinschätzungen. Sie empfehlen deswegen, dass die Forscher vor jeder Untersuchung sorgfältig die Vor- und Nachteile des jeweiligen Vorgehens abwägen und ihre Entscheidung letztendlich vom Studiendesign abhängig machen sollen.

In einigen Studien wurde das Maß der Übereinstimmung der Eltern- und der Selbsteinschätzung der Kinder und Jugendlichen über ihre GLQ untersucht (vgl. Abschnitt 1.2.3). Während einige Studien eine hohe Übereinstimmung der Eltern- und Selbsteinschätzung zeigten (Dey et al., 2013; Landgraf et al., 1996), konnten andere Studien nur eine geringe Übereinstimmung nachweisen (Chang & Yeh, 2005; Vogels et al., 1998). Redegeld (2004) kam in seiner Studie zu dem Ergebnis, dass Eltern systematisch die GLQ ihrer Kinder unterschätzten, während von Theunissen et al. (1998) in ihrer Untersuchung zeigen konnten, dass Eltern die GLQ ihrer Kinder systematisch überschätzten.

Upton et al. (2008) kamen in ihrer Metaanalyse von 19 Studien zu dem Ergebnis, dass Eltern von Kindern und Jugendlichen ohne Gesundheitsprobleme die GLQ ihrer Kinder höher einschätzten als die Kinder und Jugendlichen selbst. Demgegenüber schätzten Eltern von Kindern und Jugendlichen mit Gesundheitsproblemen die GLQ ihrer Kinder niedriger ein als die Kinder und Jugendlichen selbst. Eiser und Morse (2001) kamen in ihrer Metastudie unter anderem zu dem Ergebnis, dass die Übereinstimmung des Selbst- und Fremdbereichs höher bei den beobachtbareren Dimensionen der GLQ ausfällt als bei den nicht direkt beobachtbaren Komponenten, wie zum Beispiel emotionalen Inhaltsbereichen.

Davis et al. (2007) untersuchten in ihrer Studie mögliche Gründe für die Abweichungen im Selbst- und Fremdbereich der GLQ von Kindern und Jugendlichen. Die Autoren untersuchten mithilfe eines qualitativen Forschungsdesigns 15 Eltern-Kind-Paare, die während der Beantwortung eines Fragebogens zur GLQ einem Interviewer ihre Überlegungen zur Beantwortung der einzelnen Fragen laut mitteilen sollten. Eine qualitative Analyse der Antworten ergab, dass die Kinder sich bei der Beantwortung der einzelnen Fragen häufig nur auf ein einzelnes Beispiel bezogen und im Vergleich zu ihren Eltern eher Extremwerte angaben.

Die teilweise widersprüchlichen Studienergebnisse machen deutlich, dass weitere Forschung zur Bestimmung der Faktoren notwendig ist, die bei der Erfassung der GLQ von Kindern und Jugendlichen die Übereinstimmung des Selbst- und Fremdurteils moderieren (Upton et al., 2008).

1.3.5 Studienergebnisse aus Deutschland

Im Abschnitt 1.3.2 wurde bereits dargestellt, dass in der medizinischen und psychologischen Forschung im Kindes- und Jugendalter das Konzept der GLQ mittlerweile als wesentliches Beschreibungskriterium fest etabliert ist, wenn in Studien die Fragen untersucht werden sollen, wie Kinder und Jugendliche ihr Wohlbefinden und ihre körperliche Funktionsfähigkeit einschätzen (Nitzko & Seiffge-Krenke, 2009; Bullinger, 2009). Die beiden größten epidemiologischen Studien zur GLQ von Kindern und Jugendlichen in Deutschland sollen im Folgenden kurz dargestellt werden.

Im Rahmen der internationalen, epidemiologisch angelegten Kinder- und Jugendgesundheitsstudie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HSBC) werden in Deutschland alle vier Jahre unter anderem Daten zur GLQ von Schülern erhoben (Ottova et al., 2012). Die Untersuchung aus dem Jahre 2010 von 4723 Schülern im Alter von 11-15 Jahren mithilfe des Kidscreens-10 (The KIDSCREEN Group Europe, 2006) ergab, dass etwa 85 % der Schüler eine hohe bzw. normale GLQ berichteten (Ravensieberer et al., 2012). Die Autoren legten dabei fest, dass die Kinder und Jugendlichen, deren Werte um mehr als eine Standardabweichung unter dem Mittelwert lagen, als Personen mit einer *geringen GLQ* bezeichnet wurden.

In einer Langzeitstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGs) des Robert Koch-Instituts werden seit 2003 regelmäßig unter anderem Daten zur GLQ von Kindern und Jugendlichen erhoben. In den Jahren 2009 bis 2012 wurden Eltern ($n = 2567$) ebenfalls mithilfe der Fremdversion des KIDSCREEN-10 (The KIDSCREEN Group Europe, 2006) zur GLQ ihrer 7- bis 10-jährigen Kinder befragt, während die 11- bis 17-Jährigen ($n = 4878$) mithilfe der Selbstversion des KIDSCREEN-10 zu ihrer GLQ befragt wurden. Es schätzten 6 % der Eltern die GLQ

ihrer 7- bis 10-jährigen Kinder und 4 % der 11- bis 17-Jährigen ihre GLQ als *gering* ein (Ellert et al., 2014).

Darüber hinaus existieren in Deutschland verschiedene Studien zur GLQ von somatisch oder psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen. In den Studien konnte nachgewiesen werden, dass bei Kindern und Jugendlichen sowohl körperliche Erkrankungen als auch psychische Auffälligkeiten mit Einschränkungen in der GLQ assoziiert sind (Lehrke, Koch, Hubel & Laessle, 2005; Mattejat et al., 2005; Schubert, Herle & Wurst, 2003; Wurst et al., 2002). Zwei Studien sollen im Folgenden kurz dargestellt werden.

Hölling, Schlack, Dippelhofer und Kurth (2008) werteten die im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitsurveyes (KiGGS) erhobenen Daten zur GLQ chronisch kranker Kinder und Jugendlicher aus, die mithilfe des KINDL-R (Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998) erfragt wurden. Es handelte sich dabei um drei Gruppen von Kindern und Jugendlichen, die entweder unter einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS), unter Asthma oder unter Adipositas litten. Insgesamt wurden die Daten von 6813 Kindern und Jugendlichen im Alter von 11-17 Jahren ausgewertet. Kinder mit Asthma zeigten im Vergleich zu einer Normstichprobe ein signifikant geringeres körperliches Wohlbefinden. Kinder mit einer Adipositas gaben in den Bereichen *Körper*, *Psyche*, *Selbstwert*, *Freunde* und *Schule* eine signifikant geringere GLQ an als nicht adipöse Kinder und Jugendliche. Die GLQ der Kinder- und Jugendlichen mit ADHS war signifikant niedriger in den Bereichen *Psyche*, *Familie* und *Schule*, aber nicht in den Bereichen *Körper*, *Selbstwertgefühl* und *Freunde*. Büttner, Petermann, Petermann und Rücker (2011) untersuchten mithilfe des IKL (Mattejat & Remschmidt, 2006) die GLQ von Kindern und Jugendlichen ($N = 85$) im Alter von sechs bis fünfzehn Jahren, die sich in teilstationärer Erziehungshilfe, sogenannten *Tagesgruppen*, befanden. Sie

fanden heraus, dass rund 25 % der Kinder und Jugendlichen im IKL einen Wert im Bereich der unterdurchschnittlichen GLQ erzielten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in Deutschland große epidemiologische Studien zur GLQ von Kindern und Jugendlichen existieren sowie eine Vielzahl von Studien zur GLQ von somatisch oder psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen. Es existiert in Deutschland aber bisher keine Studie zur GLQ von Pflegekindern.

1.4 Einflussfaktoren der GLQ von Kindern und Jugendlichen

In Folge des gestiegenen Forschungsinteresses an der GLQ von Kindern und Jugendlichen ist auch das Interesse an der Erforschung von Faktoren gestiegen, die Einfluss auf die Ausprägung der individuellen GLQ nehmen. Mithilfe von epidemiologisch orientierten Untersuchungen zur GLQ von Kindern und Jugendlichen können potentielle Einflussfaktoren untersucht und identifiziert werden:

Solche populationsbasierten Studien eröffnen jedoch auch die Möglichkeit, in einer umfassenden Weise die komplexen Beziehungen zwischen Wohlbefinden und für das Wohlbefinden relevanten Aspekte bzw. damit assoziierten Aspekte zu untersuchen. Ermöglicht wird dies, wenn in diesen Studien eine Vielzahl von Aspekten der persönlichen Lebenssituation, d. h. personale, soziale und materielle umgebungsbezogene Aspekte mit erhoben werden (Kurth, 2007). (Ravens-Sieberer et al., 2009)

Durch die Identifikation der relevanten Faktoren für die GLQ können Risikogruppen für Beeinträchtigungen der GLQ identifiziert und frühzeitig präventive Interventionen entwickelt werden (Ravens-Sieberer, Ellert, et al., 2007; Ravens-Sieberer, Erhart, et al., 2007). Die Erforschung von Einflussfaktoren der GLQ kann in wissenschaftstheoretische Verbindung mit den Forschungsbemühungen gesetzt werden, die vor dem Hintergrund des *Diathese-Stress-Modells* (Wittchen & Hoyer, 2011) Risiko- und Schutzfaktoren für die Entstehung von psychischen Störungen untersuchen. Es existieren bisher einige Studie zu Einflussfaktoren der GLQ von Kindern und Jugendlichen, aber der Kenntnisstand zu Zusammenhängen von entwicklungsrelevanten biopsychosozialen

Risiko- und Schutzfaktoren (Rutter, 1987; Masten, 2001; Steinhausen, 2010; Hölling & Schlack, 2008) und der GLQ von Kindern und Jugendlichen ist insgesamt noch lückenhaft (vgl. Bau et al., 2011; Jeske, Bullinger, Plaß, Petermann, & Wiegand-Grefe, 2009). Im Folgenden soll der aktuelle Forschungsstand kurz zusammenfassend dargestellt werden. Dabei ist generell zu beachten, dass in viele Studien die Daten mithilfe eines korrelativen Designs erhoben haben, so dass keine kausalen, sondern lediglich korrelative Zusammenhänge bestimmt werden konnten.

1.4.1 Alter und Geschlecht

Einige Studien haben den Einfluss der Faktoren Alter und Geschlecht auf die GLQ von Kindern und Jugendlichen untersucht. Diese Studien kamen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass das Alter von Kindern und Jugendlichen negativ mit der GLQ korreliert und Jungen tendenziell eine höhere GLQ berichten als Mädchen (Bau et al., 2011; Ellert et al., 2014; Haraldstad, Christophersen, Eide, Natvig & Helseth, 2011; Matthejat et al., 2005; Ravens-Sieberer, Ellert, et al., 2007).

Die Untersuchung von Michel et al (2009) zeigte allerdings, dass sowohl die Stärke als auch die Art des Zusammenhanges der beiden Faktoren Alter und Geschlecht zu den einzelnen Dimensionen der GLQ variieren. Die Autoren analysierten mithilfe einer großen europäischen Stichprobe ($N = 21\,590$) die Zusammenhänge von Alter und Geschlecht mit den zehn Dimensionen des KIDSCREEN-52 (The KIDSCREEN Group Europe, 2006). Sie konnten für alle Skalen bis auf die Skala *Financial Resources* (Finanzielle Möglichkeiten) bestätigen, dass die Werte umso niedriger ausfielen, je älter die Kinder waren. In weiteren Analysen fanden sie heraus, dass im Alter von acht Jahren Mädchen und Jungen auf den zehn Skalen überwiegend gleich hohe Werte erzielten,

aber je älter die Kinder waren, desto niedriger fielen auf fast allen Skalen die Werte der Mädchen im Vergleich zu den Jungen aus. Auf den Skalen *Physical Well-Being* (Körperliches Wohlbefinden) und *Selfperception* (Selbstwahrnehmung) zeigten sich bei den Mädchen im Vergleich zu den Jungen die größten Unterschiede. Lediglich auf der Skala *Peers & Social Support* (Gleichaltrige & Soziale Unterstützung) erzielten die Mädchen über alle Altersstufen hinweg höhere Werte als die Jungen. Auf der Skala *Psychological Well-Being* (Psychologisches Wohlbefinden) erzielten die Mädchen im Alter von acht Jahren gering höhere Werte als Jungen, aber ab dem 11. Lebensjahr erzielten auch hier die Jungen höhere Werte als die Mädchen. Auf der Skala *Parents Relation* (Beziehung zu Eltern & Zuhause) erzielten Mädchen bis zum Alter von 11 Jahren höhere Werte als Jungen, aber in den Altersstufen danach durchgehend niedrigere Werte als Jungen.

1.4.2 Familiäre Faktoren

In einigen Studien wurde der Zusammenhang zwischen dem *sozioökonomischen Status* der Eltern und der GLQ ihrer Kinder untersucht. Zur Messung des sozioökonomischen Status werden in der Regel die schulische und berufliche Ausbildung der Eltern, ihre berufliche Stellung und ihr Haushaltsnettoeinkommen berücksichtigt (Winkler & Stolzenberg, 1999). Alle Studien kamen zu dem Ergebnis, dass ein höherer sozialer Status mit einer besseren GLQ von Kindern und Jugendlichen einhergeht (Arnhold-Kerri & Sperlich, 2010; Bau et al., 2011; Ellert et al., 2014; Ravens-Sieberer, Ellert, et al., 2007; von Rueden, 2006). Allerdings zeigte sich dieser Zusammenhang nicht immer für alle Altersgruppen und fiel oft gering aus (Rattay, von der Lippe, Lampert & KiGGS Study Group, 2014; Ravens-Sieberer et al., 2009) Die KiGGS Study Group et al. (2014) zeigten in ihrer Untersuchung ($N = 4878$), dass es bei den 14- bis 17-jährigen Jugendlichen

bezüglich des Sozialstatus keine Unterschiede in der GLQ gab. Ebenfalls wurde in der Studie ($N = 14\,836$) von Ravens-Sieberer et al. (2009) berichtet, dass bezüglich des Sozialstatus der Unterschied in der GLQ mit einer Effektstärke von 0.19 (Cohen, 1988) einem kleinen Effekt entsprach.

Der Zusammenhang zwischen dem *Familienstand* der Eltern und der GLQ von Kindern und Jugendlichen ist in Deutschland bisher wenig untersucht. Die bisher vorliegenden Studien kamen zu dem Ergebnis, dass die GLQ von Kindern und Jugendlichen, die mit ihren beiden leiblichen Eltern zusammen leben, größer ist als die GLQ von Kindern und Jugendlichen, die mit nur einem Elternteil im Haushalt aufwachsen (Arnhold-Kerri, Otto & Sperlich, 2011; Bau et al., 2011; Rattay et al., 2014). Die GLQ von Kindern, die in sogenannten *Stieffamilien* aufwachsen, in denen neben einem leiblichen Elternteil zumindest ein sozialer Elternteil auch zur Familie gehört, fiel in der Untersuchung von Rattay et al. (2014) am niedrigsten aus. Weitere statistischen Analysen der Ergebnisse zeigten, dass der Unterschied in der GLQ von Kindern aus Kernfamilien und *Einelternfamilien* stark von der sozioökonomischen Lage der Eltern, deren Stressverarbeitungsstrategien, deren psychische Gesundheit und deren elterlichem Kompetenzgefühl beeinflusst wurde (Arnhold-Kerri & Sperlich, 2010; Rattay et al., 2014). Bei der niedrigeren GLQ von Kindern aus Stieffamilien haben diese Faktoren einen nur geringen Einfluss und die Autoren Rattay et al. (2014) berichtet, dass Kinder aus Stieffamilien im Vergleich zu Kindern aus Kernfamilien ein fast dreifach erhöhtes Risiko auf eine geringe GLQ haben. Die Autoren führten dafür in ihrer Diskussion keine möglichen Gründe an.

In einigen Untersuchungen wurde der Zusammenhang von familiären Belastungen sowie *familiären Ressourcen* (Willutzki, 2003) und der GLQ von Kindern und Jugendlichen untersucht. Erhart, Wille & Ravens-Sieberer (2008) kamen in ihrer Studie

($N = 1700$) zu dem Ergebnis, dass die Ausprägung des familiären Zusammenhalts ein statistisch signifikanter Prädiktor für die GLQ von Kindern und Jugendlichen ist. Der familiäre Zusammenhalt wurde dabei über eine gekürzte Version der Familienklima-Skala (Schneewind, 1988) erfasst, die aus neun Items (z.B. „in unserer Familie geht jeder auf die Sorgen und Nöte des anderen ein“, „wir kommen wirklich alle gut miteinander aus“) mit einer 4-stufigen Antwortvorgabe bestand. Arnold-Kerri et al. (2011) konnten in ihrer Studie mithilfe eines Strukturgleichungsmodells einen direkten Einfluss familiärer Belastungen auf die GLQ nachweisen. Die familiären Belastungen wurden mit einem selbstentwickelten Fragebogen erfasst, in dem die Mütter auf einer 5-stufigen Skala angaben, wie stark sie sich durch finanzielle Belastungen, berufliche Belastungen, besondere familiäre Belastungen, Paarkonflikte, Gratifikationskrisen, Isolation, interpersonelle Konflikte sowie Erziehungsprobleme belastet fühlen. Die Autoren berichteten weiterhin, dass ein besseres psychisches Befinden der Mütter sowie ein höheres elterliches Kompetenzgefühl mit einer höheren GLQ ihrer Kinder assoziiert gewesen sind. Auch andere Studien konnten zeigen, dass psychische Erkrankungen von Eltern und eine geringe *Familienfunktionalität* (Cierpka & Frevert, 1994), womit die Organisation und das Problemlöseverhalten einer Familie im Alltag gemeint ist, mit einer geringeren GLQ von Kindern und Jugendlichen einherging (Bastiaansen, Koot & Ferdinand, 2005a; Bullinger, Jeske, Pollak & Wiegand-Grefe, 2008; Jeske et al., 2009; Wiegand-Grefe, Jeske, Bullinger, Plaß & Petermann, 2010).

1.4.3 Gesundheitsbezogene Faktoren

Am besten ist der Zusammenhang von psychischer Gesundheit und GLQ von Kindern und Jugendlichen untersucht. In den Studien dazu konnte übereinstimmend gezeigt

werden, dass bei Kindern und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten mit einer bedeutsam geringeren GLQ einhergehen (Bastiaansen et al., 2005a; Büttner et al., 2011; Dey, Landolt & Mohler-Kuo, 2012; Mattejat et al., 2005; Rajmil et al., 2009; Ravens-Sieberer, Ellert, et al., 2007) Die KiGGS Study Group et al. (2014) haben in ihrer Studie ($N = 12\,368$) den Zusammenhang zwischen GLQ von Kindern und Jugendlichen und einer größeren Anzahl von Gesundheitsparametern untersucht. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass der negative Zusammenhang zwischen psychischen Auffälligkeiten und der GLQ am größten ausfiel. Auch andere Autoren betonen den besonderen Stellenwert der psychischen Gesundheit für die individuelle Ausprägung der GLQ von Kindern und Jugendlichen (Ravens-Sieberer, Ellert et al., 2007; Bastiaansen et al., 2005a; Dey et al., 2012). Dabei können sich psychische Symptome wie Ängste oder Hyperaktivität entweder direkt oder indirekt über die damit verbundenen sozialen Schwierigkeiten und Beeinträchtigungen auf das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen auswirken (Ravens-Sieberer, Ellert et al., 2007).

Einige Autoren haben darauf hingewiesen, dass die Enge des Zusammenhanges von psychischen Auffälligkeiten und GLQ auch durch die inhaltliche Nähe der zur Operationalisierung und Messung verwendeten Indikatoren entstehen könnte (Katschnig, 2006; Ravens-Sieberer et al., 2009). Dey et al. (2012) mahnen, dass weitere Forschung zu diesem Thema notwendig sei, kommen aber in ihrer Übersicht zu dem Fazit: „Hence, although there may be some item overlap, HRQOL nevertheless provides additional information beyond the symptoms of mental disorders“ (S.1811). Obwohl auch andere Autoren zu einem vergleichbaren Fazit kommen (Coghill, Danckaerts, Sonuga-Barke & Sergeant, 2009; Huebner et al., 2004; Ravens-Sieberer et al., 2009; Sawyer et al., 2002), sind aus methodischer Sicht die inhaltlichen Gründe für die Enge des Zusammenhangs kritisch zu hinterfragen.

Einige Studien konnten einen negativen Zusammenhang zwischen chronischen Erkrankungen sowie Schmerzen und der GLQ von Kindern und Jugendlichen nachweisen (Dey et al., 2012; Ellert et al., 2014; Ravens-Sieberer, Ellert, et al., 2007; Ravens-Sieberer et al., 2009). Ebenso gehen Übergewicht und ein schlechtes Körper selbstbild mit einer niedrigeren GLQ von Kindern und Jugendlichen einher, wobei der Einfluss mit zunehmenden Alter und bei Mädchen größer ausfällt (Bau et al., 2011; Ellert et al., 2014; Haraldstad et al., 2011; Hölling, Schlack, Dippelhofer & Kurth, 2008; Lehrke et al., 2005). Regelmäßige körperliche Aktivität und Bewegung sind mit einer höheren GLQ von Kindern und Jugendlichen assoziiert (Bau et al., 2011; Lampert, Mensink, Romahn & Woll, 2007).

1.4.4 Soziale und schulische Faktoren

Einzelne Studien haben den Zusammenhang von *sozialen Ressourcen* (Erhart et al., 2008) und der GLQ von Kindern und Jugendlichen untersucht. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass Kinder und Jugendliche ihre GLQ umso höher einschätzen, je mehr Unterstützung sie in Form von Zuhören, Zuneigung und dem Vermitteln von Informationen zur Problemlösung durch ihre Familie, Freunde und Klassenkameraden berichteten (Bastiaansen et al., 2005a; Erhart, Wille & Ravens-Sieberer, 2008). Auch die Schulumgebung ist mit der Ausprägung der GLQ von Kindern und Jugendlichen assoziiert. Lernbeeinträchtigungen, schulischer Misserfolg, ein ungünstiges Klassenklima, eine schwache elterliche schulische Unterstützung und Mobbing gingen in Studien mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für eine schlechtere GLQ einher (Erhart et al., 2008; Haraldstad et al., 2011; Karande, Bhosrekar, Kulkarni & Thakker, 2009; Ravens-Sieberer et al., 2009).

1.4.5 Belastungserfahrungen

In einigen Studien wurde der Zusammenhang zwischen GLQ von Kindern und Jugendlichen und sogenannten *kritischen Lebensereignissen* (Coddington, 1972; Holmes & Rahe, 1967) untersucht. Rajmil et. al. (2009) untersuchten bei Kindern und Jugendlichen ($N = 454$) im Alter von acht bis achtzehn Jahren über einen Zeitraum von drei Jahren unter anderem, wie deren GLQ mit kritischen Lebensereignissen zusammenhing. Während die GLQ mit dem KIDSCREEN-52 Fragebogen (The KIDSCREEN Group Europe, 2006) erhoben wurde, wurden die unerwünschten Lebensereignisse mithilfe der Coddington Life Events Scale (CLES; Coddington 1972) untersucht. In dem Fragebogen werden als unerwünschte Lebensereignisse zum Beispiel eine Scheidung der Eltern, der Tod eines Familienmitgliedes, ein Umzug oder ein längerer Krankenhausaufenthalt aufgeführt. Die Studie ergab, dass eine Abnahme der GLQ nach drei Jahren mit dem Vorkommen und der Anzahl unerwünschter Lebensereignisse verbunden war. Andere Studien kamen zu ähnlichen Ergebnissen (Bastiaansen et al., 2005a; Villalonga-Olives et al., 2010). Kvarme, Haraldstad, Helseth, Sorum und Natvig (2009) konnten in ihrer Studie unter anderem zeigen, dass ein Umzug in den letzten fünf Jahren einen negativen Zusammenhang zur GLQ von Kindern und Jugendlichen aufwies.

Wilkins et al. (2004) untersuchten in ihrer Längsschnittstudie ($N = 901$), ob frühkindliche Lebensbedingungen und Erfahrungen im Zusammenhang mit der GLQ von 13-jährigen Mädchen und Jungen stehen. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass ein junges Alter der Mutter bei Geburt, eine hohe Anzahl an wechselnden Lebenspartnern der Mutter, eine unzureichende Schwangerschaftsvorsorge, eine negative Einstellung zur Mutterschaft, eine depressive Episode der Mutter sechs Monate nach der Geburt und Verhaltensprobleme des Kindes im Alter von fünf Jahren einen negativen Zusammenhang zur

GLQ von 13-Jährigen Mädchen und Jungen aufwiesen. Jud, Landolt, Tatalias, Lach und Lipps (2012) untersuchten den Zusammenhang von Vernachlässigung sowie Misshandlung und der GLQ von Kindern und Jugendlichen. Sie befragten Kinder und Jugendlichen ($N = 41$) drei Jahre nach dem Ereignis mithilfe des KIDSCREEN-27 Fragebogens (KIDSCREEN Group Europe, 2006) und verglichen die Daten mit den Ergebnissen einer Kontrollgruppe. Es zeigte sich, dass die GLQ von Kindern im Alter von über sechs Jahren, die vernachlässigt oder sexuell, physisch oder psychisch misshandelt worden sind, signifikant schlechter ausfiel als die GLQ der Kontrollgruppe. Ein geringer sozioökonomischer Status und eine größere Anzahl von stressreichen Lebensereignissen (z.B. Umzug, Trennung der Eltern) waren ebenfalls mit Beeinträchtigungen in der selbstberichteten kindlichen GLQ assoziiert. Bei gleichzeitiger statistischer Berücksichtigung der Faktoren sozioökonomischer Status, größere Anzahl von stressreichen Lebensereignisse sowie Vernachlässigung und Misshandlung verlor der Faktor Vernachlässigung und Misshandlung seinen prädiktiven Wert auf die GLQ. Die Autoren wiesen diesbezüglich in ihrer Diskussion der Ergebnisse darauf hin, dass möglicherweise die überdauernden Umwelt- und Lebensbedingungen einen größeren Einfluss auf die GLQ von Kindern und Jugendlichen haben als das Ereignis Vernachlässigung und Misshandlung selbst.

1.4.6 Personale Faktoren

In einzelnen Studien wurde der Zusammenhang von Persönlichkeitseigenschaften und der GLQ von Kindern und Jugendlichen untersucht. Erhart et al. (2008) haben in ihrer Studie ($N = 1722$) neben der GLQ unter anderem die *personalen Ressourcen* (Schwarzer, 1994) von Kindern und Jugendlichen im Alter von 11-17 Jahren erhoben. Zur Er-

hebung der personalen Ressourcen verwendeten die Autoren unter anderem Items der Selbstwirksamkeitsskala von Schwarzer (1999). Die GLQ wurde mithilfe des KINDL-R (Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998) erfasst. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass die personalen Ressourcen zu allen KIND-L Skalen außer den Skalen *Familie* und *Körper* positive Zusammenhänge zeigten. Andere Autoren konnten in ihren Untersuchungen ebenfalls einen Zusammenhang zwischen einer hohen Selbstwirksamkeitsüberzeugung sowie einem positiven Selbstkonzept und einer hohen GLQ von Kindern und Jugendlichen feststellen (Bastiaansen et al., 2005a; Kvarme, Haraldstad, Helseth, Sørum & Natvig, 2009). Gaspar, Gaspar Matos, Pais, Jose, Leal & Ferreira (2009) konnten in ihrer Untersuchung ($N = 3195$) unter anderem nachweisen, dass die GLQ von Kindern und Jugendlichen positiv mit ihrem *generalisierten Optimismus* (Scheier & Carver, 1985) korreliert.

In einzelnen Untersuchungen wurde der Zusammenhang von Stressbewältigungsstrategien und der GLQ von Kindern und Jugendlichen untersucht. Lazarus und Folkmann (1984) bezeichnen die Stressbewältigung als *Coping*, das aus psychischen Vorgängen besteht, die bewusst oder unbewusst angewendet werden, um die belastende Situation zu bewältigen oder die damit verbundenen negativen Emotionen zu vermindern. Obwohl es bei der Konzeptualisierung und Messung der Stressbewältigungsstrategien von Kindern und Jugendlichen bisher wenig Konsens gibt (Petersen, Schmidt & Bullinger, 2006; Skinner, Edge, Altman & Sherwood, 2003), werden nach Eschenbeck, Kohlmann, Lohaus und Klein-Heßling (2006) in den Studien und in den zur Verfügung stehenden Fragebögen häufig folgende Stressbewältigungsstrategien erfasst:

1. Aktive, problemzentrierte Bewältigung (z.B. Problemlösen)

2. Bewältigungsreaktionen der Anpassung an die Situation (z.B. ablenkende Gedanken oder Tätigkeiten, kognitive Umstrukturierungen)
3. Kognitive und verhaltensmäßige Vermeidung
4. Suche nach Unterstützung, die sowohl problembezogene als auch emotionsorientierte Bewältigungsvorgänge einschließen kann
5. Emotionsbezogene Regulation

Es wird dabei nicht zwischen adaptiven und nicht-adaptiven Strategien unterschieden, da der Erfolg der jeweiligen Strategie auch immer von der spezifischen Situation abhängt (Krohne, 2003). Falls Kinder durch aktive Problembewältigung ihre Situation nicht ändern können, sind sie vor allem auf kognitive und emotionale Bewältigungsstrategien angewiesen (Houtzager et al., 2004). Hampel, Petermann & Dickow (2001) berichten in ihrem Manual des Stressverarbeitungsbogen für Kinder und Jugendliche (SVF-KJ), dass Kinder und Jugendliche in unveränderlichen Belastungssituationen sowohl günstige emotionsregulierende und problemlösende Strategien wie positive Selbstinstruktionen, Ablenkung und Situationskontrolle, aber auch stressvermehrende Bewältigungsstrategien wie passive Vermeidung, gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation und Aggression anwenden.

Eschenbeck, Kohlmann, Lohaus und Klein-Heßling (2006) konnten in ihrer Studie ($N = 1991$) einen positiven Zusammenhang zwischen der GLQ von Kindern und Jugendlichen und einer problemorientierten Stressbewältigung nachweisen (vgl. Ravens-Sieberer, Redegeld & Bullinger, 2001). In der Untersuchung zeigte sich außerdem ein negativer Zusammenhang zwischen destruktiv-ärgerbezogenen Strategien und der GLQ von Kindern und Jugendlichen. Petersen et al. (2006) konnten in ihrer Untersuchung ($N = 295$) von chronisch erkrankten Kindern und Jugendlichen unter anderem zeigen,

dass die GLQ positiv mit der Stressverarbeitungsstrategie *Akzeptanz* und negativ mit der Stressverarbeitungsstrategie *Emotionale Reaktion* korrelierte. Einige Studien konnten einen positiven Zusammenhang zwischen der Stressverarbeitungsstrategie *optimistische Einstellung und Erwartung* (Rothbaum, Weisz & Snyder, 1982) und der GLQ von belasteten Kindern und Jugendlichen zeigen (Houtzager et al., 2004; Maurice-Stam, Grootenhuis, Brons, Caron & Last, 2007; Van der Zaag-Loonen, Grootenhuis, Last & Derkx, 2004).

1.5 Die GLQ von Pflegekindern

Während in Deutschland für viele Teilpopulationen von Kindern und Jugendlichen die GLQ bereits erfasst worden ist (s. Abschnitt 1.3.5), fehlen in Deutschland bisher Erkenntnisse über die GLQ von Pflegekindern. Dies ist umso erstaunlicher, da in vielen Untersuchungen bereits nachgewiesen wurde, dass es sich bei Pflegekindern um eine Teilpopulation handelt, deren Wohlbefinden von einer Vielzahl von Risikofaktoren und Belastungserfahrungen bedroht wird (Kindler et al., 2011; Oswald & Goldbeck, 2010; Oswald et al., 2010). Zudem wird mittlerweile bei Kindern und Jugendlichen vermehrt der Zusammenhang zwischen dem subjektiven Wohlbefinden und einer positiven *persönlichen Entwicklung* (Lange, 2009) betont (Bertram, 2008; Lange, 2009). Gassmann (2010) kommt in ihrer Untersuchung zur Entwicklung von Pflegekindern ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die Etablierung von *Pflegekindzufriedenheit* die relevante spezifische Entwicklungsaufgabe im Pflegekinderwesen sei.

Auch in der internationalen Forschung existieren bisher nur zwei Studien, die die GLQ von Pflegekindern untersucht haben. Auch wenn sich die Ergebnisse aus der internationalen Pflegekinderforschung aufgrund der unterschiedlichen nationalen Strukturen und Rahmenbedingungen in der Pflegekinderhilfe nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragen lassen, sollen die beiden Studien aufgrund des Mangels an Studien aus dem deutschsprachigen Raum im Folgenden kurz dargestellt werden.

Carbone et al. (2007) untersuchten in Australien die GLQ von 326 Pflegekindern im Alter von 6-17 Jahren im Selbst- und Fremdbereich und verglichen diese mit einer Kontrollgruppe von 3582 Kindern, die in ihrer Ursprungsfamilie lebten. Des Weiteren wurden Zusammenhänge zwischen demographischen Daten der Pflegekinder und ihrer psychischen Gesundheit auf der einen Seite sowie ihrer GLQ auf der anderen Seite unter-

sucht. Die Autoren befragten die Pflegeeltern ($n = 326$) mithilfe der Fremdversion des Child Health Questionnaire (CHQ-PF50; Landgraf et al., 1996) über die GLQ ihrer Pflegekinder, während die Pflegekinder ab 13 Jahren ($n = 91$) mit der Selbstversion des Child Health Questionnaire (CHQ-CF87; Landgraf et al., 1996) über ihre GLQ berichten sollten. Die Rücklaufquote der Fragebögen betrug bei den Pflegeeltern 71 % und bei den Pflegekindern 73 %. Das Durchschnittsalter der Pflegekinder betrug 11.4 Jahre ($SD = 3.3$) und 56 % der Pflegekinder lebten seit vier Jahren oder länger in ihrer Pflegefamilie. In der Stichprobe befanden 54 % männliche Pflegekinder. Es hatten 46 % der Pflegekinder mindestens drei Wechsel der Pflegeverhältnisse erlebt und 18 % der Pflegekinder befanden sich in Verwandtschaftspflege. Bei den Pflegeeltern gaben 41 % an, alleinerziehend zu sein.

Die Pflegekinder ab 13 Jahren erzielten im Vergleich zur Kontrollgruppe ($n = 1272$) im Durchschnitt auf allen Skalen des CHQ-CF87 (Landgraf et al., 1996) niedrigere Werte. Die Mittelwertunterschiede auf den Skalen *Behavior* (Verhaltensauffälligkeiten) und *Family Activities* (Beeinträchtigungen des Familienlebens) fielen am Größten aus und entsprechen einem mittleren Effekt. Auf den Skalen *Mental Health* (Ängste und depressive Symptome), *Self-Eesteem* (Selbstwert und Zufriedenheit), *Limitations Due To Emotional Difficulties* (Beeinträchtigungen in der Schule oder mit Freunden wegen emotionaler Probleme), *Limitations Due To Physical Health Problems* (Beeinträchtigungen in der Schule oder mit Freunden wegen körperlicher Probleme) und *Limitations Due To Behavioral Difficulties* (Beeinträchtigungen in der Schule oder mit Freunden wegen Verhaltensproblemen) ergaben sich bei den Mittelwertunterschieden kleine Effekte. Die Mittelwertunterschiede auf den Skalen *Physical Functioning* (körperliche Beeinträchtigungen) und *Family Cohesion* (familiäres Zusammengehörigkeitsgefühl) erzielten keine statistische Signifikanz.

Die Pflegeeltern gaben für ihre Pflegekinder im CHQ-PF50 (Landgraf et al., 1996) im Durchschnitt ebenfalls auf sämtlichen zwölf Skalen eine geringere GLQ an als die Eltern der Kontrollstichprobe. Die Größe der Mittelwertunterschiede fiel dabei auf allen Skalen höher aus als beim Vergleich der Angaben der Pflegekinder mit der Kontrollstichprobe. Die Mittelwertunterschiede weisen auf den Skalen *Behavior* (Verhaltensauffälligkeiten), *Family Activities* (Beeinträchtigungen des Familienlebens) und *Emotional Impact On Parents* (Sorgen der Eltern) einen großen Effekt und auf den Skalen *Self-Eesteem* (Selbstwert und Zufriedenheit), *Mental Health* (Ängste und depressive Symptome) und *Role/Social Limitations Due To Emotional/Behavioural Difficulties* (Beeinträchtigungen in der Schule oder mit Freunden durch emotionale oder Verhaltensprobleme) einen mittleren Effekt auf. Auf den Skalen *Physical Functioning* (körperliche Beeinträchtigungen) und *Family Cohesion* (familiäres Zusammengehörigkeitsgefühl) zeigte sich bei den Mittelwertsunterschieden ein kleiner Effekt. Die Ergebnisse veränderten sich nicht, wenn der potentielle Effekt der größeren Anzahl an Alleinerziehenden in der Gruppe der Pflegeeltern im Vergleich zur Kontrollgruppe statistisch kontrolliert wurde.

Die Autoren kamen insgesamt zu dem Ergebnis, dass Pflegekinder im Vergleich zu einer Normstichprobe in vielen Dimensionen der GLQ bedeutsam niedrigere Werte erzielten und die Pflegekinder und ihre Pflegefamilien mehr professioneller Hilfe und Unterstützung bedürften. Die Pflegekinder gaben im Vergleich zur Normstichprobe mehr körperliche und psychische Beeinträchtigungen an, hatten ein niedrigeres Selbstwertgefühl und berichteten von mehr Beeinträchtigungen in (Pflege-) Familie, Schule und Freizeit. Nach Einschätzung der Autoren könnte vor allem der im Vergleich zu einer Normstichprobe hohe Anteil an psychischen Auffälligkeiten bei Pflegekindern für die Unterschiede verantwortlich sein. Die Autoren wiesen aber darauf hin, dass es auf-

grund des Querschnittsdesigns ihrer Studie unklar geblieben ist, ob psychische Auffälligkeiten zu einer schlechteren GLQ führen. Es wäre auch möglich, dass eine schlechte GLQ zu psychischen Auffälligkeiten führt oder aber wechselseitige Einflüsse bestehen. Des Weiteren wiesen die Autoren in der Diskussion ihrer Ergebnisse darauf hin, dass die Pflegekinder ihre GLQ zwar besser eingeschätzt haben als ihre Pflegeeltern, aber die Ergebnisse in ihrer Tendenz übereinstimmten.

Damnjanovic et al. (2012) untersuchten in Serbien die selbstberichtete GLQ von Pflegekindern ($n = 104$) im Alter von 8-18 Jahren und verglichen diese sowohl mit einer Gruppe von Kindern und Jugendlichen ($n = 111$), die in einem Heim lebten, als auch mit Kinder und Jugendlichen ($n = 238$), die in ihrer Ursprungsfamilie lebten. Die GLQ wurde mithilfe des „Pediatric Quality of Life Inventory 4.0“ (PedsQLTM; Varni, Seid & Kurtin, 2001) erhoben, das aus 23 Items zu den Dimensionen *Emotional Functioning*, *Social Functioning*, *School Functioning* und *Physical Health* besteht. Aus den Subskalen kann zudem die übergeordnete Skala *Psychosocial Health* sowie ein *Gesamtwert* errechnet werden. Das Durchschnittsalter der Pflegekinder betrug 13.15 Jahre ($SD = 2.87$) und 47 % der Pflegekinder waren zwischen 8 und 12 Jahre alt. Es waren 61 % der Pflegekinder weiblich. Die Rücklaufquote der Fragebögen betrug 72 %. Wie lange die Pflegekinder zum Zeitpunkt der Befragung bereits in der Pflegefamilie gelebt oder wie viele Wechsel der Bezugspersonen sie bereits erlebt hatten, wurde in der Studie nicht berichtet.

Die Pflegekinder erzielten auf keiner Skala des Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 (Varni et al., 2001) eine signifikant niedrigere GLQ als die Kinder und Jugendlichen, die noch in ihrer Ursprungsfamilie lebten. Der Gesamtwert der Pflegekinder ($M = 80.33$) fiel nur unbedeutend geringer aus als der Gesamtwert der in ihren Ursprungsfamilien lebenden Kinder und Jugendlichen ($M = 80.74$). Die GLQ der Pflegekinder fiel

auf allen Skalen signifikant besser aus als bei den Kinder und Jugendlichen, die in Heimen lebten. Eine Analyse getrennt nach Geschlecht ergab, dass die weiblichen Pflegekinder auf den Skalen *Emotional Functioning* und *School Functioning* eine signifikant geringere GLQ erzielten als die männlichen Pflegekinder. Beim Gesamtwert wiesen die weiblichen Pflegekinder ($M = 78.77$) eine marginal signifikant niedrigere GLQ auf als die männlichen Pflegekinder ($M = 82.15$). Eine Analyse getrennt nach Alter ergab, dass die jugendlichen Pflegekinder (13-18 Jahre) auf keiner Skala eine geringere GLQ berichteten als die jüngeren Pflegekinder (8-12 Jahre).

Die Autoren kamen insgesamt zu dem Ergebnis, dass Pflegekinder eine vergleichbare GLQ aufwiesen wie eine Normstichprobe. Die Autoren berichteten, dass ihre Ergebnisse den Ergebnissen der Studie von Carbone et al. (2007) widersprächen, sie aber darauf verzichten würden, mögliche Gründe dafür zu diskutieren. Die Autoren begründeten dies damit, dass bisher systematische Erkenntnisse über die strukturellen Rahmenbedingungen und deren inhaltliche Ausgestaltung im serbischen Pflegekinderwesen fehlen würden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die beiden internationalen Studien zur GLQ von Pflegekindern zu widersprüchlichen Ergebnisse gekommen sind. Zudem lassen sich die beiden internationalen Befunde nicht ohne weiteres auf die Pflegekinder in Deutschland übertragen (Wolf, 2008).

1.5.1 Einflussfaktoren der GLQ von Pflegekindern

Während bereits einige Studien existieren, die untersucht haben, welche Faktoren mit der GLQ von verschiedenen Teilpopulationen von Kindern und Jugendlichen assoziiert sind (vgl. Abschnitt 1.4), existiert nach Wissen des Autors erst eine Studie, die systema-

tisch den Einfluss von verschiedenen Faktoren auf die GLQ von Pflegekindern untersucht hat.

In der im letzten Abschnitt ausführlich dargestellten Studie von Carbone et al. (2007) wurde neben der Ausprägung der GLQ von Pflegekindern untersucht, ob bei Pflegekindern Zusammenhänge zwischen GLQ und soziodemographischen Faktoren sowie psychische Gesundheit existieren. Die Autoren erhoben im Selbst- und Fremdbereich die psychische Gesundheit der Pflegekinder mithilfe der CBCL (Achenbach 1991) und des YSR (Achenbach 1991). Zudem wurde mithilfe eines selbsterstellten Fragebogens das Alter, das Geschlecht, die Dauer des Aufenthaltes in der Pflegefamilie, die Dauer des Aufenthalts in der Ursprungsfamilie, die Anzahl der bisherigen Pflegeverhältnisse, die Art des Pflegeverhältnisses und der Familienstand der Pflegeeltern erhoben.

Zuerst verglichen die Autoren die fremdbereichete GLQ von Pflegekindern ohne ($n = 126$) und mit ($n = 197$) psychischen Auffälligkeiten. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die Pflegeeltern der Pflegekinder mit psychischen Auffälligkeiten im Durchschnitt auf sämtlichen Skalen der Fremdversion des Child Health Questionnaire (Landgraf et al., 1996) eine signifikant geringere GLQ berichteten als die Pflegeeltern der Pflegekinder ohne psychischen Auffälligkeiten. Der Vergleich der selbstberichteten GLQ von Pflegekindern ohne ($n = 59$) und mit ($n = 32$) psychischen Auffälligkeiten ergab ebenfalls, dass die Pflegekinder mit psychischen Auffälligkeiten auf allen Skalen der Selbstversion eine niedrigere GLQ berichteten und die Mittelwertunterschiede fielen auf fast allen Skalen signifikant aus.

Eine weitere Analyse der Zusammenhänge des Alters, des Geschlechts, der Art des Pflegeverhältnisses, der Dauer des Aufenthaltes in der Pflegefamilie, der Dauer des Aufwachsens in der Ursprungsfamilie und des Familienstands der Pflegeeltern mit der GLQ der Pflegekinder ergab keine statistisch signifikanten Zusammenhänge. Einzig für

die Anzahl der bisherigen Pflegeverhältnisse konnte ein statistisch signifikanter Zusammenhang zur GLQ nachgewiesen werden. Die Gruppe der Pflegekinder, die drei oder mehr Wechsel der bisherigen Pflegeverhältnisse erlebt hatte, erzielten in der Fremdversion des Child Health Questionnaire (Landgraf et al., 1996) auf den Skalen *behavior*, *self-esteem*, *family activities* und *family cohesion* eine signifikant geringere GLQ. Die Effektstärken der Mittelwertunterschiede entsprachen einem kleinen Effekt. Die Mittelwertunterschiede zwischen diesen beiden Untergruppen zeigten sich jedoch nicht auf den Skalen der Selbstversion des CHQ-CF87. In ihrer Diskussion wiesen die Autoren darauf hin, dass psychische Auffälligkeiten bei Pflegekindern mit Beeinträchtigungen hinsichtlich vieler Dimensionen der GLQ assoziiert sind. Weiterhin fassten die Autoren zusammen, dass sich in ihrer Untersuchung bis auf eine Ausnahme keine Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Faktoren und der GLQ von Pflegekindern gezeigt haben.

Damnjanovic et al. (2012) haben in ihrer Studie (s. Abschnitt 1.5) zwar nicht systematisch Einflussfaktoren auf die GLQ von Pflegekindern untersucht, aber die GLQ von weiblichen und männlichen sowie von jungen (8-12 Jahre) und älteren Pflegekindern (13-18 Jahre) verglichen. Während sich wie in der Studie von Carbone et al. (2007) beim Alter zwischen den beiden Gruppen kein Mittelwertunterschied ergab, erzielten die weiblichen Pflegekinder auf den Skalen *Emotional Functioning* und *School Functioning* des Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 (Varni et al., 2001) einen signifikant geringeren Wert als die männlichen Pflegekinder. Beim Gesamtwert erreichten die weiblichen Pflegekinder eine marginal signifikant niedrigere GLQ als die männlichen Pflegekinder.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass, vergleichbar mit anderen Teilpopulationen von Kindern und Jugendlichen (Büttner et al., 2011; Dey et al., 2012; Ellert et al.,

2014; Mattejat et al., 2005; Rajmil et al., 2009), bei Pflegekindern psychische Auffälligkeiten mit einer niedrigeren GLQ assoziiert zu sein scheinen. Beim Einfluss des Alters und des Geschlechts auf die GLQ von Pflegekindern kommen die beiden bisherigen Studien zu widersprüchlichen Ergebnissen, die zudem teilweise bisherigen Erkenntnissen aus Studien mit anderen Teilpopulationen widersprechen (vgl. Abschnitt 1.4.1). Häufige Wechsel der Pflegeverhältnisse scheinen mit einer niedrigeren GLQ einherzugehen (Carbone et al., 2007). Weitere Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Daten sowie anderen Faktoren (vgl. Abschnitt 1.4) und der GLQ von Pflegekindern wurden bisher noch nicht nachgewiesen oder untersucht.

1.6 Ableitung der Fragestellung und Hypothesen

Aus den vorangehenden Abschnitten geht hervor, dass in Deutschland Pflegekinder unter Beeinträchtigungen ihrer physischen und psychischen Gesundheit leiden, Schwierigkeiten bei der Integration in ihre Pflegefamilie und ihr neues soziales Umfeld haben sowie in der Schule Lern- und Leistungsprobleme zeigen. Zugleich fehlen bisher quantitative Studien, die die subjektiven Sichtweisen der Pflegekinder über ihre Befindlichkeiten in wichtigen Lebensbereichen erfasst haben (Gassmann, 2010; Kindler et al., 2006, 2011; Köckeritz, 2005).

Diesen Mangel greift die vorliegende Untersuchung auf, indem sie die GLQ von Pflegekindern in Deutschland erfassen. Wie die Ausführungen im Abschnitt 1.5 gezeigt haben, ist die bisherige Datenlage über die GLQ von Pflegekindern sehr dürftig und die beiden einzigen internationalen Studien kamen zu widersprüchlichen Ergebnissen.

In der vorliegenden Untersuchung wurde angenommen, dass Pflegekinder in der körperlichen, psychischen, familiären, sozialen und schulischen Dimension der GLQ ein niedrigeres Wohlbefinden und eine schlechtere Funktionsfähigkeit berichten als Kinder und Jugendliche aus der Normalbevölkerung. Ebenfalls wurde angenommen, dass Pflegeeltern in den gleichen Dimensionen bei ihren Pflegekindern eine niedrigere GLQ berichten als die Eltern aus der Normalbevölkerung bei ihren Kindern. Diese Annahmen resultieren zum einen aus den im Abschnitt 1.1 zusammengefassten erhöhten Beeinträchtigungen und Schwierigkeiten der Pflegekinder in den genannten Lebensbereichen. Zum anderen leiden Pflegekinder aus Deutschland im Vergleich zur Normalbevölkerung häufiger unter psychischen Auffälligkeiten (Kindler et al., 2011; Niepel, 2008), die mit einer geringeren GLQ in allen wichtigen Dimensionen assoziiert sind (Dey et al., 2012; Ellert et al., 2014; Ravens-Sieberer, Ellert, et al., 2007).

Um diese Annahmen zu testen, wurden online deutschlandweit Pflegekinder und Pflegeeltern mithilfe der Selbst- und der Fremdversion des KIDSCREEN-27 (The KIDSCREEN Group Europe, 2006) befragt und die Ergebnisse mit den Normstichproben des KIDSCREEN-27 verglichen. Ergänzend wird in der vorliegenden Untersuchung zudem explorativ die fremdberichtete GLQ der Pflegeeltern mit der selbstberichteten GLQ der Pflegekinder verglichen und mögliche Differenzen werden diskutiert. Die bisherigen Ergebnisse zur Übereinstimmung der Selbst- und Fremdurteile bei Pflegekindern sind widersprüchlich (vgl. Abschnitt 1.2.3).

Wie die Ausführungen im Abschnitt 1.4 gezeigt haben, existieren bereits einige Studien, die sich mit der Erforschung von Einflussfaktoren der GLQ von Kindern und Jugendlichen befasst haben. Bislang gibt es aber nur zwei Studien, die bei Pflegekindern Einflussfaktoren der GLQ untersucht haben (Carbone et al., 2007; Damnjanovic et al., 2012). Die beiden Studien kommen teilweise zu widersprüchlichen Ergebnissen. In der vorliegenden Untersuchung wird davon ausgegangen, dass die aus anderen Studien bisher bekannten Einflussfaktoren (vgl. Abschnitt 1.4) auch bei Pflegekindern im Zusammenhang mit der individuellen Ausprägung der GLQ stehen. Da sich aber die bisherige Datenlage bei Pflegekindern widersprüchlich und unzureichend darstellt, werden in der vorliegenden Untersuchung die potentiellen Einflussfaktoren der GLQ von Pflegekindern explorativ untersucht. Dazu wurden die Pflegeeltern online mithilfe eines selbstgestellten Pflegeelternfragebogens und der deutschen Version des SDQ (Goodman, 1997) zu soziodemographischen Daten ihrer Pflegekinder, zur psychischen und physischen Gesundheit ihrer Pflegekinder, zu soziodemographischen Daten der Pflegefamilie sowie zu Belastungserfahrungen ihrer Pflegekinder befragt.

Die vorliegende Arbeit wurde im Rahmen der *Forschungsgruppe Pflegekinder* der Universität Siegen erstellt, die sich mit dem Schwerpunkt *Forschung zum Aufwachsen*

in Pflegefamilien beschäftigt. Nach Wissen des Autors ist die vorliegende Arbeit die erste Studie in Deutschland, die die GLQ von Pflegekindern unter besonderer Berücksichtigung potentieller Einflussfaktoren untersucht. Zusammenfassend lassen sich vor dem geschilderten Hintergrund folgende Hypothese für die vorliegende Studie aufstellen:

1. Pflegekinder und Pflegeeltern berichten im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen sowie zu Eltern aus der Normalbevölkerung im Durchschnitt geringere Werte in allen wichtigen Dimensionen der GLQ:
 - a. Physische Dimension
 - b. Psychische Dimension
 - c. Familiäre Dimension
 - d. Soziale Dimension
 - e. Schulische Dimension

2. Methode

2.1 Stichprobe

Insgesamt riefen im Zeitraum von August 2010 bis Dezember 2011 610 Personen den Link (<http://ww2.unipark.de/uc/pflegekinder>) zur Untersuchung auf der Plattform *Unipark* (Questback GmbH, 2015) für wissenschaftliche Befragungen auf. Es konnten letztendlich die Daten von 157 Pflegeelternteilen und 131 Pflegekindern in die Untersuchung aufgenommen werden, die alle Fragebögen vollständig und plausibel ausgefüllt hatten. Unter den teilnehmenden Pflegekindern waren 58 weiblich (44 %) und die Pflegekinder waren zum Untersuchungszeitpunkt im Durchschnitt 11.42 Jahre alt ($SD = 2.35$).

Die Studienteilnehmer wurden über Flyer, die bei Veranstaltungen oder Fortbildungen auslagen, über die Homepage der Forschungsgruppe Pflegekinder der Universität Siegen, über die Homepages *pflegeelternforum.de*, *www.pflegekinder.info-forum.eu* und *www.pflegeelternnetz.de* und über Annoncen in den Fachzeitschriften *Paten*, *Moses Online Magazin* und *PFAD* über die Untersuchung und den Link zur Teilnahme informiert (s. Anhang A). Zudem wurden mithilfe des LWL-Landesjugendamts Westfalen die kommunalen Jugendämter gebeten, die von ihnen betreuten Pflegeeltern und ihre Pflegekinder auf die Untersuchung aufmerksam zu machen.

2.2 Material

Die Datenerhebung erfolgte online mithilfe der Befragungssoftware EFS Survey der Firma Questback (Questback GmbH, 2015). Es kamen dabei vier Fragebögen zum Einsatz, die im Folgenden kurz näher vorgestellt werden sollen: Ein für diese Studie entwickelter Pflegeelternfragebogen (s. Anhang B), die deutsche Version des Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ; Woerner, Becker & Rothenberger, 2004) und die deutsche Selbst- sowie die Fremdversion des KIDSCREEN-27 (KIDSCREEN Group Europe, 2006).

2.2.1 Pflegeelternfragebogen

Der für diese Untersuchung erstellte Pflegeelternfragebogen (s. Anhang B) bestand aus Fragen, mithilfe derer soziodemographische und gesundheitsbezogene Daten der Pflegekinder, Belastungserfahrungen der Pflegekinder und soziodemographische Daten der Pflegefamilie erfasst werden sollten. Die Daten sollten zum einen Aufschluss über die Zusammensetzung der Stichprobe geben und zum anderen dazu dienen, Einflussfaktoren auf die GLQ von Pflegekindern identifizieren zu können.

2.2.2 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Beim Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) handelt es sich um einen Screeningfragebogen, der Verhaltenskompetenzen und psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen im Alter von vier bis sechzehn Jahren erfasst (Godmann, 1997). Der SDQ liegt als Fremdbeurteilungsversion für Eltern und Lehrer und als Selbstbeurteilungsversion für Jugendliche ab elf Jahren vor. Für die vorliegende Studie wurde aus-

schließlich die Fremdbeurteilungsversion für Eltern verwendet. Ursprünglich wurde der SDQ in Großbritannien entwickelt und ist mittlerweile in etwa 75 Sprachen übersetzt worden. Seit 1997 existiert auch eine deutsche Version; der Fragebogen sowie die Unterlagen zur Auswertung und Interpretation können über die Homepage www.sdqinfo.com kostenlos abgerufen und verwendet werden.

Der Fragebogen besteht aus 25 Items, von denen je fünf den Subskalen *Emotionale Probleme*, *Verhaltensprobleme*, *Hyperaktivität*, *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* und *Prosoziales Verhalten* zugeordnet sind. Die Beantwortung der Items erfolgt auf einer dreistufigen Skala (*nicht zutreffend*, *teilweise zutreffend*, *eindeutig zutreffend*). Aus den Antworten der ersten vier Subskalen, die Verhaltensauffälligkeiten erfassen, lässt sich zudem ein sogenannter *Gesamtproblemwert* bilden. Der Fragebogen kann in etwa fünf Minuten ausgefüllt werden und in Untersuchungssituationen vorgelegt oder per Post versendet werden. In einer aktuellen Studie konnte gezeigt werden, dass der SDQ mit der gleichen psychometrischen Qualität und äquivalenten Normen ebenfalls online dargeboten werden kann (Björnsdotter, Enebrink & Ghaderi, 2013).

Der SDQ wurde international in vielen Untersuchungen mit zufriedenstellenden Ergebnissen psychometrisch überprüft (für einen Überblick s. Achenbach, 2008). Auch für die deutsche Version ergaben sich gute psychometrische Kennwerte (für einen Überblick s. Klasen, Woerner, Rothenberger & Goodman, 2013) und es existieren für die Fremdbeurteilungsversion der Eltern deutsche Normwerte (Woerner et al., 2004). Es konnte zudem gezeigt werden, dass die Skalen des SDQ hoch mit den jeweils äquivalenten Skalen der international anerkannten Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991) korrelieren und mithilfe des SDQ zuverlässig Kinder und Jugendliche sowie Pflegekinder mit klinisch bedeutsamen psychischen Symptomen identifiziert wer-

den können (Becker et al., 2006; Goodman & Goodman, 2012; Lehmann, Heiervang, Havik & Havik, 2014).

2.2.3 KIDSCREEN-27

Die KIDSCREEN-Fragebögen erheben die GLQ bei 8- bis 18-jährigen Kindern und Jugendlichen und liegen als Fremdberichtversion für Eltern und als Selbstberichtversion für Kinder und Jugendliche vor. Es existieren drei Versionen der KIDSCREEN-Fragebögen, die sich in ihrer Anzahl an Items unterscheiden: Der KIDSCREEN-52, der KIDSCREEN-27 und der KIDSCREEN-10 (The KIDSCREEN Group Europe, 2006). Es können mithilfe der KIDSCREEN-Fragebögen in umfassender Weise Aspekte der physischen, psychischen, sozialen, familiären und schulischen Dimension der GLQ erfasst werden. Ursprünglich wurden die KIDSCREEN-Fragebögen in internationaler Zusammenarbeit von dreizehn europäischen Staaten und unter besonderer Berücksichtigung kindlicher Konzepte von Gesundheit und Wohlbefinden entwickelt. Sie sollten zu Screening-, Monitoring- und Evaluationszwecken in nationalen und europäischen Gesundheitssurveys eingesetzt werden. Es wurde auch eine deutsche Version der KIDSCREEN-Fragebögen erstellt, die auf der Homepage www.kidscreen.org kostenlos abgerufen und verwendet werden kann.

In der vorliegenden Studie kam der KIDSCREEN-27 in der Fremdbericht- und in der Selbstberichtversion zum Einsatz. Der KIDSCREEN-27 besteht aus insgesamt 27 Items, mit denen die fünf folgenden Skalen erfasst werden: *Körperliches Wohlbefinden* (fünf Items), *Psychisches Wohlbefinden* (sieben Items), *Beziehung zu Eltern und Autonomie* (sieben Items), *Soziale Unterstützung und Gleichaltrige* (vier Items) und *Schulisches Umfeld* (vier Items). Jedes Item wird auf einer fünfstufigen Ratingskala beurteilt

(*nie/überhaupt nicht, selten/ein wenig, manchmal/mittelmäßig, oft/ziemlich, immer/sehr*). Die Fremd- und die Selbstversion bestehen inhaltlich aus denselben Items und Skalen; die Items wurden lediglich sprachlich der jeweiligen Version des Fragebogens angepasst. Die Bearbeitungsdauer wird von den Autoren für jeden Fragebogen mit zehn bis fünfzehn Minuten angegeben. Der Fragebogen kann per Post versandt oder via Internet oder Telefonbefragung durchgeführt werden, so dass keine speziellen Durchführungsbedingungen vorgegeben sind (The KIDSCREEN Group Europe, 2006). Der KIDSCREEN-27 konnte seine gute psychometrische Qualität in einer Vielzahl von nationalen und internationalen Studien nachweisen (für einen Überblick Ravens-Sieberer, Auquier, et al., 2007; Ravens-Sieberer et al., 2014) und es liegen bundesdeutsche Normen vor, auch getrennt nach Geschlecht und den beiden Altersgruppen der 8- bis 11-Jährigen sowie der 12- bis 18-Jährigen.

2.3 Ablauf der Befragung

Die Pflegeeltern riefen online den Link <http://ww2.unipark.de/uc/pflegekinder> auf und gelangten auf die Begrüßungsseite der Untersuchung (Anhang C). Hier wurden die Pflegeeltern über den Hintergrund und die Ziele der Untersuchung aufgeklärt und darauf hingewiesen, dass die Daten anonym und zu rein wissenschaftlichen Zwecken erhoben werden würden. Eine Kontaktadresse für weitergehende Fragen wurde genannt. Die Pflegeeltern wurden darüber informiert, dass zuerst drei Fragebögen folgen würden, die sie beantworten sollten und durch die sie die Befragungssoftware automatisch leiten würde, und danach ein Fragebogen für ihr Pflegekind erscheinen würde. Des Weiteren wurden die Pflegeeltern darauf hingewiesen, dass sie die Befragung bei Abbruch der Untersuchung über denselben Link wie zu Beginn an der abgebrochenen Stelle wieder aufnehmen könnten. Die Pflegeeltern wurden darüber informiert, dass sie mehrmals an der Umfrage teilnehmen könnten, wenn mehrere Pflegekinder in ihrer Familie leben. Es folgte der Hinweis, dass die teilnehmenden Pflegekinder im Alter von acht bis sechzehn Jahren sein sollten, über ausreichende Lesekompetenzen verfügen und die Fragen unbeeinflusst und selbständig beantworten sollten. Falls die Pflegeeltern sich zur Teilnahme an der Studie entschieden, wurden sie durch das Anklicken einer „Weiter-Taste“ auf die erste Seite der Elternversion des KIDSCREEN-27 weitergeleitet.

Die Pflegeeltern und Pflegekinder konnten per Mausclick auf die nächste Seite oder bei Bedarf auch wieder auf die vorherige Seite gelangen. So konnten vorherige Antworten überprüft und gegebenenfalls korrigiert werden. Ebenfalls war es möglich, Fragen unbeantwortet zu lassen und auf die nächste Seite zu gelangen.

Der KIDSCREEN-27 sowie der SDQ wurden online soweit möglich im gleichen Layout präsentiert wie in der Papier-Bleistift Version des jeweiligen Fragebogens. Die

Instruktionen des KIDSCREEN-27 und des SDQ wurden durch den Autor der Studie um den Hinweis ergänzt, dass in der Untersuchung bei den in den Fragebögen verwendeten Begriffen „Kind“ und „Eltern“ die Pflegekinder sowie die Pflegeeltern gemeint sind.

Auf die Elternversion des KIDSCREEN-27 folgte die deutsche Version des SDQ. Danach folgte der Pflegeelternfragebogen (Anhang B) und in der Einleitung dafür wurden die Pflegeeltern noch einmal darauf hingewiesen, dass ihre Daten anonymisiert erhoben und vertraulich behandelt werden würden. Nachdem die Pflegeeltern den Pflegeelternfragebogen beantwortet hatten, konnten sie in einem freien Textfeld noch Anmerkungen zur Befragung oder ihren Antworten machen. Danach erschien der Hinweis, dass auf der nächsten Seite der Fragebogen für ihr Pflegekind folgen würde und für sie an dieser Stelle die Umfrage beendet sei.

Für die Pflegekinder begann die Befragung mit der Selbstversion des KIDSCREEN-27. Vom Autor der Studie wurden die Instruktionen des Fragebogens zum einem um den Hinweis ergänzt, dass am Ende der Befragung die Internetseite geschlossen werden würde und niemand an dem Computer mehr die Antworten einsehen könne (Anhang D). Zum anderen wurde der Hinweis ergänzt, dass mit Fragen nach den Eltern die Pflegeeltern gemeint seien. Vor den Fragen zu „Familie und Freizeit“ wurde vom Autor der Studie erneut die Instruktion ergänzt, dass mit dem Begriff „Eltern“ dort die Pflegeeltern gemeint sind. Am Ende des Fragebogens wurden die Pflegekinder gebeten, die Umfrage durch eine „Fenster schließen“-Taste zu schließen und sie wurden erneut darauf hingewiesen, dass damit ihre Angaben anonym abgeschickt würden und an dem Computer nicht mehr eingesehen werden könnten.

2.4 Datenanalyse

Die Darstellung der deskriptiven Statistiken erfolgt anhand von relativen Häufigkeiten sowie anhand des arithmetischen Mittels (M) und der Standardabweichung (SD). Ob es zwischen weiblichen und männlichen Pflegekindern Unterschiede bei der Ausprägung und Verteilung soziodemographischer und gesundheitsbezogener Merkmale sowie kritischer Lebensereignisse gab, wurde mithilfe von unabhängigen t-Tests und Chi-Quadrat-Tests überprüft.

Für alle Tests wurde ein Alpha-Niveau von 5 % angenommen. Zur Überprüfung der mittelwertvergleichenden Hypothesen sowie zur explorativen Überprüfung der Einflussfaktoren wurden je nach Fragestellung und Datenverteilung unabhängige t-Tests, Rangkorrelationen nach Spearman oder einfaktorielle Varianzanalysen berechnet. Als Maß für die Effektstärke wurde Cohens d (1988) verwendet. Bei unterschiedlichen Gruppengrößen wurde die korrigierte Effektstärke d nach Hegdes & Olkin (1985) berechnet. Zudem wurde die Häufigkeit der Pflegekinder errechnet, deren Werte bei den einzelnen Skalen der Selbst- und Fremdversion des KIDSCREEN-27 um mehr als eine Standardabweichung unter dem jeweiligen Mittelwert der Normstichprobe lagen. Diese Pflegekinder wurden in der vorliegenden Untersuchung analog zu den KIGGS-Studien (Ellert et al., 2014; Ravens-Sieberer et al., 2012) als (Pflege-) Kinder mit einer *geringen* GLQ definiert.

Zur Verhinderung einer Alpha-Fehler-Kumulierung wurde in der vorliegenden Untersuchung das Signifikanzniveau jeder Fragestellung einer Bonferroni-Korrektur unterzogen (s. Bortz, 2010). Das Bonferroni-korrigierte Signifikanzniveau betrug bei allen Analysen 1 %, da bei jeder Fragestellung die fünf Skalen der Selbst- und Fremdversion des KIDSCREEN-27 gleichzeitig getestet wurden. Obwohl der t-Test auf Verletzungen

seiner Voraussetzungen robust reagiert (Bortz, 2010), wurde bei Verletzung der Normalverteilungsannahme zusätzlich der nonparametrische Wilcoxon-Test zur Überprüfung der Ergebnisse berechnet. Abweichende Ergebnisse werden berichtet.

3. Ergebnisse

3.1 Deskriptive Statistik

Bevor die Hypothesenüberprüfung durchgeführt wird, sollen soziodemographische, gesundheitsbezogene Merkmale und Belastungserfahrungen der Pflegekinder sowie soziodemographische Merkmale der Pflegefamilie dargestellt werden. Falls sich während der statistischen Analyse der Daten signifikante Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Pflegekindern gezeigt haben, werden diese im Folgenden ebenfalls berichtet. Die Daten wurden ausschließlich durch die Befragung der Pflegeeltern gewonnen und bis auf die Daten zur psychischen Gesundheit mithilfe eines selbsterstellten Pflegeelternfragebogens (s. Abschnitt B) erhoben.

Die Daten zur psychischen Gesundheit der Pflegekinder wurden mit der deutschen Version des SDQ (Goodman, 1997) erhoben. Es werden im Folgenden nur die Angaben der Pflegeeltern ($n = 131$) dargestellt, deren Pflegekinder ebenfalls alle Fragen der Befragung beantwortet haben. Mithilfe dieser Daten sollen später explorativ Einflussfaktoren auf die GLQ von Pflegekindern untersucht sowie die Repräsentativität der Stichprobe und damit der Ergebnisse diskutiert werden.

3.1.1 Soziodemographische Merkmale der Pflegekinder

Die Pflegekinder waren zum Zeitpunkt der Befragung im Durchschnitt 11.42 Jahre alt ($SD = 2.35$). Es waren 44 % der Pflegekinder weiblich sowie 56 % männlich und es zeigte sich kein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit der Geschlechter (Chi (1,131) = 1.72, $p = .190$). Die Pflegekinder wurden überwiegend in Deutschland gebo-

ren (79 %), während 21 % der untersuchten Pflegekinder im Ausland auf die Welt gekommen und erst im Verlauf ihrer Kindheit nach Deutschland emigriert sind (keine Angabe bei zwei Pflegekindern). Die Mehrzahl der im Ausland geborenen Pflegekinder (63 %) emigrierte innerhalb der ersten fünf Lebensjahre nach Deutschland.

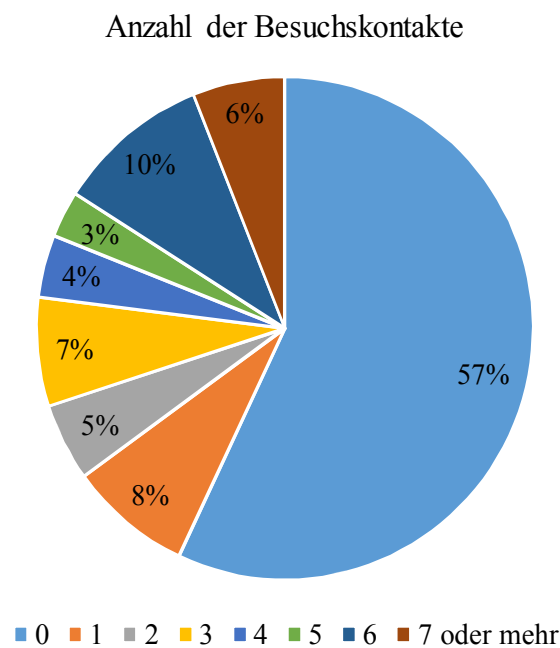


Abbildung 1. Prozentuale Anteile der Häufigkeit von Besuchskontakten der Pflegekinder bei ihren leiblichen Eltern ($n = 131$).

Die Pflegekinder lebten im Durchschnitt 35 Monate bei ihren leiblichen Eltern ($SD = 34.73$) und ungefähr die Hälfte dieser Pflegekinder (49 %) wuchs nicht länger als zwei Jahre bei seinen leiblichen Eltern auf (keine Angabe bei zehn Pflegekindern). Die Pflegekinder (keine Angabe bei zwei Pflegekindern) waren im Durchschnitt 54 Monate (4.60 Jahre; $SD = 42.63$) alt, als sie in ihre aktuelle Pflegefamilie aufgenommen wurden. Zum Zeitpunkt der Untersuchung lebten die Pflegekinder im Durchschnitt 86 Monate (7.2 Jahre) in ihrer Pflegefamilie ($SD = 44.47$) (keine Angabe bei zwei Pflegekindern).

Ein geringer Anteil an Pflegekindern (6 %) befand sich zum Zeitpunkt der Befragung erst seit höchstens eineinhalb Jahren in ihrer Pflegefamilie und 12 % der Pflegekinder lebten seit zwölf Jahren oder länger in ihrer Pflegefamilie. Die Mehrzahl der Pflegekinder (58 %) hatte in den letzten sechs Monaten keinen Besuchskontakt zu mindestens einem seiner leiblichen Eltern (siehe Abbildung 1).

Die Mehrzahl der Pflegekinder besuchte eine Regelschule, während ungefähr 21 % der Pflegekinder eine Schule mit einem Förderschwerpunkt besuchten (s. Abbildung 2). Im Verlauf ihrer Schulkarriere mussten 24 % der Pflegekinder mindestens einmal ein Schuljahr wiederholen.

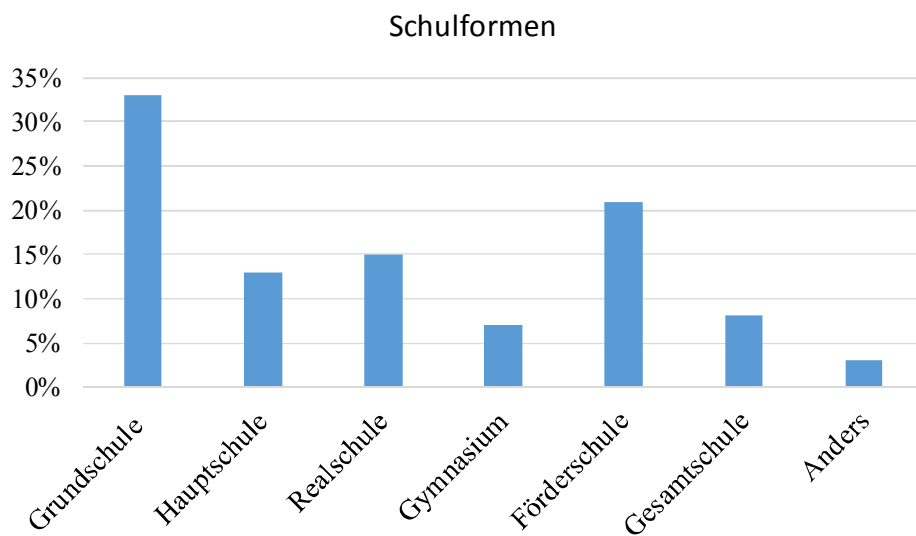


Abbildung 2. Prozentuale Anteile der besuchten Schulformen der Pflegekinder ($n = 131$).

3.1.2 Gesundheitsbezogene Merkmale der Pflegekinder

Etwas mehr als die Hälfte der Pflegekinder (56 %) erreichte beim Gesamtproblemwert der deutschen Version des SDQ (Goodman, 1997) einen klinisch auffälligen Wert (siehe Abbildung 3). Zudem erreichten 9 % der Pflegekinder einen Gesamtproblemwert,

der im Grenzbereich zur klinischen Auffälligkeit liegt. Die weiblichen Pflegekinder erzielten im Vergleich zu den männlichen Pflegekindern im Durchschnitt einen signifikant niedrigeren Wert auf der Skala *Hyperaktivität* ($t=2.064$, $df= 129$, $p=.041$) und einen signifikant höheren Wert auf der Skala *Prosoziales Verhalten* ($t=2.172$, $df= 129$, $p=.032$) des SDQ. Beim Gesamtproblemwert zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern ($t=0.869$, $df= 129$, $p=.387$). In psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung waren oder sind etwas mehr als die Hälfte der Pflegekinder (60 %).

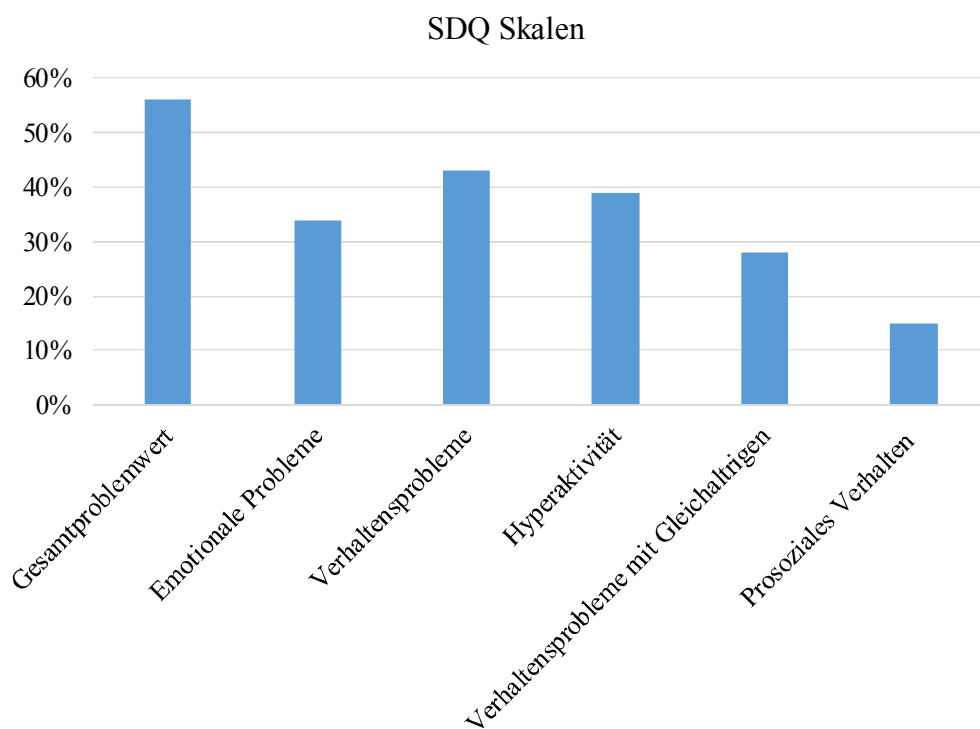


Abbildung 3. Prozentuale Anteile der Pflegekinder mit klinisch auffälligen Werten in den jeweiligen Skalen des SDQ ($n = 131$).

Eine amtlich anerkannte Behinderung wurde bei 21 % der Pflegekinder angegeben. Es litten 6 % der Pflegekinder unter Asthma, 11 % unter Neurodermitis und 7 % unter Heuschnupfen. Es litten 32 % der Pflegekinder in den letzten drei Monaten wiederholt

unter Kopfschmerzen und 36 % der Pflegekinder wiederholt unter Bauchschmerzen. Weibliche Pflegekinder (47 %) litten in den letzten drei Monaten signifikant häufiger als männliche Pflegekinder (25 %) unter Bauschmerzen ($\chi^2 (2, n = 131) = 9.71, p = .008$). 27 % der Pflegekinder mussten zum Zeitpunkt der Untersuchung verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen und 9 % der Pflegekinder waren in den letzten zwölf Monaten mindestens für eine Nacht zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus.

Nach Aussage der Pflegeeltern haben bei 49 % der Pflegekinder die leiblichen Mütter in der Schwangerschaft regelmäßig geraucht (keine Angabe bei zwei Pflegekindern). Es war 38 % der Pflegeeltern unbekannt, ob die Mutter ihres Pflegekindes in der Schwangerschaft geraucht hatte. Zudem haben nach Wissen der Pflegeeltern 25 % der leiblichen Mütter der Pflegekinder in der Schwangerschaft regelmäßig Alkohol getrunken (keine Angabe bei vier Pflegekindern). 54% der Pflegeeltern war es unbekannt, ob die leibliche Mutter ihrer Pflegekinder in der Schwangerschaft regelmäßig Alkohol konsumiert hatte. Es haben mindestens 4 % der Mütter der Pflegekinder in der Schwangerschaft regelmäßig harte Drogen (z.B. Heroin, Methadon, Kokain) konsumiert. 68% der Pflegeeltern war unbekannt, ob die leibliche Mutter in der Schwangerschaft harte Drogen konsumiert hatte.

3.1.3 Belastungserfahrungen der Pflegekinder

Die Pflegekinder haben im Durchschnitt ungefähr drei Wechsel der engen Bezugspersonen erlebt ($M = 3.21; SD = 2.25$) Dabei haben 28 % der Pflegekinder nur den einen Wechsel von ihren leiblichen Mutter in die aktuelle Pflegefamilie erlebt. 38 % der Pfl-

gekinder haben vorübergehend schon in einer Kurzzeitpflege und 24 % in einem Heim gelebt.

Nach Wissen der Pflegeeltern haben 71 % der Pflegekinder Vernachlässigung erfahren, 40 % der Pflegekinder körperlichen Missbrauch und 6 % der Pflegekinder einen sexuellen Missbrauch. Es gab bei diesen Fragen eine größere Anzahl (im Durchschnitt ungefähr 20 %) von Pflegeeltern, denen unbekannt war, ob ihre Pflegekinder diesen jeweiligen negativen frühkindlichen Erfahrungen ausgesetzt gewesen sind.

3.1.4 Soziodemographische Merkmale der Pflegefamilie

Es lebten mehr als die Hälfte (63 %) der Pflegekinder in einer Dauerpflegefamilie, während die weiteren Pflegekinder sich auf andere Arten von Pflegeverhältnissen verteilten (s. Abbildung 4). Bis auf eine Ausnahme waren alle Pflegeverhältnisse (99 %) auf Dauer angelegt und in fast allen Fällen (92 %) war nach Angaben der Pflegeeltern keine Rückführung in die Ursprungsfamilie geplant.

Es wurden 16 % der Pflegekinder von alleinerziehenden Pflegeeltern versorgt. 71 % der Pflegeeltern standen monatlich 3000 € oder mehr als Nettohaushaltseinkommen (inkl. Pflegegeld und Kindergeld) zur Verfügung (keine Angabe bei 36 Pflegekindern; s. Abbildung 5). Es lebten 60 % der Pflegekinder mit ihrer Pflegefamilie in einer eher ländlichen Wohnumgebung und fast alle Pflegekinder (96 %) hatten in ihrer Pflegefamilie ein eigenes Zimmer für sich alleine.

In der Mehrzahl der Pflegefamilien (66 %) lebte mindestens noch ein weiteres Pflegekind. Zudem lebte in ungefähr der Hälfte der Pflegefamilien (47 %) mindestens noch ein leibliches Kind der Pflegeeltern.

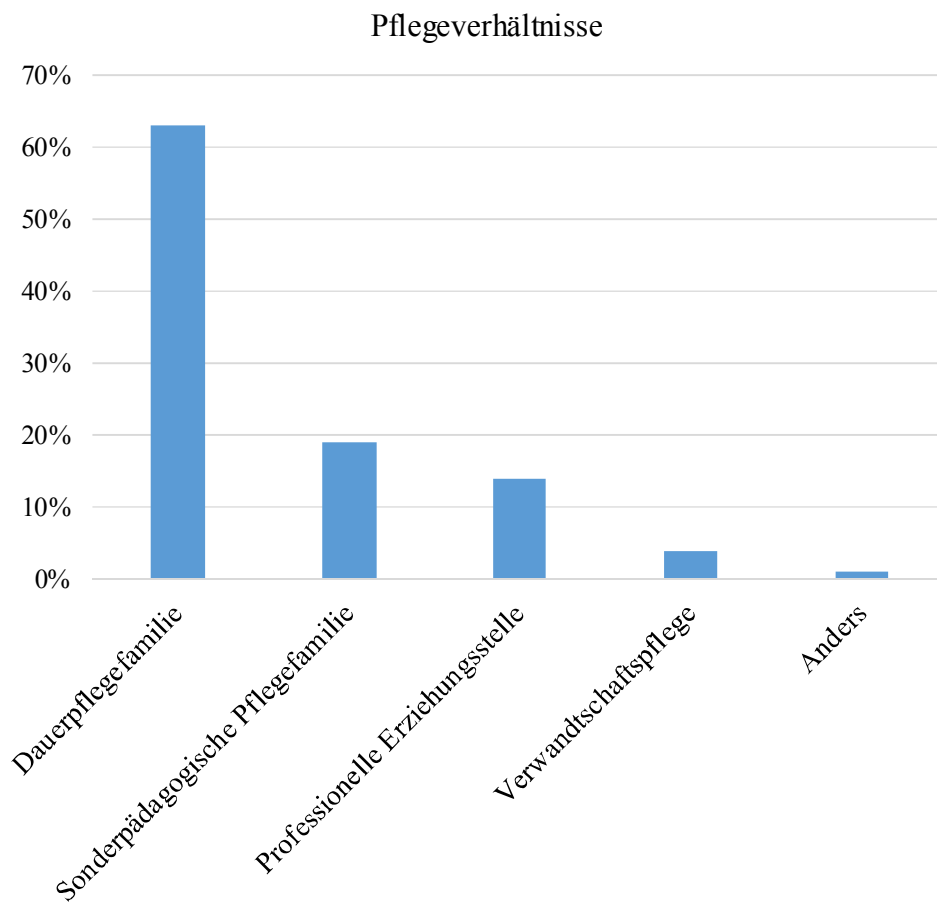


Abbildung 4. Prozentuale Anteile der Arten von Pflegeverhältnissen ($n = 131$)

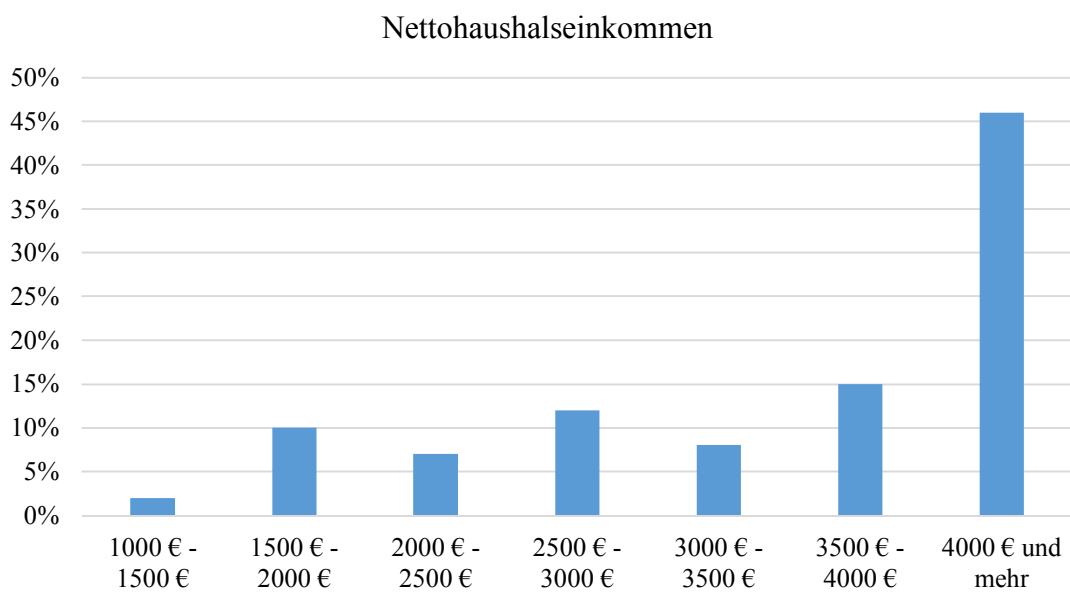


Abbildung 5. Prozentuale Anteile der monatlichen Nettohaushaltseinkommen ($n = 95$)

In einigen Pflegefamilien (9 %) lebte außerdem zusätzlich noch mindestens ein Adoptivkind und 20 % der Pflegefamilien nahmen zusätzlich noch Pflegekinder zur Kurzzeitpflege auf. In 17 % der Pflegefamilien lebte noch mindestens ein leibliches Geschwisterkind des an der Untersuchung teilnehmenden Pflegekindes.

3.2 Hypothesenüberprüfung

Es wurde die Annahme überprüft, dass Pflegekinder und Pflegeeltern im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen sowie zu Eltern aus der Normalbevölkerung im Durchschnitt in allen wichtigen Dimensionen (physische, psychische, familiäre, soziale und schulische) der GLQ geringere Werte berichten. Zuerst wurden alle statistischen Tests mit der gesamten Stichprobe gerechnet. Weil die Normen des KIDSCREEN-27 auch getrennt nach Alter, Geschlecht und Alter und Geschlecht vorliegen, wurden im Anschluss die statistischen Tests zusätzlich mit der Stichprobe getrennt nach Alter, nach Geschlecht und nach Alter und Geschlecht berechnet, um mögliche differentielle Effekte bestimmen zu können.

3.2.1 Gesamte Stichprobe

Die Pflegekinder berichteten auf allen Skalen des KIDSCREEN-27 im Durchschnitt signifikant niedrigere Werte als die Kinder und Jugendlichen der Normstichprobe (s. Tabelle 1). Die Effektstärken der Mittelwertunterschiede auf den Skalen *Körperliches Wohlbefinden* und *Schulisches Umfeld* entsprechen einem kleinen Effekt, während die Effektstärke der Mittelwertunterschiede auf den Skalen *Psychologisches Wohlbefinden* und *Soziale Unterstützung und Gleichaltrige* einem mittelgroßen Effekt entsprechen. Die Werte der Skala *Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie* waren nicht normalverteilt und die zusätzliche Analyse mit einem nicht parametrischen Test (Wilcoxon-Test) ergab nach Bonferroni-Korrektur keinen signifikanten Mittelwertunterschied ($z = -1.880$; $p = .030$).

Insgesamt betrug der Anteil der Pflegekinder mit einer geringen Lebensqualität

(Testwerte mehr als eine Standardabweichung unterhalb des Mittelwerts) über die fünf Skalen im Mittel 28 % (s. Tabelle 2). Auf der Skala *Beziehung zu den (Pflege-) Eltern und Autonomie* fiel der Anteil der Pflegekinder mit einer geringen Lebensqualität mit 22 % am niedrigsten aus.

Tabelle 1

Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder mit den Mittelwerten der deutschen Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)

Skalen	Stichprobe	KIDSCREEN-27	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Pflegekinder (<i>n</i> = 131)	Normwerte			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Körperliches Wohlbefinden	49.65 (9.93)	52.36 (8.73)	-3.14	.001	.30
Psychologisches Wohlbefinden	46.89 (9.20)	52.41 (9.42)	-6.90	<.001	.59
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	50.10 (9.27)	52.13 (9.13)	-2.50	.007	.22
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	44.54 (10.20)	50.32 (8.92)	-6.51	<.001	.64
Schulisches Umfeld	47.85 (9.95)	51.50 (9.46)	-4.22	<.001	.38

Anmerkung. Einseitiger Test; $p^* \leq .01$

Die Pflegeeltern berichteten bei ihren Pflegekindern auf vier von fünf Skalen der Fremdversion des KIDSCREEN-27 im Durchschnitt signifikant niedrigere Werte als die Eltern der deutschen Normstichprobe (s. Tabelle 3). Einzig auf der Skala *Körperliches Wohlbefinden* zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Mittelwerten. Die Effektstärken der Mittelwertunterschiede auf den Skalen *Psychologisches Wohlbefinden*, *Soziale Unterstützung und Gleichaltrige* und *Schulisches Umfeld* entsprechen einem mittelgroßen Effekt. Auf der Skala *Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie* entspricht die Effektstärke des Mittelwertunterschieds einem kleinen Effekt.

Tabelle 2

Prozentuale Anteile der Pflegekinder mit einer geringen Lebensqualität (Testwerte mehr als eine Standardabweichung unterhalb des Mittelwerts) auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)

Skalen	<i>n</i>	%
Körperliches Wohlbefinden	37	28
Psychologisches Wohlbefinden	42	32
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	29	22
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	43	32
Schulisches Umfeld	33	25

Tabelle 3

Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder mit den Mittelwerten der deutschen Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)

Skalen	Stichprobe Pflegekinder (<i>n</i> = 157)	KIDSCREEN-27 Normwerte	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)			
Körperliches Wohlbefinden	50.15 (10.45)	51.45 (8.79)	-1.56	.060	.15
Psychologisches Wohlbefinden	44.53 (10.43)	50.79 (9.22)	-7.52	<.001	.67
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	49.99 (7.38)	53.39 (8.12)	-5.76	<.001	.42
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	43.65 (11.86)	50.53 (9.25)	-7.23	<.001	.73
Schulisches Umfeld	43.87 (10.50)	50.55 (9.25)	-8.00	<.001	.71

Anmerkung. Einseitiger Test; $p^* \leq .01$

Insgesamt betrug der Anteil der Pflegekinder mit einer geringen fremdberichteten Lebensqualität (Testwerte mehr als eine Standardabweichung unterhalb des Mittelwerts) über die fünf Skalen im Mittel 34 % (s. Tabelle 4). Der Anteil der Pflegekinder mit ei-

ner geringen Lebensqualität fiel für die Skalen *Schulisches Umfeld* (48 %) und *Psychologisches Wohlbefinden* (41 %) am höchsten aus. Für die Skala *Beziehung zu den (Pfle-ge-) Eltern und Autonomie* fiel der Anteil der Pflegekinder mit geringer Lebensqualität mit 21 % am niedrigsten aus.

Tabelle 4

Prozentuale Anteile der Pflegekinder mit einer geringen Lebensqualität (Testwerte mehr als eine Standardabweichung unterhalb des Mittelwerts) auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)

Skalen	<i>n</i>	<i>%</i>
Körperliches Wohlbefinden	38	24
Psychologisches Wohlbefinden	64	41
Beziehung zu (Pfle-ge-) Eltern und Autonomie	32	21
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	54	34
Schulisches Umfeld	76	48

3.2.2 Getrennt nach Geschlecht

Für die folgenden Analysen wurden nur die Daten der Pflegeeltern ($n = 131$) verwendet, deren Pflegekinder ($n = 131$) die Frage nach ihrem Geschlecht beantwortet hatten.

Im Vergleich der weiblichen Pflegekinder mit der entsprechenden Normstichprobe zeigte sich, dass sich die weiblichen Pflegekinder im Mittelwert auf den Skalen *Körperliches Wohlbefinden*, *Beziehung zu (Pfle-ge-) Eltern und Autonomie* und *Schulisches Umfeld* des KIDSCREEN-27 nicht von der weiblichen deutschen Normstichprobe unterschieden (s. Tabelle 5).

Tabelle 5

Vergleich der Mittelwerte der weiblichen Pflegekinder mit den Mittelwerten der weiblichen Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)

	KIDSCREEN-27 Weibliche Pflegekinder (n = 58)	KIDSCREEN-27 Normwerte Mädchen			
Skalen	M (SD)	M (SD)	t	p	d
Körperliches Wohlbefinden	49.68 (9.86)	51.46 (8.70)	-1.37	.089	.20
Psychologisches Wohlbefinden	47.28 (8.16)	51.48 (9.42)	-3.97	<.001	-.45
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	52.55 (9.81)	52.16 (9.36)	0.31	.385	-.04
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	45.85 (8.52)	50.89 (9.07)	-4.51	<.001	-.56
Schulisches Umfeld	50.23 (10.25)	52.13 (9.42)	-1.41	.082	.02

Anmerkung. Einseitiger Test; $p^* \leq .01$

Auf der Skala *Psychologisches Wohlbefinden* berichteten die weiblichen Pflegekinder im Durchschnitt einen signifikant niedrigeren Wert und die Effektstärke des Mittelwertunterschieds entspricht einem kleinen Effekt. Auf der Skala *Soziale Unterstützung und Gleichaltrige* erzielen die weiblichen Pflegekinder im Durchschnitt ebenfalls einen signifikant geringeren Wert und die Effektgröße des Mittelwertunterschieds entspricht einem mittelgroßen Effekt.

Im Vergleich der Pflegeeltern von weiblichen Pflegekindern mit Eltern einer entsprechenden Normstichprobe zeigte sich auf der Skala *Körperliches Wohlbefinden* der Fremdversion des KIDSCREEN-27 kein signifikanter Unterschied (s. Tabelle 6). Auf der Skala *Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie* berichteten die Pflegeeltern bei ihren weiblichen Pflegekindern im Durchschnitt einen signifikant geringeren Wert als die Eltern der Normstichprobe und die Effektstärke des Mittelwertunterschieds entspricht einem kleinen Effekt. Auf den Skalen *Psychologisches Wohlbefinden*, *Soziale*

Unterstützung und Autonomie und *Schulisches Umfeld* berichteten die Pflegeeltern ebenfalls signifikant niedrigere Mittelwerte als die Eltern der Normstichprobe und die Effektstärken der Mittelwertunterschiede entsprechen einem mittelgroßen Effekt.

Tabelle 6

Vergleich der Mittelwerte der weiblichen Pflegekinder mit den Mittelwerten der weiblichen Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)

Skalen	Fremdversion KIDSCREEN-27 Weibliche Pflegekinder (n = 58)	Fremdversion KIDSCREEN-27 Normwerte Mädchen	t	p	d
	M (SD)	M (SD)			
Körperliches Wohlbefinden	50.31 (9.16)	50.75 (8.74)	-4.46	.324	.05
Psychologisches Wohlbefinden	45.87 (9.96)	50.71 (8.93)	-4.45	<.001	-.62
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	51.27 (7.26)	53.58 (8.18)	-3.01	.002	-.34
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	45.49 (10.63)	50.98 (8.43)	-4.40	<.001	-.68
Schulisches Umfeld	46.23 (10.61)	51.75 (10.07)	-4.18	<.001	-.59

Anmerkung. Einseitiger Test; $p^* \leq .01$

Der Vergleich der männlichen Pflegekindern mit einer entsprechenden Normstichprobe ergab, dass die männlichen Pflegekinder auf allen Skalen des KIDSCREEN-27 im Durchschnitt signifikant niedrigere Werte berichteten als die männliche Normstichprobe (s. Tabelle 7). Auf den Skalen *Körperliches Wohlbefinden* und *Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie* entsprechen die Effektstärken der Mittelwertunterschiede einem kleinen Effekt, während die Effektstärken der Mittelwertunterschiede auf den Skalen *Psychologisches Wohlbefinden*, *Soziale Unterstützung und Freunde* und *Schulische Umfeld* einem mittelgroßen Effekt entsprechen.

Tabelle 7

Vergleich der Mittelwerte der männlichen Pflegekinder mit den Mittelwerten der männlichen Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)

Skalen	KIDSCREEN-27	KIDSCREEN-27	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Männliche Pflegekinder (<i>n</i> =73)	Normwerte Jungen			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Körperliches Wohlbefinden	49.42 (9.87)	53.29 (8.65)	-3.32	<.001	-.44
Psychologisches Wohlbefinden	46.52 (10.03)	53.40 (9.28)	-5.86	<.001	-.74
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	48.14 (8.44)	52.13 (8.88)	-4.24	<.001	-.45
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	43.66 (11.31)	49.67 (8.70)	-4.55	<.001	-.67
Schulisches Umfeld	45.95 (9.41)	50.83 (9.47)	-4.43	<.001	-.52

Anmerkung. Einseitiger Test; $p^* \leq .01$

Tabelle 8

Vergleich der Mittelwerte der männlichen Pflegekinder mit den Mittelwerten der männlichen Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)

Skalen	Fremdversion	Fremdversion	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	KIDSCREEN-27 Männliche Pflegekinder (<i>n</i> = 73)	KIDSCREEN-27 Normwerte Jungen			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Körperliches Wohlbefinden	50.51 (11.20)	52.19 (8.76)	-1.71	.045	.19
Psychologisches Wohlbefinden	45.23 (10.81)	50.92 (9.51)	-5.04	<.001	-.66
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	49.05 (7.71)	53.21 (8.05)	-4.76	<.001	-.52
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	43.21 (12.68)	50.04 (8.46)	-5.13	<.001	-.82
Schulisches Umfeld	42.69 (10.07)	49.27 (9.15)	-6.20	<.001	-.78

Anmerkung. Einseitiger Test; $p^* \leq .01$

Der Vergleich der Pflegeeltern von männlichen Pflegekindern mit einer entsprechenden Normstichprobe zeigte, dass die Pflegeeltern der männlichen Pflegekinder im Durchschnitt auf vier der fünf Skalen der Fremdversion des KIDSCREEN-27 signifikant niedrigere Werte berichteten als die Eltern der männlichen deutschen Normstichprobe (s. Tabelle 8). Einzig auf der Skala *Körperliches Wohlbefinden* zeigte sich kein signifikanter Mittelwertunterschied.

Auf den Skalen *Psychologisches Wohlbefinden*, *Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie* und *Schulisches Umfeld* der Fremdversion des KIDSCREEN-27 entsprechen die Effektstärken der Mittelwertunterschiede einem mittelgroßen Effekt. Auf der Skala *Soziale Unterstützung und Freunde* entspricht die Effektstärke des Mittelwertunterschieds einem großen Effekt.

3.2.3 Getrennt nach Alter

Für die folgenden Analysen wurden nur die Daten der Pflegeeltern ($n = 131$) verwendet, deren Pflegekinder ($n = 131$) die Frage nach ihrem Alter plausibel beantwortet hatten.

Der Vergleich der 8- bis 11-jährigen Pflegekinder mit einer entsprechenden Normstichprobe ergab, dass die Mittelwerte der 8- bis 11-jährigen Pflegekinder ($n = 69$) auf allen Skalen des KIDSCREEN-27 signifikant niedriger ausfielen als die Werte der 8- bis 11-jährigen Kinder der Normstichprobe (s. Tabelle 9). Auf der Skala *Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie* fiel die Effektstärke des Mittelwertunterschieds klein aus, auf den Skalen *Körperliches Wohlbefinden*, *Soziale Unterstützung und Gleichaltrige* und *Schulisches Umfeld* mittelgroß und auf der Skala *Psychologisches Wohlbefinden* groß.

Tabelle 9

Vergleich der Mittelwerte der 8- bis 11-jährigen Pflegekinder mit den Mittelwerten der 8- bis 11-jährigen Kinder der Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)

Skalen	KIDSCREEN-27	KIDSCREEN-27	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	8-11 Jahre Pflegekinder (<i>n</i> = 69)	8-11 Jahre Normwerte			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Körperliches Wohlbefinden	51.21 (9.73)	55.54 (8.23)	-3.70	.000	.52
Psychologisches Wohlbefinden	47.85 (8.70)	55.99 (9.18)	-7.70	.000	.89
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	50.32 (9.53)	53.30 (9.44)	-2.59	.006	.32
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	44.44 (8.69)	51.08 (8.96)	-6.35	.000	.74
Schulisches Umfeld	48.15 (8.79)	54.85 (10.03)	-6.38	.000	.68

Anmerkung. Einseitiger Test; $p^* \leq .01$

Tabelle 10

Vergleich der Mittelwerte der 8- bis 11-jährigen Pflegekinder mit den Mittelwerten der 8- bis 11-jährigen Kinder der Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)

Skalen	Fremdversion	Fremdversion	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	KIDSCREEN-27 8-11Jahre Pflegekinder (<i>n</i> = 69)	KIDSCREEN-27 8-11 Jahre Normwerte			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Körperliches Wohlbefinden	51.91 (10.34)	54.17 (7.82)	-1.81	.037	.28
Psychologisches Wohlbefinden	46.96 (8.55)	52.09 (8.71)	-4.99	.000	.59
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	51.08 (7.19)	53.46 (7.67)	-2.72	.004	.31
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	44.34 (9.72)	50.73 (7.90)	-5.46	.000	.79
Schulisches Umfeld	45.39 (9.50)	53.12 (9.27)	-6.76	.000	.83

Anmerkung. Einseitiger Test; $p^* \leq .01$

Der Vergleich der Pflegeeltern von 8- bis 11-jährigen Pflegekindern mit einer entsprechenden Normstichprobe zeigte, dass die Pflegeeltern auf der Skala *Körperliches Wohlbefinden* der Fremdversion des KIDSCREEN-27 im Durchschnitt keinen signifikanten Unterschied zu den Eltern der Normstichprobe berichteten (s. Tabelle 10).

Auf den weiteren Skalen berichteten die Pflegeeltern signifikant geringere Mittelwerte als die Eltern der Normstichprobe. Auf der Skala *Beziehung zu Eltern und Autonomie* entspricht die Effektstärke des Mittelwertunterschieds einem kleinen, auf den Skalen *Psychologisches Wohlbefinden* und *Soziale Unterstützung und Gleichaltrige* einem mittelgroßen und auf der Skala *Schulisches Umfeld* einem großen Effekt.

Tabelle 11

Vergleich der Mittelwerte der 12- bis 16-jährigen Pflegekinder mit den Mittelwerten der 12- bis 18-jährigen Kindern und Jugendlichen der Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)

Skalen	KIDSCREEN-27	KIDSCREEN-27	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	12-16 Jahre Pflegekinder (<i>n</i> = 62)	12-16 Jahre Normwerte			
Körperliches Wohlbefinden	47.70 (9.80)	50.59 (8.49)	-2.34	.012	.34
Psychologisches Wohlbefinden	45.76 (8.70)	50.48 (8.94)	-3.91	.000	.52
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	49.84 (9.11)	51.55 (8,89)	-1.48	.072	.19
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	44.83 (11.70)	49.88 (8.87)	-3.40	.001	.55
Schulisches Umfeld	47.50 (11.20)	49.64 (8.60)	-1.50	.070	.24

Anmerkung. Einseitiger Test; $p^* \leq .01$

Der Vergleich der 12- bis 16-jährige Pflegekinder mit einer entsprechenden Normstichprobe ergab, dass die Mittelwerte der 12- bis 16-jährigen Pflegekinder ($n = 62$) auf den

Skalen *Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie* und *Schulisches Umfeld* des KIDSCREEN-27 nicht signifikant niedriger ausfielen als die Mittelwerte der 12- bis 18-jährigen der Normstichprobe (s. Tabelle 11).

Auf der Skala *Körperliches Wohlbefinden* berichteten die 12- bis 16-jährigen Pflegekinder einen marginal signifikant niedrigeren Mittelwert. Auf den Skalen *Soziale Unterstützung und Gleichaltrige* und *Psychologisches Wohlbefinden* berichteten die 12- bis 16-jährigen Pflegekinder im Durchschnitt signifikant niedrigere Werte und die Effektgröße des Mittelwertunterschieds entspricht jeweils einem mittelgroßen Effekt.

Tabelle 12

Vergleich der Mittelwerte der 12- bis 16-jährigen Pflegekinder mit den Mittelwerten der 12- bis 18-jährigen Kinder und Jugendlichen der Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)

Skalen	Fremdversion KIDSCREEN-27 12-16 Jahre Pflegekinder (<i>n</i> = 62)	Fremdversion KIDSCREEN-27 12-16 Jahre Normwerte	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)			
Körperliches Wohlbefinden	48.76 (10.10)	49.90 (8.92)	-.89	.188	.13
Psychologisches Wohlbefinden	43.91 (12.01)	50.09 (9.41)	-4.50	.000	.64
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	48.90 (7.85)	53.38 (8.36)	-4.49	.000	.54
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	44.08 (13.88)	50.39 (8.74)	-3.58	.001	.68
Schulisches Umfeld	43.00 (11.31)	49.12 (8.91)	-4.26	.000	.67

Anmerkung. Einseitiger Test; $p^* \leq .01$

Der Vergleich der Pflegeeltern von 12- bis 16-jährigen Pflegekindern mit einer entsprechenden Normstichprobe zeigte, dass die Pflegeeltern auf der Skala *Körperliches Wohlbefinden* der Fremdversion des KIDSCREEN-27 im Durchschnitt einen geringeren

Wert berichteten, aber der Mittelwertunterschied erreichte keine statistische Signifikanz (s. Tabelle 12). Auf den weiteren Skalen des KIDSCREEN-27 berichteten die Pflegeeltern im Durchschnitt signifikant geringere Werte als die Eltern der Normstichprobe und die Effektgrößen der Mittelwertunterschiede entsprechen auf allen Skalen jeweils einem mittelgroßen Effekt.

3.2.4 Getrennt nach Geschlecht und Alter

Für die folgenden Analysen wurden nur die Daten der Pflegeeltern ($n = 131$) verwendet, deren Pflegekinder ($n = 131$) die Fragen nach ihrem Geschlecht plausibel beantwortet hatten. Der Vergleich der 8- bis 11-jährigen weiblichen Pflegekinder ($n = 29$) mit einer entsprechenden Normstichprobe ergab, dass die 8- bis 11-jährigen weiblichen Pflegekinder auf den Skalen *Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie* und *Körperliches Wohlbefinden* des KIDSCREEN-27 im Durchschnitt keine signifikant niedrigeren Werte berichteten als die 8-11-jährigen Mädchen der Normstichprobe (s. Tabelle 13). Auf den Skalen *Psychologisches Wohlbefinden*, *Soziale Unterstützung und Gleichaltrige* und *Schulisches Umfeld* berichteten die weiblichen Pflegekinder im Durchschnitt eine signifikant niedrigere GLQ und die Effektstärken der Mittelwertunterschiede entsprechen jeweils einem großen Effekt.

Der Vergleich der Pflegeeltern von 8- bis 11-jährigen weiblichen Pflegekindern mit einer entsprechenden Normstichprobe zeigte, dass die Pflegeeltern der 8- bis 11-jährigen weiblichen Pflegekinder ($n = 29$) auf den Skalen *Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie* und *Körperliches Wohlbefinden* der Fremdversion des KIDSCREEN-27 vergleichbare Werte berichteten wie die Eltern der 8-11-jährigen weiblichen der Normstichprobe (s. Tabelle 14).

Tabelle 13

Vergleich der Mittelwerte der 8- bis 11-jährigen weiblichen Pflegekinder mit den Mittelwerten der 8- bis 11-jährigen weiblichen der Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)

Skalen	KIDSCREEN-27	KIDSCREEN-27	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Weibliche Pflegekinder 8-11 Jahre (<i>n</i> = 29)	Normwerte Mädchen 8-11 Jahre			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Körperliches Wohlbefinden	52.04 (8.59)	55.21 (8.31)	-1.98	.029	.38
Psychologisches Wohlbefinden	47.64 (7.01)	55.93 (8.98)	6.37	<.001	1.03
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	52.87 (10.32)	54.12 (9.40)	-0.65	.260	.13
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	43.70 (7.13)	51.74 (9.45)	-6.07	<.001	.96
Schulisches Umfeld	48.61 (8.60)	56.33 (9.61)	-4.83	<.001	.85

Anmerkung. Einseitiger Test; $p^* \leq .01$

Tabelle 14

Vergleich der Mittelwerte der 8- bis 11-jährigen weiblichen Pflegekinder mit den Mittelwerten der 8- bis 11-jährigen weiblichen der Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)

Skalen	Fremdversion	Fremdversion	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	KIDSCREEN-27 Weibliche Pflegekinder 8-11 Jahre (<i>n</i> = 29)	KIDSCREEN-27 Normwerte Mädchen 8-11 Jahre			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Körperliches Wohlbefinden	52.45 (9.55)	53.90 (7.74)	-.82	.210	-.18
Psychologisches Wohlbefinden	47.85 (7.80)	52.22 (8.44)	-3.02	.003	-.52
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	52.76 (6.82)	53.88 (7.59)	-.88	.193	-.15
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	44.22 (8.43)	51.41 (7.81)	-4.60	<.000	-.91
Schulisches Umfeld	46.36 (10.43)	55.11 (8.62)	-4.52	<.000	-1.03

Anmerkung. Einseitiger Test; $p^* \leq .01$

Auf den Skalen *Psychologisches Wohlbefinden*, *Soziale Unterstützung* und *Gleichaltrige* und *Schulisches Umfeld* berichteten die Pflegeeltern signifikant niedrigere Werte als die Eltern der Normstichprobe. Die Effektgröße des Mittelwertunterschieds auf der Skala *Psychologisches Wohlbefinden* entspricht einem mittelgroßen Effekt und auf den Skalen *Soziale Unterstützung* und *Gleichaltrige* und *Schulisches Umfeld* jeweils einem großen Effekt.

Der Vergleich der 12- bis 16-jährigen weiblichen Pflegekinder mit einer entsprechenden Normstichprobe zeigte, dass die 12- bis 16-jährigen weiblichen Pflegekinder auf allen Skalen des KIDSCREEN-27 im Durchschnitt keine signifikant schlechtere GLQ berichteten als die 12-18-jährigen weiblichen der Normstichprobe (s. Tabelle 15).

Der Vergleich der Pflegeeltern von 12- bis 16-jährigen Pflegekindern mit einer entsprechenden Normstichprobe zeigte, dass die Pflegeeltern ($n = 29$) der 12- bis 16-jährigen weiblichen Pflegekinder auf den Skalen *Psychologisches Wohlbefinden* und *Beziehung zu Eltern und Autonomie* der Fremdversion des KIDSCREEN-27 im Durchschnitt signifikant niedrigere Werte berichteten als die Eltern der 12-18-jährigen Mädchen der Normstichprobe (s. Tabelle 16). Die Effektgröße des Mittelwertunterschieds auf der Skala *Psychologische Wohlbefinden* entspricht einem mittelgroßen Effekt und auf der Skala *Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie* einem kleinen Effekt. Die Mittelwertunterschiede auf den Skalen *Körperliches Wohlbefinden*, *Soziale Unterstützung* und *Gleichaltrige* und *Schulisches Umfeld* erreichten keine statistische Signifikanz.

Der Vergleich der 8- bis 11-jährige männlichen Pflegekinder mit einer entsprechenden Normstichprobe zeigte, dass die 8- bis 11-jährigen männlichen Pflegekinder ($n = 40$) auf allen Skalen im Durchschnitt einen signifikant niedrigeren Wert berichteten als die 8- bis 11-jährigen Jungen der Normstichprobe (s. Tabelle 17).

Tabelle 15

Vergleich der Mittelwerte der 12- bis 16-jährigen weiblichen Pflegekinder mit den Mittelwerten der 12- bis 18-jährigen weiblichen der Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)

Skalen	KIDSCREEN-27	KIDSCREEN-27	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Weibliche Pflegekinder 12-16 Jahre (<i>n</i> = 29) <i>M</i> (<i>SD</i>)	Normwerte Mädchen 12-18 Jahre <i>M</i> (<i>SD</i>)			
Körperliches Wohlbefinden	47.33 (10.60)	49.49 (8.25)	-0.94	.141	.23
Psychologisches Wohlbefinden	46.93 (9.28)	49.19 (8.84)	-1.31	.100	.25
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	52.24 (9.44)	51.21 (9.18)	0.53	.236	-.11
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	48.00 (9.35)	50.48 (8.85)	-1.43	.080	.27
Schulisches Umfeld	51.86 (11.59)	49.91 (8.49)	.90	.187	-.19

Anmerkung. Einseitiger Test; $p^* \leq .01$

Tabelle 16

Vergleich der Mittelwerte der 12- bis 16-jährigen weiblichen Pflegekinder mit den Mittelwerten der 12- bis 16-jährigen Töchter der Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)

Skalen	Fremdversion KIDSCREEN-27	Fremdversion KIDSCREEN-27	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Weibliche Pflegekinder 12-16 Jahre (<i>n</i> = 29) <i>M</i> (<i>SD</i>)	Normwerte Mädchen 12-16 Jahre <i>M</i> (<i>SD</i>)			
Körperliches Wohlbefinden	48.17 (8.39)	49.06 (8.79)	-0.57	.278	-.10
Psychologisches Wohlbefinden	43.88 (11.53)	49.88 (9.10)	-2.80	.005	-.65
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	49.79 (7.50)	53.44 (8.45)	-2.63	.007	.44
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	46.76 (12.48)	50.77 (8.69)	-1.73	.048	.45
Schulisches Umfeld	46.10 (10.97)	50.01 (8.95)	-1.92	.033	-.43

Anmerkung. Einseitiger Test; $p^* \leq .01$

Tabelle 17

Vergleich der Mittelwerte der 8- bis 11-jährigen männlichen Pflegekinder mit den Mittelwerten der 8- bis 11-jährigen männlichen der Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)

Skalen	KIDSCREEN-27	KIDSCREEN-27	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Männliche Pflegekinder 8-11 Jahre (<i>n</i> = 40)	Normwerte Jungen 8-11 Jahre			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Körperliches Wohlbefinden	50.60 (10.54)	55.89 (8.11)	-3.18	.002	-.56
Psychologisches Wohlbefinden	48.00 (9.83)	56.06 (9.37)	-5.14	<.001	.84
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	48.48 (8.58)	52.55 (9.43)	-3.00	.003	.45
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	45.00 (9.72)	50.42 (8.34)	-3.54	<.001	.60
Schulisches Umfeld	47.82 (9.02)	53.38 (10.20)	-3.90	<.001	.58

Anmerkung. Einseitiger Test; $p^* \leq .01$

Die Effektgröße des Mittelwertunterschieds entspricht auf der Skala *Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie* einem kleinen Effekt. Auf den Skalen *Körperliches Wohlbefinden*, *Soziale Unterstützung und Gleichaltrige* und *Schulisches Umfeld* entsprechen die Effektgrößen der Mittelwertunterschiede jeweils einem mittelgroßen Effekt. Auf der Skala *Psychologisches Wohlbefinden* entspricht die Effektgröße des Mittelwertunterschieds nach Cohen einem großen Effekt.

Der Vergleich der Pflegeeltern von 8- bis 11-jährigen männlichen Pflegekinder ($n = 40$) mit einer entsprechenden Normstichprobe ergab, dass die Pflegeeltern auf den Skalen *Psychologisches Wohlbefinden*, *Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie*, *Soziale Unterstützung und Gleichaltrige* und *Schulisches Umfeld* der Fremdversion des KIDSCREEN-27 signifikant niedrigere Werte berichteten als die Eltern der 8- bis 11-

jährigen männlichen der deutschen Normstichprobe der Fremdversion des KIDSCREEN-27 (s. Tabelle 18). Die Effektgröße des Mittelwertunterschieds auf der Skala *Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie* entspricht einem kleinen Effekt, während die Effektgrößen der Mittelwertunterschiede auf den anderen Skalen mittelgroß ausfielen. Der Mittelwertunterschied auf der Skala *Körperliches Wohlbefinden* erreichte keine statistische Signifikanz.

Tabelle 18

Vergleich der Mittelwerte der 8- bis 11-jährigen männlichen Pflegekinder mit den Mittelwerten der 8- bis 11-jährigen männlichen der Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)

Skalen	Fremdversion KIDSCREEN-27 Männliche Pflegekinder 8-11 Jahre (n = 40)	Fremdversion KIDSCREEN-27 Normwerte Jungen 8-11 Jahre	t	p	d
	M (SD)	M (SD)			
Körperliches Wohlbefinden	51.53 (10.98)	54.42 (7.90)	-1.67	.052	.35
Psychologisches Wohlbefinden	46.30 (9.10)	52.00 (8.95)	-3.96	<.001	-.64
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	49.84 (7.30)	52.98 (7.73)	-2.69	.006	-.41
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	44.43 (10.67)	50.09 (7.88)	-3.36	.001	.68
Schulisches Umfeld	44.69 (8.82)	51.21 (9.43)	-4.67	<.001	.70

Anmerkung. Einseitiger Test; $p^* \leq .01$

Der Vergleich der 12- bis 16-jährigen männlichen Pflegekinder mit einer entsprechenden Normstichprobe zeigte, dass die 12- bis 16-jährigen männlichen Pflegekinder (n = 33) im Durchschnitt auf der Skala *Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie* des KIDSCREEN-27 signifikant niedrigere Werte berichteten als die Normstichprobe (s. Tabelle 19).

Tabelle 19

Vergleich der Mittelwerte der 12- bis 16-jährigen männlichen Pflegekinder mit den Mittelwerten der 12- bis 18-jährigen männlichen der Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)

Skalen	KIDSCREEN-27	KIDSCREEN-27	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Männliche Pflegekinder 12-16 Jahre (<i>n</i> = 33)	Normwerte Jungen 12-18 Jahre			
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)			
Körperliches Wohlbefinden	47.99 (9.19)	51.79 (8.58)	-2.38	.012	.43
Psychologisches Wohlbefinden	44.73 (10.14)	51.91 (8.86)	-4.07	<.001	.63
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	47.73 (8.39)	51.92 (8.56)	-2.87	.004	.49
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	42.05 (12.95)	49.23 (8.83)	-3.82	.002	.65
Schulisches Umfeld	43.68 (9.50)	49.37 (8.68)	-3.44	.001	.58

Anmerkung. Einseitiger Test; $p^* \leq .01$

Tabelle 20

Vergleich der Mittelwerte der 12- bis 16-jährigen männlichen Pflegekinder mit den Mittelwerten der 12- bis 18-jährigen männlichen der Normstichprobe auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)

Skalen	Fremdversion KIDSCREEN-27	Fremdversion KIDSCREEN-27	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Männliche Pflegekinder 12-16 Jahre (<i>n</i> = 33)	Normwerte Jungen 12-18 Jahre			
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)			
Körperliches Wohlbefinden	49.26 (11.50)	50.82 (8.99)	-.77	.222	-.17
Psychologisches Wohlbefinden	43.93 (12.60)	50.32 (9.71)	-2.91	.003	-.65
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	48.13 (8.19)	53.33 (8.23)	-3.65	<.001	-.64
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	41.73 (14.79)	50.04 (8.77)	-3.22	.002	.90
Schulisches Umfeld	40.27 (11.05)	48.18 (8.79)	-4.11	<.001	.89

Anmerkung. Einseitiger Test; $p^* \leq .01$

Die Effektgröße des Mittelwertunterschieds entspricht einem kleinen Effekt. Auf den Skalen *Psychologisches Wohlbefinden*, *Soziale Unterstützung und Gleichaltrige* und *Schulisches Umfeld* erzielten die 12- bis 16-jährigen männlichen Pflegekinder ebenfalls im Durchschnitt signifikant niedrigere Werte und die Effektgrößen der Mittelwertunterschiede entsprechen einem mittelgroßen Effekt. Auf der Skala *Körperliches Wohlbefinden* erzielten die 12- bis 16-jährigen männlichen Pflegekinder ebenfalls niedrigere Werte, aber der Mittelwertunterschied fiel nur marginal signifikant aus.

Der Vergleich der Pflegeeltern von 12- bis 16-jährigen Pflegekindern mit einer entsprechenden Normstichprobe ergab, dass die Pflegeeltern ($n = 33$) der 12- bis 16-jährigen männlichen Pflegekinder auf den Skalen *Psychologisches Wohlbefinden*, *Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie*, *Soziale Unterstützung und Gleichaltrige* und *Schulisches Umfeld* der Fremdversion des KIDSCREEN-27 im Durchschnitt signifikant niedrigere Werte berichteten als die Eltern der 12- bis 18-jährigen männlichen Kinder und Jugendlichen der deutschen Normstichprobe (s. Tabelle 20). Die Effektgröße der Mittelwertunterschiede auf den Skalen *Psychologisches Wohlbefinden* und *Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie* entsprechen jeweils einem mittelgroßen Effekt, während die Effektgrößen der Mittelwertunterschiede auf den Skalen *Soziale Unterstützung und Gleichaltrige* und *Schulisches Umfeld* jeweils einem großen Effekt entsprechen. Der Mittelwertunterschied auf der Skala *Körperliches Wohlbefinden* erreichte keine statistische Signifikanz.

3.3 Sonstige Befunde

Zur Überprüfung der Zusammenhänge zwischen den soziodemographischen und gesundheitsbezogenen Merkmalen der Pflegekinder, den Belastungserfahrungen sowie den soziodemographischen Merkmalen der Pflegefamilie und der GLQ von Pflegekindern wurde eine Reihe von explorativen statistischen Tests durchgeführt.

3.3.1 Zusammenhang soziodemographischer Merkmale mit der GLQ

Zur Untersuchung des Einflusses des Geschlechts auf die GLQ von Pflegekindern wurde explorativ überprüft, wie sich die GLQ weiblicher und männlicher Pflegekinder in wichtigen Dimensionen (physische, psychische, familiäre, soziale und schulische) der GLQ unterscheidet. Für die Analyse wurden nur die Daten der Pflegeeltern ($n = 131$) verwendet, deren Pflegekinder ebenfalls alle Fragen vollständig und plausibel beantwortet hatten.

Es zeigte sich, dass die weiblichen Pflegekinder auf der Skala *Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie* des KIDSCREEN-27 im Durchschnitt eine signifikant höhere GLQ berichteten als die männlichen Pflegekinder (s. Tabelle 21). Die Effektstärke des Mittelwertunterschieds entspricht einem kleinen Effekt. Auf der Skala *Schulisches Umfeld* erzielten die weiblichen Pflegekinder einen marginal signifikant höheren Mittelwert als die männlichen Pflegekinder. Auf den Skalen *Körperliches Wohlbefinden*, *Psychologisches Wohlbefinden* und *Soziale Unterstützung und Gleichaltrige* berichteten die

weiblichen Pflegekinder im Durchschnitt ebenfalls höhere Werte, aber die Mittelwertunterschiede erreichten keine statistische Signifikanz.

Tabelle 21

Vergleich der Mittelwerte der weiblichen Pflegekinder mit den Mittelwerten der männlichen Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)

Skalen	KIDSCREEN-27	KIDSCREEN-27	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Weibliche Pflegekinder (<i>n</i> = 58)	Männliche Pflegekinder (<i>n</i> = 73)			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Körperliches Wohlbefinden	49.68 (9.86)	49.42 (9.97)	.15	.880	-.03
Psychologisches Wohlbefinden	47.28 (8.16)	46.52 (10.03)	.47	.641	-.01
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	52.55 (9.81)	48.14 (8.44)	2.76	.007	-.48
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	45.85 (8.52)	43.66 (11.31)	1.23	.223	-.22
Schulisches Umfeld	50.23 (10.25)	45.95 (9.41)	2.49	.014	-.46

Anmerkung. Zweiseitiger Test; $p^* \leq .01$

Es wurde zudem überprüft, wie sich die fremdberichtete GLQ der weiblichen und männlichen Pflegekinder in wichtigen Dimensionen der GLQ unterscheidet. Es zeigten sich dabei auf keiner der Skalen der Fremdversion des KIDSCREEN-27 signifikante Mittelwertunterschiede (s. Tabelle 22).

Zur Untersuchung des Einflusses des Alters auf die GLQ von Pflegekindern wurde explorativ überprüft, wie sich die GLQ von jungen (8- bis 11-jährigen) und älteren (12- bis 16-jährigen) Pflegekindern in wichtigen Dimensionen der GLQ unterscheiden. Es zeigten sich zwischen diesen beiden Altersgruppen von Pflegekindern auf keiner der Skalen des KIDSCREEN-27 signifikante Mittelwertunterschiede (s. Tabelle 23).

Tabelle 22

Vergleich der Mittelwerte der weiblichen Pflegekinder mit den Mittelwerten der männlichen Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)

Skalen	Fremdversion KIDSCREEN-27 Weibliche Pflegekinder (n = 58)	Fremdversion KIDSCREEN-27 Männliche Pflegekinder (n = 73)	t	p	d
	M (SD)	M (SD)			
Körperliches Wohlbefinden	50.31 (9.16)	50.50 (11.20)	-.11	.914	.02
Psychologisches Wohlbefinden	45.87 (9.96)	45.22 (10.81)	.35	.729	.06
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	51.27 (7.26)	49.05 (7.71)	1.68	.096	.30
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	45.49 (10.63)	43.21 (12.68)	1.10	.274	.20
Schulisches Umfeld	46.23 (10.61)	42.69 (10.07)	1.95	.053	.34

Anmerkung. Zweiseitiger Test; $p^* \leq .01$

Tabelle 23

Vergleich der Mittelwerte der jüngeren Pflegekinder (8- bis 11-jährigen) mit den Mittelwerten der älteren Pflegekinder (12- bis 16-jährigen) auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)

Skalen	KIDSCREEN-27 8-11 Jahre Pflegekinder (n = 69)	KIDSCREEN-27 12-16 Jahre Pflegekinder (n = 62)	t	p	d
	M (SD)	M (SD)			
Körperliches Wohlbefinden	51.21 (9.72)	47.68 (9.80)	2.06	.041	-.36
Psychologisches Wohlbefinden	47.85 (8.70)	45.76 (9.72)	1.30	.197	-.23
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	50.32 (9.53)	49.84 (9.11)	.30	.767	-.05
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	44.44 (8.69)	44.83 (11.74)	-.22	.826	.04
Schulisches Umfeld	48.15 (8.79)	47.50 (11.22)	.37	.712	-.07

Anmerkung. Zweiseitiger Test; $p^* \leq .01$

Es wurde zudem überprüft, wie sich die fremdberichtete GLQ von jungen (8- bis 11-jährigen) und älteren (12- bis 16-jährigen) Pflegekindern in wichtigen Dimensionen der GLQ unterscheidet (s. Tabelle 24). Es ergaben sich keine signifikanten Mittelwertunterschiede zwischen diesen beiden Gruppen.

Tabelle 24

Vergleich der Mittelwerte der jüngeren Pflegekinder (8- bis 11-jährigen) mit den Mittelwerten der älteren Pflegekinder (12- bis 16-jährigen) auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)

Skalen	Fremdversion KIDSCREEN-27 8-11 Jahre Pflegekinder (<i>n</i> = 69)	Fremdversion KIDSCREEN-27 12-16 Jahre Pflegekinder (<i>n</i> = 62)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Körperliches Wohlbefinden	51.92 (10.34)	48.76 (10.10)	1.77	.080	-.31
Psychologisches Wohlbefinden	46.96 (8.55)	43.91 (12.01)	1.69	.094	-.29
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	51.08 (7.19)	48.91 (7.85)	1.65	.101	-.29
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	44.34 (9.72)	44.08 (13.88)	.123	.902	-.02
Schulisches Umfeld	45.39 (9.50)	43.00 (11.31)	1.32	.190	-.23

Anmerkung. Zweiseitiger Test; $p^* \leq .01$

Es wurde zudem überprüft, wie sich die selbstberichtete GLQ von Pflegekindern ($n = 104$), die seit der Geburt in Deutschland aufgewachsen sind, von der selbstberichteten GLQ von Pflegekindern ($n = 25$), die im Ausland geboren wurden, unterscheidet. Es zeigten sich zwischen diesen beiden Gruppen auf keiner der fünf Skalen des KIDSCREEN-27 signifikante Mittelwertunterschiede (s. Tabelle 25).

Es wurde außerdem überprüft, wie sich die fremdberichtete GLQ von Pflegekindern ($n = 104$), die seit der Geburt in Deutschland aufgewachsen sind, von der fremdberich-

teten GLQ von Pflegekindern ($n = 25$), die im Ausland geboren wurden, unterscheidet. Es zeigten sich zwischen diesen beiden Gruppen auf keiner der fünf Skalen der Fremdversion des KIDSCREEN-27 signifikante Mittelwertunterschiede (s. Tabelle 26)

Tabelle 25

Vergleich der Mittelwerte der in Deutschland geborenen Pflegekinder mit den Mittelwerten der nach Deutschland emigrierten Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)

Skalen	KIDSCREEN-27	KIDSCREEN-27	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	In Deutschland geboren ($n = 104$)	Im Ausland geboren ($n = 25$)			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Körperliches Wohlbefinden	49.46 (9.08)	51.09 (10.62)	-.78	.438	.17
Psychologisches Wohlbefinden	47.24 (9.13)	45.82 (9.61)	.69	.490	-.15
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	50.04 (9.04)	49.95 (9.11)	.05	.964	-.01
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	44.20 (10.67)	46.58 (8.27)	-1.04	.300	.25
Schulisches Umfeld	48.21 (9.62)	47.47 (9.99)	.34	.734	-.08

Anmerkung. Zweiseitiger Test; $p^* \leq .01$

Es wurden zudem Zusammenhänge der Dauer des Aufenthaltes des Pflegekindes bei den leiblichen Eltern, dem Alter des Pflegekindes bei der Aufnahme in die Pflegefamilie, der Dauer des Aufenthaltes des Pflegekindes in der Pflegefamilie und der Anzahl der Besuchskontakte zu den leiblichen Eltern mit der selbst- und fremdberichteten GLQ von Pflegekindern untersucht. Es ließen sich dabei keine signifikanten Korrelationen zwischen diesen soziodemographischen Faktoren und den Werten auf den Skalen der Selbstversion des KIDSCREEN-27 nachweisen (s. Tabelle 27).

Tabelle 26

Vergleich der Mittelwerte der in Deutschland geborenen Pflegekinder mit den Mittelwerten der nach Deutschland emigrierten Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)

Skalen	Fremdversion KIDSCREEN-27 In Deutschland geboren (<i>n</i> = 104)	Fremdversion KIDSCREEN-27 Im Ausland geboren (<i>n</i> = 25)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)			
Körperliches Wohlbefinden	50.20 (10.28)	51.42 (10.96)	-.53	.599	.12
Psychologisches Wohlbefinden	45.89 (10.55)	44.88 (9.63)	.44	.663	-.10
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	50.19 (7.33)	49.32 (8.57)	.52	.604	-.11
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	43.68 (12.38)	46.78 (9.35)	-1.17	.244	.28
Schulisches Umfeld	44.59 (9.73)	43.93 (12.39)	.29	.774	-.06

Anmerkung: Zweiseitiger Test; $p^* \leq .01$

Tabelle 27

Korrelationen zwischen den Werten der Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion) und ihren soziodemographischen Merkmalen

Skalen	Dauer leibliche Eltern	Alter bei Aufnahme	Dauer Pflegefamilie	Besuchs- kontakte
Körperliches Wohlbefinden	.08	.04	-.04	.13
Psychologisches Wohlbefinden	-.12	-.15	.06	-.02
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	.10	.08	-.03	.03
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	-.06	-.15	.12	.11
Schulisches Umfeld	-.02	-.14	.13	-.01

Anmerkung: Zweiseitiger Test; $*p \leq .01$, $**p \leq .001$

Es ließen sich ebenfalls keine signifikanten Korrelationen zwischen diesen soziodemographischen Faktoren und den Werten auf den Skalen der Fremdversion des

KIDSCREEN-27 nachweisen (s. Tabelle 28). Es zeigte sich allerdings eine marginal signifikante negative Korrelation zwischen dem Alter bei der Aufnahme und der Skala *Psychologisches Wohlbefinden* ($n = 157, r = -.21; p = .019$).

Tabelle 28

Korrelationen zwischen den Werten der Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion) und ihren soziodemographischen Merkmalen

Skalen	Dauer leibliche Eltern	Alter bei Aufnahme	Dauer Pflegefamilie	Besuchskontakte
Körperliches Wohlbefinden	.01	.03	-.05	.03
Psychologisches Wohlbefinden	-.21	-.21	.13	-.02
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	.11	.11	-.17	.12
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	-.03	-.07	.04	.14
Schulisches Umfeld	-.08	-.13	.07	.01

Anmerkung. Zweiseitiger Test; * $p \leq .01$, ** $p \leq .001$

3.3.2 Zusammenhang gesundheitsbezogener Merkmale mit der GLQ

Es wurden explorativ die Zusammenhänge zwischen der selbst- und der fremdberichteten GLQ von Pflegekindern und dem Gesamtwert des SDQ sowie der beim Gesamtwert nicht berücksichtigten Skala *Prosoziales Verhalten* untersucht.

Es zeigten sich zwischen allen Skalen der Selbstversion des KIDSCREEN-27 und dem Gesamtwert des SDQ signifikant negative Zusammenhänge (s. Tabelle 29). Der Zusammenhang zwischen der Skala *Psychologisches Wohlbefinden* und dem Gesamtwert des SDQ entspricht einem großen Effekt, während alle anderen Zusammenhänge einem mittelgroßen Effekt entsprechen. Zudem zeigten sich zwischen

allen Skalen der Selbstversion des KIDSCREEN-27 und der Skala Prosoziales Verhalten des SDQ signifikant positive Zusammenhänge (s. Tabelle 29). Der Zusammenhang zwischen der Skala *Schulisches Umfeld* und der Skala *Prosoziales Verhalten* entspricht einem kleinen Effekt. Die anderen Zusammenhänge entsprechen einem mittelgroßen Effekt.

Tabelle 29

Korrelationen zwischen den Werten der Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion) und ihren Werten auf den Skalen des SDQ

Skalen	SDQ Gesamtwert	SDQ Prosoziales Verhalten
Körperliches Wohlbefinden	-.46**	.31**
Psychologisches Wohlbefinden	-.55**	.41**
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	-.31**	.36**
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	-.43**	.45**
Schulisches Umfeld	-.49**	.29**

Anmerkung. Zweiseitiger Test; * $p \leq .01$, ** $p \leq .001$

Dieselbe Analyse mit den Angaben der Pflegeeltern in der Fremdversion des KIDSCREEN-27 zeigte ein vergleichbares Ergebnis (s. Tabelle 30). Es ergaben sich zwischen allen Skalen der Fremdversion des KIDSCREEN-27 und dem *Gesamtproblemwert* des SDQ signifikant negative Zusammenhänge.

Die Zusammenhänge zwischen den Skalen *Psychologisches Wohlbefinden*, *Soziale Unterstützung und Gleichaltrige* sowie *Schulisches Umfeld* und dem *Gesamtproblemwert* des SDQ entsprechen einem großen Effekt. Der Zusammenhang zwischen der Skala *Körperliches Wohlbefinden* und dem *Gesamtwert* des SDQ entspricht einem mittel-

großen Effekt, während der Zusammenhang der Skala *Beziehung zu Eltern und Autonomie* und dem *Gesamtwert* des SDQ einem kleinen Effekt entspricht.

Zudem zeigten sich zwischen allen Skalen der Fremdversion des KIDSCREEN-27 und der Skala *Prosoziales Verhalten* des SDQ signifikant positive Zusammenhänge (s. Tabelle 30). Die Zusammenhänge entsprechen für die Skalen *Psychologisches Wohlbefinden*, *Soziale Unterstützung und Gleichaltrige* und *Schulisches Umfeld* einem mittelgroßen Effekt. Die Zusammenhänge zwischen den Skalen *Körperliches Wohlbefinden* sowie *Beziehung zu Eltern und Autonomie* und der Skala *Prosoziales Verhalten* des SDQ entsprechen einem kleinen Effekt.

Tabelle 30

Korrelationen zwischen den Werten der Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion) und ihren Werten auf den Skalen des SDQ

Skalen	SDQ Gesamtwert	SDQ Prosoziales Verhalten
Körperliches Wohlbefinden	-.45**	.23**
Psychologisches Wohlbefinden	-.59**	.39**
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	-.28**	.23**
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	-.50**	.43**
Schulisches Umfeld	-.67**	.38**

Anmerkung. Zweiseitiger Test; * $p \leq .01$, ** $p \leq .001$

Es wurde weiterhin explorativ überprüft, ob sich die selbstberichtete GLQ von Pflegekindern ($n = 27$), die eine amtlich anerkannte Behinderung haben, von der GLQ anderer Pflegekinder ($n = 104$) unterscheidet.

Es zeigte sich, dass die Pflegekinder mit einer amtlich anerkannten Behinderung auf den Skalen *Körperliches Wohlbefinden* und *Soziale Unterstützung und Gleichaltrige* des KIDSCREEN-27 im Durchschnitt niedrigere Werte berichteten als die Pflegekinder ohne eine amtlich anerkannte Behinderung (s. Tabelle 31). Insgesamt zeigte sich allerdings auf keiner der Skalen ein signifikanter Mittelwertunterschied.

Tabelle 31

Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder ohne eine amtliche anerkannte Behinderung mit den Mittelwerten der Pflegekinder mit einer amtlich anerkannten Behinderung auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)

Skalen	KIDSCREEN-27	KIDSCREEN-27	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Keine Behinderung (<i>n</i> = 104)	Amtliche Behinderung (<i>n</i> = 27)			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Körperliches Wohlbefinden	50.44 (10.08)	46.05 (8.36)	2.08	.039	-.47
Psychologisches Wohlbefinden	46.57 (9.05)	47.97 (9.97)	-.71	.481	.15
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	50.36 (9.48)	49.06 (8.64)	.65	.519	-.14
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	45.48 (9.37)	41.32 (12.55)	1.91	.059	-.37
Schulisches Umfeld	47.25 (9.71)	50.12 (10.84)	-1.34	.184	.28

Anmerkung. Zweiseitiger Test; $p^* \leq .01$

Es wurde zudem überprüft, ob sich die fremdberichtete GLQ von Pflegekindern mit und ohne amtlich anerkannte Behinderung unterscheidet. Die Pflegekinder mit einer amtlich anerkannten Behinderung erzielten signifikant niedrigere Werte auf den Skalen *Körperliches Wohlbefinden* und *Soziale Unterstützung und Gleichaltrige* der Fremdversion des KIDSCREEN-27 als die Pflegekinder ohne eine amtlich anerkannte Behinderung (s.

Tabelle 32). Die Effektgrößen der Mittelwertunterschiede entsprechen einem mittelgroßen Effekt. Auf den anderen Skalen zeigte sich kein signifikanter Mittelwertunterschied.

Tabelle 32

Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder ohne eine amtliche anerkannte Behinderung mit den Mittelwerten der Pflegekinder mit einer amtlich anerkannten Behinderung auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)

Skalen	Fremdversion KIDSCREEN-27 Keine Behinderung (n = 104)	Fremdversion KIDSCREEN-27 Amtliche Behinderung (n = 25)	t	p	d
	M (SD)	M (SD)			
Körperliches Wohlbefinden	51.68 (10.22)	45.59 (9.34)	2.80	.006	-.62
Psychologisches Wohlbefinden	45.23 (10.26)	46.60 (11.08)	-.61	.545	.13
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	50.13 (7.88)	49.69 (6.29)	.27	.790	-.06
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	45.64 (10.46)	38.74 (15.06)	2.77	.006	-.54
Schulisches Umfeld	44.57 (10.23)	43.06 (11.23)	.67	.504	-.14

Anmerkung. Zweiseitiger Test; $p^* \leq .01$

Es wurde außerdem überprüft, ob sich die selbstberichtete GLQ von Pflegekindern ($n = 35$), die regelmäßig Medikamente einnehmen müssen, von der GLQ anderer Pflegekinder ($n = 96$) unterscheidet.

Es zeigte sich, dass die Pflegekinder mit einer Dauermedikation auf den Skalen *Körperliches Wohlbefinden* und *Beziehung zu Eltern und Autonomie* des KIDSCREEN-27 im Durchschnitt signifikant niedrigere Werte berichteten als die Pflegekinder ohne Dauermedikation (s. Tabelle 33). Die Effektgröße der Mittelwertunterschiede entspricht einem mittelgroßen Effekt. Die Mittelwertunterschiede auf den anderen Skalen erreichten keine statistische Signifikanz.

Tabelle 33

Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder ohne Dauermedikation mit den Mittelwerten der Pflegekinder mit einer Dauermedikation auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)

Skalen	KIDSCREEN-27	KIDSCREEN-27	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Keine Medikamente (<i>n</i> = 96)	Regelmäßige Medikamente (<i>n</i> = 35)			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Körperliches Wohlbefinden	51.11 (9.39)	45.21 (10.03)	3.12	.002	-.60
Psychologisches Wohlbefinden	47.24 (8.73)	45.80 (10.53)	.79	.431	-.15
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	51.44 (9.36)	46.41 (8.16)	2.81	.006	-.57
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	45.86 (9.14)	41.25 (12.15)	2.33	.022	-.43
Schulisches Umfeld	48.11 (10.19)	47.12 (9.49)	.50	.617	-.10

Anmerkung. Zweiseitiger Test; $p^* \leq .01$

Es wurde zudem überprüft, ob sich die fremdberichtete GLQ von Pflegekindern mit und ohne Dauermedikation unterscheidet. Die Pflegekinder mit einer Dauermedikation erzielten im Durchschnitt signifikant niedrigere Werte auf den Skalen *Körperliches Wohlbefinden*, *Psychologisches Wohlbefinden* und *Soziale Unterstützung und Gleichaltrige* der Fremdversion des KIDSCREEN-27 als die Pflegekinder ohne eine Dauermedikation (s. Tabelle 34). Auf der Skala *Psychologisches Wohlbefinden* entspricht die Effektgröße der Mittelwertunterschiede einem kleinen Effekt, auf den anderen beiden Skalen einem mittelgroßen Effekt. Auf den anderen Skalen zeigte sich kein signifikanter Mittelwertunterschied.

Es wurde zudem explorativ überprüft, ob sich die selbst- und die fremdberichtete GLQ der Pflegekinder, die in den letzten drei Monaten wiederholt unter Bauchschmerzen gelitten hatten, von der GLQ der anderen Pflegekinder unterscheidet.

Tabelle 34

Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder ohne Dauermedikation mit den Mittelwerten der Pflegekinder mit einer Dauermedikation auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)

Skalen	Fremdversion KIDSCREEN-27 Keine Medikamente (n = 96)	Fremdversion KIDSCREEN-27 Regelmäßige Medikamente (n = 35)	t	p	d
	M (SD)	M (SD)			
Körperliches Wohlbefinden	52.50 (9.59)	44.71 (10.17)	4.04	.000	-.79
Psychologisches Wohlbefinden	46.79 (10.11)	41.99 (10.53)	2.38	.019	-.47
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	50.69 (7.63)	48.22 (7.16)	1.65	.102	-.33
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	46.44 (10.31)	38.11 (13.69)	3.74	.000	-.69
Schulisches Umfeld	45.46 (10.67)	40.98 (9.04)	2.21	.29	-.45

Anmerkung. Zweiseitiger Test; $p^* \leq .01$

Tabelle 35

Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder ohne Bauchschmerzen mit den Mittelwerten der Pflegekinder mit regelmäßigen Bauchschmerzen auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)

Skalen	KIDSCREEN-27 Keine regelmäßigen Bauschmerzen (n = 84)	KIDSCREEN-27 Regelmäßige Bauschmerzen (n = 47)	t	p	d
	M (SD)	M (SD)			
Körperliches Wohlbefinden	50.69 (10.80)	47.48 (7.67)	-1.80	.074	-.34
Psychologisches Wohlbefinden	47.66 (9.51)	45.45 (8.60)	-1.33	.186	-.24
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	49.66 (8.34)	50.87 (10.86)	.71	.478	.13
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	44.21 (10.94)	45.36 (8.75)	.62	.537	.12
Schulisches Umfeld	47.89 (10.30)	47.77 (9.50)	-.07	.948	-.01

Anmerkung. Zweiseitiger Test; $p^* \leq .01$

Es zeigte sich, dass die Pflegekinder mit wiederholten Bauchschmerzen im Durchschnitt einen niedrigeren Wert auf der Skala Körperliches Wohlbefinden des KIDSCREEN-27 berichteten als die Pflegekinder ohne regelmäßige Bauchschmerzen, der Mittelwertunterschied aber keine statistische Signifikanz erreichte (s. Tabelle 35). Auf den anderen Skalen ergaben sich keine signifikanten Mittelwertunterschiede.

Dieselbe Analyse mit den Angaben der Pflegeeltern in der Fremdversion des KIDSCREEN-27 ergab, dass Pflegekinder mit wiederholten Bauchschmerzen im Durchschnitt signifikant niedrigere Werte auf der Skala *Psychologisches Wohlbefinden* erzielten als die Pflegekinder ohne wiederholte Bauchschmerzen (s. Tabelle 36). Die Effektstärke des Mittelwertunterschieds entspricht einem kleinen Effekt. Auf der Skala *Körperliches Wohlbefinden* erzielten die Pflegekinder mit wiederholten Bauchschmerzen im Durchschnitt einen niedrigeren Wert als die anderen Pflegekinder, aber der Mittelwertunterschied erreichte keine statistische Signifikanz. Auf den anderen Skalen zeigten sich keine signifikanten Mittelwertunterschiede.

Es wurde weiterhin explorativ untersucht, ob sich die selbst- und fremdberichtete GLQ der Pflegekinder, die in den letzten drei Monaten wiederholt unter Kopfschmerzen gelitten hatten, von der GLQ der anderen Pflegekinder unterscheidet.

Die Pflegekinder mit wiederholten Kopfschmerzen berichteten im Durchschnitt signifikante niedrigere Werte auf den Skalen *Körperliches Wohlbefinden* und *Psychologisches Wohlbefinden* des KIDSCREEN-27 als die Pflegekinder ohne Kopfschmerzen (s. Tabelle 37). Die Effektgröße der Mittelwertunterschiede entspricht einem mittelgroßen Effekt. Auf den anderen Skalen ergaben sich keine signifikanten Mittelwertunterschiede.

Tabelle 36

Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder ohne regelmäßige Bauchschmerzen mit den Mittelwerten der Pflegekinder mit regelmäßigen Bauchschmerzen auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)

Skalen	Fremdversion KIDSCREEN-27 Keine regelmäßigen Bauchschmerzen (<i>n</i> = 84)	Fremdversion KIDSCREEN-27 Regelmäßige Bauchschmerzen (<i>n</i> = 47)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)			
Körperliches Wohlbefinden	51.84 (10.52)	47.88 (9.51)	-2.14	.034	-.40
Psychologisches Wohlbefinden	46.40 (9.99)	42.15 (10.39)	-2.84	.005	-.42
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	50.36 (7.36)	49.84 (7.95)	-.63	.527	-.07
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	44.95 (12.16)	42.91 (11.21)	-.94	.347	-.17
Schulisches Umfeld	44.51 (11.16)	43.80 (9.04)	-.37	.710	-.07

Anmerkung. Zweiseitiger Test; $p^* \leq .01$

Tabelle 37

Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder ohne regelmäßige Kopfschmerzen mit den Mittelwerten der Pflegekinder mit regelmäßigen Kopfschmerzen auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)

Skalen	KIDSCREEN-27 Keine regelmäßigen Kopfschmerzen (<i>n</i> = 89)	KIDSCREEN-27 Regelmäßige Kopfschmerzen (<i>n</i> = 42)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)			
Körperliches Wohlbefinden	51.15 (10.34)	46.11 (7.90)	-2.80	.006	-.55
Psychologisches Wohlbefinden	48.47 (9.08)	43.45 (8.67)	-3.00	.003	-.57
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	50.10 (8.77)	50.08 (10.46)	-.01	.989	.00
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	45.37 (9.18)	43.05 (12.03)	-1.22	.226	-.22
Schulisches Umfeld	48.95 (10.40)	45.51 (8.69)	-1.85	.066	-.36

Anmerkung. Zweiseitiger Test; $p^* \leq .01$

Dieselbe Analyse mit den Angaben der Pflegeeltern in der Fremdversion des KIDSCREEN-27 ergab, dass Pflegekinder mit wiederholten Kopfschmerzen im Durchschnitt signifikant niedrigere Werte auf der Skala *Körperliches Wohlbefinden* erzielten als die Pflegekinder ohne wiederholte Kopfschmerzen (s. Tabelle 38).

Tabelle 38

Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder ohne regelmäßige Kopfschmerzen mit den Mittelwerten der Pflegekinder mit regelmäßigen Kopfschmerzen auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)

Skalen	Fremdversion KIDSCREEN-27 Keine regelmäßigen Kopfschmerzen (<i>n</i> = 89)	Fremdversion KIDSCREEN-27 Regelmäßige Kopfschmerzen (<i>n</i> = 42)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)			
Körperliches Wohlbefinden	52.50 (10.00)	46.00 (9.62)	-3.51	.001	-.66
Psychologisches Wohlbefinden	46.85 (10.43)	42.67 (9.90)	-2.18	.031	-.41
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	50.26 (6.89)	49.58 (8.94)	-.47	.640	-.09
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	45.77 (11.22)	40.92 (12.52)	-2.23	.028	-.41
Schulisches Umfeld	45.31 (10.78)	42.02 (9.34)	-1.70	.091	-.33

Anmerkung. Zweiseitiger Test; $p^* \leq .01$

Die Effektstärke des Mittelwertunterschieds entspricht einem mittelgroßen Effekt. Auf der Skala *Psychologisches Wohlbefinden* erzielten die Pflegekinder mit wiederholten Kopfschmerzen im Durchschnitt einen niedrigeren Wert als die anderen Pflegekinder, aber der Mittelwertunterschied erreichte keine statistische Signifikanz. Auf den anderen Skalen zeigten sich keine signifikanten Mittelwertunterschiede.

3.3.3 Zusammenhang von Belastungserfahrungen mit der GLQ

Es wurden explorativ die Zusammenhänge der selbst- und fremdberichteten GLQ von Pflegekindern mit der Anzahl der Wechsel der engen Bezugspersonen untersucht. Es zeigten sich dabei zwischen keiner der Skalen der Selbstversion des KIDSCREEN-27 und der Anzahl der Wechsel der engen Bezugspersonen signifikante Zusammenhänge (s. Tabelle 39).

Tabelle 39

Korrelationen zwischen den Werten der Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion) und ihren Anzahl der Wechsel der engen Bezugspersonen

Skalen	Anzahl Wechsel
Körperliches Wohlbefinden	.03
Psychologisches Wohlbefinden	-.09
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	.04
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	-.12
Schulisches Umfeld	-.08

Anmerkung. Zweiseitiger Test; * $p \leq .01$, ** $p \leq .001$

Dieselbe Analyse mit den Angaben der Pflegeeltern in der Fremdversion des KIDSCREEN-27 ergab ebenfalls keine signifikanten Zusammenhänge (s. Tabelle 40). Es zeigte sich allerdings ein marginal signifikanter negativer Zusammenhang zwischen den Werten auf der Skala *Psychologisches Wohlbefinden* und der Anzahl der Wechsel der engen Bezugspersonen.

Es wurde zudem explorativ überprüft, ob sich die selbstberichtete GLQ von Pflegekindern ($n = 93$), die in ihrer frühen Kindheit vernachlässigt worden sind, von der

selbstberichteten GLQ von Pflegekindern ($n = 14$), die nicht vernachlässigt worden sind, unterscheidet.

Tabelle 40

Korrelationen zwischen den Werten der Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion) und ihren Anzahl der Wechsel der engen Bezugspersonen

Skalen	Anzahl Wechsel
Körperliches Wohlbefinden	-.12
Psychologisches Wohlbefinden	-.22
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	-.04
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	-.16
Schulisches Umfeld	-.16

Anmerkung. Zweiseitiger Test; * $p \leq .01$, ** $p \leq .001$

In der Gruppe der vernachlässigten Pflegekinder hatte knapp die Hälfte der Pflegekinder ($n = 43$) neben der Vernachlässigung zusätzlich körperlichen Missbrauch (z.B. Schläge) sowie ein geringerer Anteil an Pflegekinder ($n = 7$) zusätzlich sexuellen Missbrauch erlitten. Die in ihrer frühen Kindheit vernachlässigten Pflegekinder berichteten im Durchschnitt einen signifikant niedrigeren Wert auf der Skala *Psychologisches Wohlbefinden* des KIDSCREEN-27 als die nicht vernachlässigten Pflegekinder (s. Tabelle 41). Die Effektgröße der Mittelwertunterschiede entspricht einem großen Effekt. Auf den anderen Skalen ergaben sich keine signifikanten Mittelwertunterschiede.

Es wurde zudem überprüft, wie sich die fremdberichtete GLQ von Pflegekinder ($n = 93$), die in ihrer frühen Kindheit vernachlässigt worden sind, von der fremdberichteten GLQ von Pflegekindern ($n = 14$), die nicht vernachlässigt worden sind, unterscheidet.

Tabelle 41

Vergleich der Mittelwerte der vernachlässigten Pflegekinder mit den Mittelwerten der nicht vernachlässigten Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)

Skalen	KIDSCREEN-27 Vernachlässigung (n = 93)	KIDSCREEN-27 Keine Vernachlässigung (n = 14)	t	p	d
	M (SD)	M (SD)			
Körperliches Wohlbefinden	49.27 (10.59)	50.97 (8.89)	-.57	.571	.17
Psychologisches Wohlbefinden	46.29 (9.66)	53.91 (4.98)	-2.89	.005	.83
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	50.13 (9.62)	51.72 (8.21)	-.59	.557	.17
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	44.62 (10.88)	49.12 (6.57)	-1.50	.136	.43
Schulisches Umfeld	47.75 (9.90)	52.83 (7.00)	-1.85	.067	.53

Anmerkung. Zweiseitiger Test; $p^* \leq .01$

Tabelle 42

Vergleich der Mittelwerte der vernachlässigten Pflegekinder mit den Mittelwerten der nicht vernachlässigten Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)

Skalen	Fremdversion KIDSCREEN-27 Vernachlässigung (n = 93)	Fremdversion KIDSCREEN-27 Keine Vernachlässigung (n = 14)	t	p	d
	M (SD)	M (SD)			
Körperliches Wohlbefinden	49.94 (10.38)	51.99 (10.48)	-.69	.492	.20
Psychologisches Wohlbefinden	44.06 (10.31)	54.34 (7.85)	-3.57	.001	1.02
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	49.12 (7.66)	52.08 (8.51)	-1.33	.381	.30
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	42.70 (12.71)	49.64 (5.88)	-2.01	.048	.58
Schulisches Umfeld	43.82 (10.27)	50.03 (7.21)	-2.18	.032	.63

Anmerkung. Zweiseitiger Test; $p^* \leq .01$

Die Pflegeeltern berichten bei den in ihrer frühen Kindheit vernachlässigten Pflegekindern im Durchschnitt einen signifikant niedrigeren Wert auf der Skala *Psychologisches Wohlbefinden* des KIDSCREEN-27 als bei den nicht vernachlässigten Pflegekindern (s. Tabelle 42). Die Effektgröße des Mittelwertunterschieds entspricht einem großen Effekt. Auf den anderen Skalen ergaben sich keine signifikanten Mittelwertunterschiede.

Es wurde weiterhin überprüft, ob sich die selbst- und fremdberichtete GLQ von Pflegekindern, deren leiblichen Mütter in der Schwangerschaft regelmäßig Alkohol getrunken haben, von der selbst- und fremdberichteten GLQ von Pflegekindern, deren Mütter in der Schwangerschaft keinen Alkohol getrunken haben, unterscheidet.

Die Pflegekinder, deren Mütter in der Schwangerschaft Alkohol getrunken haben, berichteten auf allen Skalen des KIDSCREEN-27 außer auf der Skala *Beziehung zu Eltern und Autonomie* im Durchschnitt niedrigere Werte, aber die Mittelwertunterschiede erreichten keine statistische Signifikanz (s. Tabelle 43).

Bei der fremdberichteten GLQ erzielten die Pflegekinder, deren Mütter in der Schwangerschaft Alkohol getrunken hatten, im Durchschnitt auf der Skala *Schulisches Umfeld* der Fremdversion des KIDSCREEN-27 einen signifikant niedrigeren Wert (s. Tabelle 44). Die Effektstärke des Mittelwertunterschieds entspricht einem großen Effekt. Auf der Skala *Psychologisches Wohlbefinden* erzielten die Pflegekinder, deren Mütter in der Schwangerschaft Alkohol konsumiert hatten, einen marginal signifikant niedrigeren Wert. Die Mittelwertunterschiede auf den anderen Skalen fielen nicht signifikant aus.

Tabelle 43

Vergleich der Mittelwerte der *in utero* alkoholexponierten Pflegekinder mit den Mittelwerten der *in utero* nicht alkoholexponierten Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)

Skalen	KIDSCREEN-27	KIDSCREEN-27	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Kein Alkohol (<i>n</i> = 10)	Alkohol (<i>n</i> = 32)			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Körperliches Wohlbefinden	55.35 (11.60)	47.96 (8.79)	2.15	.038	-.72
Psychologisches Wohlbefinden	52.76 (5.79)	46.56 (8.39)	2.17	.036	-.86
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	51.58 (6.28)	51.77 (10.76)	-.52	.959	.02
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	46.52 (11.53)	43.28 (12.57)	.726	.472	-.27
Schulisches Umfeld	52.49 (6.83)	48.39 (10.32)	1.17	.247	-.47

Anmerkung. Zweiseitiger Test; $p^* \leq .01$

Tabelle 44

Vergleich der Mittelwerte der *in utero* alkoholexponierten Pflegekinder mit den Mittelwerten der *in utero* nicht alkoholexponierten Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)

Skalen	Fremdversion	Fremdversion	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	KIDSCREEN-27 Kein Alkohol (<i>n</i> = 10)	KIDSCREEN-27 Alkohol (<i>n</i> = 32)			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Körperliches Wohlbefinden	53.26 (11.10)	49.28 (8.42)	1.21	.234	-.40
Psychologisches Wohlbefinden	54.43 (9.40)	45.74 (10.03)	2.42	.020	-.90
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	52.32 (8.82)	50.91 (6.85)	.53	.601	-.19
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	47.54 (11.73)	43.51 (13.86)	.830	.411	-.31
Schulisches Umfeld	53.23 (10.59)	44.15 (8.80)	2.72	.010	-.93

Anmerkung. Zweiseitiger Test; $p^* \leq .01$

3.3.4 Zusammenhang soziodemographischer Merkmale der Pflegefamilie mit der GLQ

Es wurde überprüft, ob sich die selbstberichtete GLQ von Pflegekinder alleinerziehende Pflegeeltern und bei Pflegekindern nicht-alleinerziehende Pflegeeltern unterscheidet. Es zeigten sich zwischen diesen beiden Gruppen auf keiner der fünf Skalen des KIDSCREEN-27 signifikante Mittelwertunterschiede (s. Tabelle 45).

Es wurde zudem überprüft, ob sich die fremdberichtete GLQ von Pflegekindern von alleinerziehenden Pflegeeltern und bei Pflegekindern von nicht-alleinerziehenden Pflegeeltern unterscheidet. Die Pflegekinder von nicht-alleinerziehenden Pflegeeltern erzielten auf der Skala *Körperliches Wohlbefinden* der Fremdversion des KIDSCREEN-27 im Durchschnitt einen marginal signifikant niedrigeren Wert als die Pflegekinder von alleinerziehenden Pflegekindern (s. Tabelle 46). Auf den anderen Skalen ergaben sich keine signifikanten Mittelwertunterschiede zwischen der Gruppe der Pflegekinder alleinerziehender Pflegeeltern und der Gruppe der Pflegekinder von nicht-alleinerziehender Pflegeeltern.

Es wurde weiterhin überprüft, ob sich die selbstberichtete GLQ von Pflegekindern, in deren Pflegefamilie zusätzlich Pflegekinder zur Kurzzeitpflege aufgenommen werden, von der GLQ von Pflegekindern, in deren Pflegefamilie keine weiteren Pflegekinder zur Kurzzeitpflege aufgenommen werden, unterscheidet. Es zeigten sich zwischen den beiden Gruppen von Pflegekindern auf keiner der Skalen der Selbstversion des KIDSCREEN-27 signifikante Mittelwertunterschiede (s. Tabelle 47).

Dieselbe Analyse mit den Angaben der Pflegeeltern in der Fremdversion des KIDSCREEN-27 ergab zwischen diesen beiden Gruppen von Pflegekindern keine signifikanten Mittelwertunterschiede (s. Tabelle 48).

Tabelle 45

Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder alleinerziehender Pflegeeltern mit den Mittelwerten der Pflegekinder nicht alleinerziehender Pflegeeltern auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)

Skalen	KIDSCREEN-27 Nicht alleinerziehend (n = 110)	KIDSCREEN-27 alleinerziehend (n = 21)	t	p	d
	M (SD)	M (SD)			
Körperliches Wohlbefinden	48.76 (10.02)	53.62 (8.19)	-2.09	.038	.50
Psychologisches Wohlbefinden	46.34 (9.60)	49.57 (6.41)	-1.48	.142	.35
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	49.65 (9.26)	52.44 (9.40)	-1.27	.208	.29
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	44.06 (9.83)	47.58 (11.71)	-1.45	.149	.35
Schulisches Umfeld	47.86 (10.41)	47.78 (7.55)	0.39	.969	.00

Anmerkung. Zweiseitiger Test; $p^* \leq .01$

Tabelle 46

Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder alleinerziehender Pflegeeltern mit den Mittelwerten der Pflegekinder nicht alleinerziehender Pflegeeltern auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)

Skalen	Fremdversion KIDSCREEN-27 Nicht alleinerziehend (n = 110)	Fremdversion KIDSCREEN-27 alleinerziehend (n = 21)	t	p	d
	M (SD)	M (SD)			
Körperliches Wohlbefinden	49.46 (10.38)	55.47 (8.42)	-2.50	.014	.60
Psychologisches Wohlbefinden	45.20 (10.85)	47.14 (7.72)	-0.78	.436	.19
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	49.68 (7.17)	51.96 (9.31)	-1.27	.207	.30
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	43.77 (12.09)	46.58 (10.29)	-1.00	.321	.24
Schulisches Umfeld	43.78 (10.63)	46.78 (9.07)	-1.21	.228	.29

Anmerkung. Zweiseitiger Test; $p^* \leq .01$

Tabelle 47

Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder aus Pflegefamilien ohne Kurzzeitpflege mit den Mittelwerten der Pflegekinder aus Pflegefamilien mit Kurzzeitpflege auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)

Skalen	KIDSCREEN-27	KIDSCREEN-27	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Keine Kurzzeitpflege (<i>n</i> = 105)	Kurzzeitpflege (<i>n</i> = 26)			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Körperliches Wohlbefinden	49.37 (10.20)	50.20 (8.62)	-0.38	.706	.08
Psychologisches Wohlbefinden	46.52 (9.08)	48.24 (9.84)	-0.85	.397	.19
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	49.49 (8.82)	52.55 (10.87)	-1.51	.133	.33
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	43.86 (9.26)	47.74 (13.06)	-1.75	.082	.38
Schulisches Umfeld	48.24 (10.16)	46.24 (9.23)	0.92	.361	-.20

Anmerkung. Zweiseitiger Test; $p^* \leq .01$

Tabelle 48

Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder aus Pflegefamilien ohne Kurzzeitpflege mit den Mittelwerten der Pflegekinder aus Pflegefamilien mit Kurzzeitpflege auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion)

Skalen	Fremdversion	Fremdversion	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	KIDSCREEN-27 Keine Kurzzeitpflege (<i>n</i> = 105)	KIDSCREEN-27 Kurzzeitpflege (<i>n</i> = 26)			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Körperliches Wohlbefinden	50.54 (10.16)	49.94 (11.07)	0.27	.790	-.06
Psychologisches Wohlbefinden	45.65 (10.92)	44.97 (8.16)	0.30	.767	-.07
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	49.62 (7.37)	51.73 (8.22)	-1.27	.206	.28
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	44.36 (11.61)	43.67 (12.87)	0.27	.790	-.06
Schulisches Umfeld	44.47 (10.74)	43.43 (9.17)	0.45	.651	-.10

Anmerkung. Zweiseitiger Test; $p^* \leq .01$

Außerdem wurde getestet, ob sich die GLQ von Pflegekindern, die in einer ländlichen Umgebung leben, von der GLQ von Pflegekindern, die in einer der städtischen Umgebung leben, unterscheidet.

Die Pflegekinder, die in einer ländlichen Umgebung leben, berichteten auf der Skala *Beziehung zu Eltern und Autonomie* des KIDSCREEN-27 im Durchschnitt einen marginal signifikant höheren Wert als die Pflegekinder, die in einer städtischen Umgebung leben (s. Tabelle 49). Auf den anderen Skalen des KIDSCREEN-27 zeigten sich keine signifikanten Mittelwertunterschiede.

Dieselbe Analyse mit den Angaben der Pflegeeltern in der Fremdversion des KIDSCREEN-27 ergab zwischen diesen beiden Gruppen von Pflegekindern keine signifikanten Mittelwertunterschiede (s. Tabelle 50).

Tabelle 49

Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder aus ländlicher Umgebung mit den Mittelwerten der Pflegekinder aus städtischer Umgebung auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion)

Skalen	KIDSCREEN-27	KIDSCREEN-27	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Ländliche Umgebung (<i>n</i> = 79)	Städtische Umgebung (<i>n</i> = 52)			
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)			
Körperliches Wohlbefinden	49.96 (9.09)	48.89 (11.04)	0.60	.548	-.11
Psychologisches Wohlbefinden	47.72 (9.58)	45.55 (8.58)	1.32	.189	-.24
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	51.70 (9.20)	47.65 (8.99)	2.49	.014	-.45
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	45.00 (9.65)	44.07 (11.03)	0.51	.612	-.01
Schulisches Umfeld	48.77 (9.35)	46.44 (10.81)	1.31	.194	-.23

Anmerkung. Zweiseitiger Test; $p^* \leq .01$

Tabelle 50

Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder aus ländlicher Umgebung mit den Mittelwerten der Pflegekinder aus städtischer Umgebung auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27

(Fremdversion)

Skalen	Fremdversion	Fremdversion	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	KIDSCREEN-27 Ländliche Umgebung (<i>n</i> = 79)	KIDSCREEN-27 Städtische Umgebung (<i>n</i> = 52)			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Körperliches Wohlbefinden	50.08 (9.41)	50.94 (11.62)	-0.47	.642	.08
Psychologisches Wohlbefinden	45.72 (10.42)	45.20 (10.48)	0.28	.781	-.05
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	51.07 (7.62)	48.46 (7.27)	1.94	.054	-.35
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	44.53 (11.85)	43.74 (11.88)	0.37	.711	-.07
Schulisches Umfeld	45.25 (9.71)	42.75 (11.34)	1.35	.180	-.24

Anmerkung. Zweiseitiger Test; $p^* \leq .01$

Es wurde weiterhin untersucht, ob sich die selbstberichtete GLQ von Pflegekindern über die folgenden drei Formen von Pflegeverhältnissen unterscheidet: Dauerpflegefamilien, professionelle Erziehungsstellen und sonder- und heilpädagogische Pflegefamilien. Das Pflegeverhältnis der Verwandtschaftspflege wurde aufgrund der geringen Anzahl ($n = 5$) von der Analyse ausgeschlossen.

Dazu wurden für jede Skala des KIDSCREEN-27 eine einfaktorielle Varianzanalyse gerechnet und es ergab sich auf den Skalen *Körperliches Wohlbefinden* ($F(2,122) = 2.01, p = .139$), *Psychologisches Wohlbefinden* ($F(2,122) = 0.02, p = .980$), *Beziehung zu Eltern und Autonomie* ($F(2,122) = 1.46, p = .236$), *Soziale Unterstützung und Gleichaltrige* ($F(2,122) = 2.12, p = .125$) und *Schulisches Umfeld* ($F(2,122) = 0.83, p = .439$) kein signifikanter Haupteffekt des Faktors Art des Pflegeverhältnisses.

Dieselbe Analyse mit den Angaben der Pflegeeltern in der Fremdversion ergab auf den Skalen *Körperliches Wohlbefinden* ($F(2,122) = 1.11, p = .333$), *Psychologisches Wohlbefinden* ($F(2,122) = 0.30, p = .741$), *Beziehung zu Eltern und Autonomie* ($F(2,122) = 0.02, p = .982$), *Soziale Unterstützung und Gleichaltrige* ($F(2,122) = 1.81, p = .168$) und *Schulisches Umfeld* ($F(2,122) = 2.67, p = .073$) ebenfalls keinen signifikanten Haupteffekt des Faktors Art des Pflegeverhältnisses.

Des Weiteren wurden die Zusammenhänge der Anzahl weiterer Pflegekinder in der Pflegefamilie, der Anzahl weiterer leiblicher Kinder der Pflegeeltern in der Pflegefamilie sowie dem zur Verfügung stehenden Einkommen der Pflegeeltern mit der GLQ der Pflegekinder untersucht.

Es zeigte sich dabei, dass sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen diesen Merkmalen der Pflegefamilie und den Skalen der Selbst- und der Fremdversion des KIDSCREEN-27 ergaben (s. Tabelle 51 und Tabelle 52).

Tabelle 51

Korrelationen zwischen den Werten der Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Selbstversion) und Merkmalen ihrer Pflegefamilie (Weitere Pflegekinder, leibliche Kinder, Einkommen)

Skalen	Weitere Pflegekinder	Leibliche Kinder	Einkommen
Körperliches Wohlbefinden	.01	.05	.05
Psychologisches Wohlbefinden	-.06	.03	-.02
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	-.09	-.17	-.16
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	-.01	-.02	-.01
Schulisches Umfeld	.01	-.08	.17

Anmerkung. Zweiseitiger Test; * $p \leq .01$, ** $p \leq .001$

Tabelle 52

Korrelationen zwischen den Werten der Pflegekinder auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27 (Fremdversion) und Merkmalen ihrer Pflegefamilie (Weitere Pflegekinder, leibliche Kinder, Einkommen)

Skalen	Weitere		
	Pflegekinder	Leibliche Kinder	Einkommen
Körperliches Wohlbefinden	.07	.12	.15
Psychologisches Wohlbefinden	.04	.08	-.03
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	-.04	.09	.03
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	-.07	-.03	.09
Schulisches Umfeld	-.03	.40	.06

Anmerkung. Zweiseitiger Test; * $p \leq .01$, ** $p \leq .001$

3.3.5 Vergleich von Selbst- und Fremdurteil

Es wurde überprüft, ob sich die selbst- und die fremdberichtete GLQ von Pflegekindern unterscheiden. Es zeigten sich auf den Skalen *Körperliches Wohlbefinden*, *Psychologisches Wohlbefinden*, *Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie* und *Soziale Unterstützung und Gleichaltrige* keine signifikanten Unterschiede zwischen den selbstberichteten Mittelwerten der Pflegekinder im KIDSCREEN-27 und den fremdberichteten Mittelwerten der Pflegeeltern in der Fremdversion des KIDSCREEN-27 (s. Tabelle 53). Einzig auf der Skala *Schulisches Umfeld* berichteten die Pflegeeltern im Durchschnitt signifikant niedrigere Werte als die Pflegekinder selbst und die Effektstärke des Mittelwertunterschieds entspricht einem kleinen Effekt. Die Pflegeeltern berichteten im Durchschnitt ebenfalls einen niedrigeren Wert auf der Skala *Psychologisches Wohlbefinden*, aber der Unterschied erreichte keine statistische Signifikanz.

Die Vergleiche der selbst- und fremdberichteten Werte mit den entsprechenden Normwerten zeigten zusätzlich, dass sich für einzelne Subgruppen auf jeweils unter-

schiedlichen Skalen ebenfalls Unterschiede in der selbst- und fremdberichteten GLQ ergaben (s. Abschnitt 3.2 und 3.3).

Tabelle 53

Vergleich der Mittelwerte der Pflegekinder in der Selbstversion mit den Mittelwerten der Pflegeeltern in der Fremdversion auf den jeweiligen Skalen des KIDSCREEN-27

Skalen	KIDSCREEN-27	KIDSCREEN-27	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Pflegekinder (<i>n</i> = 131)	Pflegeeltern (<i>n</i> = 131)			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Körperliches Wohlbefinden	49.54 (9.88)	50.42 (10.31)	-1.17	.246	-.09
Psychologisches Wohlbefinden	46.86 (9.22)	45.51 (10.41)	1.91	.059	.14
Beziehung zu (Pflege-) Eltern und Autonomie	50.15 (9.31)	50.04 (7.57)	.16	.874	.01
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	44.62 (10.19)	44.22 (11.82)	.47	.640	.04
Schulisches Umfeld	47.85 (9.98)	44.26 (10.42)	5.35	<.001	.35

Anmerkung. Zweiseitiger Test; $p^* \leq .01$

4. Diskussion

Zuerst sollen die Ergebnisse der Hypothesenüberprüfung bewertet und diskutiert werden. Danach werden die sonstigen Befunde der Studie bewertet und diskutiert. Anschließend werden die Stichprobe und die Durchführung kritisch betrachtet und methodische Einschränkungen benannt. Am Ende werden die aus den Ergebnissen resultierenden Schlussfolgerungen sowie Implikationen für die Praxis dargestellt und Empfehlungen für weitere Untersuchungen in diesem Forschungsfeld gegeben.

4.1 Die GLQ von Pflegekindern

In der vorliegenden Untersuchung sollte überprüft werden, ob Pflegekinder in Deutschland im Vergleich zu einer entsprechenden Altersgruppe der Normalbevölkerung in wichtigen Dimensionen der GLQ ein geringeres Wohlbefinden und eine schlechtere körperliche Funktionsfähigkeit berichten. Ergänzend sollte überprüft werden, ob Pflegeeltern in wichtigen Dimensionen die GLQ ihrer Pflegekinder niedriger einschätzen als die Eltern aus der Normalbevölkerung die GLQ ihrer Kinder.

Wie vermutet, wiesen die Pflegekinder im Vergleich zu einer entsprechenden Altersgruppe der Normalbevölkerung ein geringeres Wohlbefinden und eine schlechtere Funktionsfähigkeit in der körperlichen, psychischen, sozialen und schulischen Dimension der GLQ auf. In der körperlichen und schulischen Dimension fielen die Unterschiede insgesamt gering aus und entsprechen einem kleinen Effekt, während die Pflegekinder in der psychischen und sozialen Dimension ein bedeutsam niedrigeres Wohlbefinden und eine schlechtere Funktionsfähigkeit berichteten. Diese Unterschiede entsprechen einem mittelgroßen Effekt. Die Hypothesen bezüglich dieser vier Dimensionen konnten

damit bestätigt werden. Diese Ergebnisse stimmen mit der Untersuchung von Carbone et al. (2007) überein, die in Australien bei Pflegekindern im Vergleich zur Normalbevölkerung bedeutsam niedrigere Werte in wichtigen Dimensionen der GLQ nachweisen konnten. Zudem haben Untersuchungen bei Kindern mit psychischen Auffälligkeiten gezeigt, dass diese in wichtigen Dimensionen der GLQ unter bedeutsamen Beeinträchtigungen ihres Wohlbefindens und ihrer Funktionsfähigkeit leiden (Ellert et al., 2014; Mattejat, 2003; Ravens-Sieberer, Ellert, et al., 2007; Sawyer et al., 2002). Demgegenüber stehen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung im Widerspruch zu den Ergebnissen der Untersuchung von Damnjanovic et al. (2012). Diese Studie kam zu dem Ergebnis, dass Pflegekinder in Serbien im Vergleich zu einer Normstichprobe keine schlechtere GLQ in der körperlichen, psychischen, sozialen und schulischen Dimension berichteten. Eine Erklärung für die widersprüchlichen Ergebnisse könnte sein, dass die Pflegekinder aus der vorliegenden Untersuchung unter schwerwiegenderen psychischen Auffälligkeiten litten als die Pflegekinder der Stichprobe von Damnjanovic et al. (2012). Ebenfalls könnte es sein, dass die Pflegekinder aus der vorliegenden Untersuchung vor der Aufnahme in ihre Pflegefamilie länger und schwerwiegenderen psychosozialen Belastungserfahrungen ausgesetzt gewesen waren. Da allerdings in der Studie von Damnjanovic et al. (2012) die Stichprobe der Pflegekinder nicht näher beschrieben wurde, müssen die Erklärungsansätze für die unterschiedlichen Ergebnisse beider Studien an dieser Stelle spekulativ bleiben. Es ist zudem zu beachten, dass es aufgrund der national unterschiedlichen sozialen Bedingungen und rechtlichen Voraussetzungen für eine Aufnahme eines Pflegekindes in eine Pflegefamilie nicht ohne weiteres möglich ist, die Ergebnisse der Studien aus dem Ausland auf die Pflegekinder in Deutschland zu übertragen (Wolf, 2008).

In der familiären Dimension der GLQ zeigte sich zwischen den Pflegekindern und einer entsprechenden Altersgruppe der Normalbevölkerung kein signifikanter Unterschied, so dass die zugehörige Hypothese nicht bestätigt werden konnte. Die Pflegekinder berichteten ein vergleichbares familiäres Wohlbefinden wie die Kinder und Jugendlichen aus der Normalbevölkerung, die überwiegend in ihrer Ursprungsfamilie aufwachsen. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass es Pflegeeltern gelingt, gute zwischenmenschliche Beziehungen zu ihren Pflegekindern aufzubauen und die Pflegekinder trotz ihrer Belastungserfahrungen und psychischen Auffälligkeiten gut in ihre Familie zu integrieren. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen vereinzelt auch andere deutsche Studien (Kindler et al., 2011; Kötter, 1997). Carbone et al. (2007) konnten ebenfalls zeigen, dass Pflegekinder in Australien ein vergleichbares familiäres Zusammengehörigkeitsgefühl (family cohesion) berichteten Kinder und Jugendliche aus der Normalbevölkerung.

Wie vermutet berichteten die Pflegeeltern bei ihren Pflegekindern im Vergleich zu einer entsprechenden Elterngruppe der Normalbevölkerung in der psychischen, familiären, sozialen und schulischen Dimension der GLQ ein geringeres Wohlbefinden und eine schlechtere Funktionsfähigkeit. Dabei fiel der Unterschied im Vergleich zur Normalbevölkerung in der familiären Dimension gering aus und entspricht einem kleinen Effekt, während die Pflegeeltern bei ihren Pflegekindern in der psychischen, sozialen und schulischen Dimension eine bedeutsam niedrigere GLQ berichteten als die Eltern aus der Normalbevölkerung bei ihren Kindern. Diese Unterschiede entsprechen einem mittelgroßen Effekt. Die vier Hypothesen bezüglich dieser Dimensionen konnten damit bestätigt werden und die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung stimmen mit den Ergebnissen der Untersuchung von Carbone et al. (2007) überein.

Die Hypothese hinsichtlich der körperlichen Dimension konnte für die Fremdbeurteilung nicht bestätigt werden; die Pflegeeltern berichteten bei ihren Pflegekindern im

Vergleich zu den Eltern aus der Normalbevölkerung in der körperlichen Dimension ein vergleichbares Wohlbefinden und eine ähnliche Funktionsfähigkeit. Dieses Ergebnis überrascht, da zum einen in der Studie von Carbone et al. (2007) die Pflegeeltern in Australien bei ihren Pflegekindern im Vergleich der Normalbevölkerung in der körperlichen Dimension eine niedrigere GLQ berichteten. Zum anderen haben Studien aus Deutschland bei Pflegekindern im Vergleich zur Normalbevölkerung einen erhöhten Anteil an gesundheitlichen Beschwerden und Probleme nachgewiesen (für einen Überblick s. Kindler et al., 2011). Eine Erklärung für das vorliegende Ergebnis könnte sein, dass Pflegeeltern das körperliche Wohlbefinden ihrer Pflegekinder überschätzen. Studien mit Kinder aus der Normalbevölkerung haben gezeigt, dass Eltern dazu neigen, dass körperliche Wohlbefinden und die körperliche Funktionsfähigkeit ihrer Kinder zu überschätzen (Bellman & Paley, 1993; Ellert et al., 2011; Theunissen et al., 1998). Eine methodische Ursache für das Ergebnis könnte darin liegen, dass die Skala Körperliches Wohlbefinden des KIDSCREEN-27 einzelne Items wie „Hat sich ihr Kind fit und wohl gefühlt?“ enthält, die eher das subjektive Empfinden der Pflegekinder erfassen und deswegen von den Pflegeeltern möglicherweise nicht so gut eingeschätzt werden können.

Gleichzeitig neigen Eltern aus der Normalbevölkerung dazu, dass familiäre Wohlbefinden ihrer Kinder zu unterschätzen (Ellert et al., 2011). Das könnte eine Erklärung dafür sein, dass jeweils im Vergleich zu einer Normstichprobe Pflegeeltern bei ihren Pflegekindern Beeinträchtigungen im familiären Wohlbefinden berichteten, während die Pflegekinder selbst nicht vom Durchschnitt abweichen. Zusätzlich könnte das Phänomen des *Response-Shift* (Sprangers & Schwartz, 1999) eine Rolle spielen, das eine Veränderung des Bewertungshintergrunds für ein persönlich bedeutsames Ereignis beinhaltet. Die Pflegekinder haben für sich möglicherweise bereits erfolgreiche Coping-

Strategien (s. Abschnitt 1.4.6) im Umgang mit ihren Belastungserfahrungen und ihren Wechsel in ihrer Pflegefamilie entwickelt, während die Pflegeeltern davon noch keine Kenntnis haben. Dadurch könnten die Pflegeeltern die Auswirkungen der Belastungen, die sich für ein Pflegekind durch das Aufwachsen in einer anderen Familie als die Herkunftsfamilie ergeben, überschätzen.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, dass Pflegekinder in Deutschland im Vergleich zur Normalbevölkerung in wichtigen Lebensbereichen ein geringeres Wohlbefinden und eine schlechtere Funktionsfähigkeit aufweisen, vor allem im psychischen und sozialen Bereich. Der Anteil an Pflegekindern mit einer geringen Lebensqualität (Werte, die um mehr als eine Standardabweichung unter dem Mittelwert liegen) fällt im Vergleich zur Normstichprobe im Durchschnitt über alle fünf Skalen hinweg ungefähr doppelt so hoch aus. Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse aber auch, dass die Unterschiede zur Normalbevölkerung im schulischen und körperlichen Bereich nur gering ausfallen und dass Pflegekinder im Vergleich zur Normalbevölkerung ein vergleichbares familiäres Wohlbefinden erzielen. Dies weist darauf hin, dass es Pflegeeltern trotz der überdurchschnittlich ausgeprägten psychischen Probleme und vermehrten Belastungserfahrungen ihrer Pflegekinder gelingt, eine enge und gute Beziehung zu ihren Pflegekindern aufzubauen und ein positives Familienklima zu entwickeln.

Im Folgenden sollen noch einmal die Ergebnisse der Hypothesentestung für die verschiedenen Subgruppen von Pflegekindern einzeln diskutiert und bewertet werden.

4.1.1 Getrennt nach Geschlecht

Die weiblichen Pflegekinder berichteten im Vergleich zu einer entsprechenden Normstichprobe hypothesenkonform ein geringeres Wohlbefinden und eine schlechtere Funktionsfähigkeit in der psychischen und sozialen Dimension der GLQ. Dabei fiel der Unterschied in der psychischen Dimension insgesamt gering aus und entspricht einem kleinen Effekt. Der Unterschied in der sozialen Dimension entspricht einem mittelgroßen Effekt. Es zeigte sich bei weiblichen Pflegekindern, genauso wie in der Gesamtstichprobe, ein vergleichbares familiäres Wohlbefinden wie bei einer entsprechenden Normstichprobe. Im Unterschied zur Gesamtstichprobe berichteten weibliche Pflegekinder außerdem in der körperlichen und der schulischen Dimension ein vergleichbares Wohlbefinden wie die Mädchen einer Normstichprobe. Damit fielen bei weiblichen Pflegekindern die Ergebnisse für insgesamt drei Dimensionen der GLQ nicht hypothesenkonform aus. Mögliche Gründe und Hintergründe dafür sollen im Folgenden diskutiert werden.

Nach Antonovsky (1987) sind nicht die Risikofaktoren und Risikokonstellationen für Gesundheitsstörungen und beeinträchtigtes Wohlbefinden verantwortlich, sondern die einer Person zur Verfügung stehenden persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten und die aus der Umwelt verfügbaren Ressourcen. So können Kinder und Jugendliche trotz körperlicher, psychischer und sozialer Risikofaktoren eine gute GLQ entwickeln, wenn sie über ausreichende personale, familiäre und soziale Ressourcen verfügen (Büttner et al., 2011; Hölling et al., 2008; Schubert et al., 2003). Je mehr Ressourcen vorhanden sind, desto besser können Kinder und Jugendliche mit Problemen umgehen und in den einzelnen Dimensionen eine bessere GLQ entwickeln. Bastiaansen, Koot und Ferdinand (2005) konnten in ihrer Untersuchung zeigen, dass sich bei Kindern und Jugendlichen

die GLQ über einen Zeitraum von einem Jahr verbessert hat, obwohl sich im gleichen Zeitraum ihre psychischen Auffälligkeiten auf hohem Niveau stabilisiert hatten.

Es ist weiterhin bekannt, dass familiäre Ressourcen einen entscheidenden Einfluss auf viele Dimensionen der GLQ von Kindern und Jugendlichen ausüben (Bastiaansen et al., 2005a; Erhart et al., 2008; Nitzko & Seiffge-Krenke, 2009). Als wichtigste familiäre Ressourcen werden ein positives Familienklima mit wenigen Konflikten und eine enge Beziehung des Kindes zu den Eltern angesehen (Masten, Cutuli, Herbers & Reed, 2009; Schneewind, 1988). Diese familiären Ressourcen resultieren dabei vor allem aus einem entwicklungsförderlichen und positiven Erziehungsverhalten der Eltern (Sanders, 1999).

In Deutschland werden Pflegeeltern vom Jugendamt auf ihre Eignung überprüft und die Landesjugendämter haben mehrere Arbeitshilfen für den Einschätzungsprozess entwickelt (Helming, Eschelbach, et al., 2011). Zudem müssen Pflegeeltern in manchen Kommunen an Vorbereitungskursen teilnehmen. Möglicherweise gelingt es der Jugendhilfe Pflegeeltern zu rekrutieren, die in der Lage sind, mithilfe eines guten Erziehungsverhaltens ein positives Familienklima und eine enge und gute Beziehung zu ihren Pflegekindern aufzubauen. Dadurch könnten weibliche Pflegekinder in ihren Pflegefamilien auf familiäre Ressourcen zurückgreifen, die ihnen trotz überdurchschnittlicher psychischer Beeinträchtigungen und früherer Belastungserfahrungen helfen, sich in anderen wichtigen Lebensbereichen wohl zu fühlen und mit den Anforderungen zurechtzukommen. Andere Befunde weisen darauf hin, dass Pflegeeltern in Deutschland ein hohes soziales Engagement besitzen (Blandow, 2004) und über einen guten sozioökonomischen Status verfügen (Helming, Eschelbach et al., 2011), der wiederum mit mehr Erziehungsressourcen assoziiert ist (Arnhold-Kerri & Sperlich, 2010).

Im Gegensatz zum Selbstbericht der weiblichen Pflegekinder berichteten die Pflegeeltern bei ihren weiblichen Pflegekindern hypothesenkonform in der psychischen, fami-

liären, sozialen und schulischen Dimension der GLQ ein geringeres Wohlbefinden und eine schlechtere Funktionsfähigkeit. Einzig die Hypothese hinsichtlich der körperlichen Dimension konnte für die Fremdbeurteilung nicht bestätigt werden; die Pflegeeltern berichteten bei ihren weiblichen Pflegekindern im Vergleich zu den Eltern aus der Normalbevölkerung in der körperlichen Dimension ein vergleichbares Wohlbefinden und ähnliche Funktionsfähigkeit.

Die Pflegeeltern unterschätzen demnach das Wohlbefinden und die Funktionsfähigkeit ihrer weiblichen Pflegekinder im familiären und schulischen Bereich. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass Eltern grundsätzlich dazu neigen, die GLQ von Kindern mit psychischen Auffälligkeiten zu unterschätzen (Ellert et al., 2011). Zudem könnte es einen Einfluss haben, dass Pflegeeltern die Möglichkeit fehlt, die Situation ihrer Pflegekinder in der Schule zu beobachten und ihnen dadurch objektive Informationen zur Beurteilung fehlen (Eiser & Morse, 2001). Außerdem könnte es eine Rolle spielen, dass Kinder sich bei der Beantwortung von Fragen zur GLQ eher auf einzelne Beispiele beziehen, während Eltern mehrere Aspekte bei ihrer Beantwortung berücksichtigen (Davis et al., 2007).

Die männlichen Pflegekinder berichteten im Vergleich zu einer entsprechenden Normstichprobe in allen fünf getesteten Dimensionen der GLQ hypothesenkonform ein geringeres Wohlbefinden und eine schlechtere Funktionsfähigkeit. Dabei fielen die Unterschiede im Vergleich zur Normalbevölkerung in der körperlichen und der familiären Dimension gering aus und entsprechen je einem kleinen Effekt. Die Unterschiede in der psychologischen, sozialen und schulischen Dimension fielen demgegenüber bedeutsam aus und entsprechen einem mittelgroßen Effekt. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass männliche Pflegekinder in allen wichtigen Lebensbereichen Schwierigkeiten haben, sich wohl zu fühlen und mit den Anforderungen zurechtzukommen.

Die Pflegeeltern berichteten bei ihren männlichen Pflegekindern im Vergleich zu einer entsprechenden Elterngruppe aus der Normalbevölkerung in der körperlichen Dimension der GLQ ein vergleichbares Wohlbefinden und eine ähnliche Funktionsfähigkeit. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass die Pflegeeltern in dieser Dimension die GLQ ihrer Pflegekinder überschätzen (vgl. Abschnitt 4.1). In den anderen Dimensionen fielen die Unterschiede im Fremdbericht hypothesenkonform aus. In der sozialen Dimension berichteten die Pflegeeltern bei männlichen Pflegekindern eine sehr bedeutsam niedrigere GLQ und der Unterschied entspricht einem großen Effekt. Das Ergebnis weist darauf hin, dass männliche Pflegekinder aus Sicht ihrer Pflegeeltern große Schwierigkeiten haben, sich in ihr soziales Umfeld zu integrieren und wechselseitige soziale Beziehungen aufzubauen. In der familiären und der schulischen Dimension fielen die Unterschiede ebenfalls bedeutsam aus und entsprechen einem mittelgroßen Effekt.

Zusammenfassend weisen diese Ergebnisse darauf hin, dass weibliche Pflegekinder in Deutschland im Vergleich zur Normalbevölkerung -zumindest im Selbsturteil- ein vergleichbares familiäres, schulisches und körperliches Wohlbefinden und eine vergleichbare Funktionsfähigkeit in diesen Lebensbereichen erzielen. Für dieses überraschende Ergebnis könnten familiäre Ressourcen verantwortlich sein, auf die weibliche Pflegekinder in ihrer Pflegefamilie zurückgreifen können. Im Gegensatz dazu berichteten männliche Pflegekinder hypothesenkonform im Vergleich zur Normalbevölkerung in wichtigen Lebensbereichen von bedeutsamen Beeinträchtigungen ihres Wohlbefindens und ihrer Funktionsfähigkeit. Mögliche Gründe für den Unterschied in der GLQ von weiblichen und männlichen Pflegekindern werden im Abschnitt 4.2.1 diskutiert.

4.1.2 Getrennt nach Alter

Die jüngeren Pflegekinder im Alter von 8 bis 11 Jahren berichteten im Vergleich zu einer entsprechen Normstichprobe hypothesenkonform ein geringeres Wohlbefinden und eine schlechtere körperliche Funktionsfähigkeit in allen Dimensionen der GLQ. Dabei fiel der Unterschied in der psychischen Dimension insgesamt sehr bedeutsam aus und entspricht einem großen Effekt. Die älteren Pflegekinder im Alter von 12 bis 16 Jahren berichteten im Vergleich zu einer entsprechenden Normstichprobe ebenfalls hypothesenkonform ein geringeres Wohlbefinden und eine schlechtere Funktionsfähigkeit in der psychischen, schulischen und sozialen Dimension der GLQ. Der Unterschied in der psychischen Dimension entspricht einem mittelgroßen Effekt und fällt damit geringer aus als bei den jüngeren Pflegekindern. In der familiären und körperlichen Dimension berichteten die älteren Pflegekinder ein vergleichbares Wohlbefinden und eine vergleichbare Funktionsfähigkeit wie eine entsprechende Normstichprobe.

Die Ergebnisse weisen daraufhin hin, dass es älteren Pflegekindern besser gelingt, sich in ihrer Pflegefamilie wohl zu fühlen und zurecht zu kommen als jüngeren Pflegekindern. Zudem berichteten ältere Pflegekinder im Gegensatz zu jüngeren Pflegekindern im Vergleich zur Normstichprobe keine Beeinträchtigungen ihres körperlichen Wohlbefindens und erzielten geringere Beeinträchtigungen ihres psychischen Wohlbefindens. Es ist bekannt, dass bei Kindern und Jugendlichen das Vorhandensein von Ressourcen mit der Ausprägung der GLQ assoziiert ist (Erhart et al., 2008; Nitzko & Seiffge-Krenke, 2009). Möglicherweise können ältere Pflegekinder auf ein größeres Maß an familiäre Ressourcen zurückgreifen. Sie leben bereits länger in der Pflegefamilie und haben möglicherweise engere und intensivere Beziehungen zu den Personen in ihrer Pflegefamilie aufgebaut als jüngere Pflegekinder (vgl. Gabler et al., 2014). Auch andere Studien wei-

sen auf eine positivere emotionale und soziale Entwicklung bei Pflegekindern hin, je länger sie in ihrer Pflegefamilie leben (Fernandez, 2009; Gleißner, Johler, Ney-Wilkens & Hollmann, 2013; Linderkamp et al., 2009). Zudem ist bekannt, dass Kinder mit zunehmenden Alter andere Coping-Strategien im Umgang mit Problemen und Belastungen anwenden (Petersen et al., 2006). Es könnte sein, dass ältere Pflegekinder möglicherweise erfolgreichere Coping-Strategien im Umgang mit ihren psychosozialen Belastungen entwickelt haben als jüngere Pflegekinder.

Die Pflegeeltern berichten sowohl bei ihren 8- bis 11-jährigen Pflegekindern als auch bei ihren 12- bis 16-jährigen Pflegekindern jeweils im Vergleich zu einer entsprechenden Normstichprobe hypothesenkonform in fast allen Dimensionen der GLQ ein geringeres Wohlbefinden und eine schlechtere Funktionsfähigkeit. Einzig die Hypothese hinsichtlich der körperlichen Dimension konnte für die Fremdbeurteilung der beiden Altersgruppen von Pflegekindern nicht bestätigt werden; die Pflegeeltern berichteten im Vergleich zu den Eltern aus der Normalbevölkerung in der körperlichen Dimension ein vergleichbares Wohlbefinden und eine ähnliche Funktionsfähigkeit. Demnach schätzen Pflegeeltern das körperliche Wohlbefinden ihrer jüngeren Pflegekinder höher ein als die Pflegekinder selber. Das familiäre Wohlbefinden schätzen die Pflegeeltern demgegenüber geringer ein als die älteren Pflegekinder selber. Die möglichen Gründe dafür sind dieselben wie die in den vorherigen Abschnitten genannten (s. Abschnitt 4.1).

Zusammenfassend weisen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung darauf hin, dass ältere Pflegekinder (12 bis 16 Jahre) in Deutschland im Vergleich zur Normalbevölkerung ein vergleichbares familiäres und körperliches Wohlbefinden und eine vergleichbare Funktionsfähigkeit in diesen Lebensbereichen erzielen. Diese Effekte sind bei jüngeren Pflegekinder (8 bis 11 Jahre) im Vergleich zur Normalbevölkerung nicht

zu beobachten. Dafür ist möglicherweise die für ältere Pflegekinder größere Verfügbarkeit von personalen, familiären und sozialen Ressourcen verantwortlich.

4.1.3 Getrennt nach Alter und Geschlecht

Die weiblichen Pflegekinder im Alter von 8 bis 11 Jahren berichteten im Vergleich zu einer entsprechenden Normstichprobe hypothesenkonform ein geringeres Wohlbefinden und eine schlechtere Funktionsfähigkeit in der psychischen, schulischen und sozialen Dimension der GLQ. Dabei fallen die Unterschiede in diesen Dimensionen sehr bedeutsam aus und entsprechen einem großen Effekt. In der körperlichen und der familiären Dimension berichteten die weiblichen Pflegekinder (8-11 Jahre) im Vergleich zu einer entsprechenden Normstichprobe ein vergleichbares Wohlbefinden und eine vergleichbare Funktionsfähigkeit. Die Hypothesen für diese beiden Dimensionen konnten damit nicht bestätigt werden. Mögliche Gründe dafür wurden bereits in vorherigen Abschnitten diskutiert (vgl. Abschnitt 4.1.1).

Überraschenderweise berichteten die weiblichen Pflegekinder im Alter von 12 bis 16 Jahren im Vergleich zu einer entsprechenden Normstichprobe auf allen Dimensionen der GLQ ein vergleichbares Wohlbefinden und eine vergleichbare Funktionsfähigkeit. Keine der Hypothesen der vorliegenden Untersuchung konnte damit für diese Subgruppe von Pflegekindern bestätigt werden. Möglicherweise stehen weiblichen Pflegekindern soziale, familiäre und personale Ressourcen zur Verfügung, die es ihnen trotz ihrer überdurchschnittlichen psychischen Auffälligkeiten und vermehrten Belastungserfahrungen ermöglichen, in wichtigen Lebensbereichen ein gutes Wohlbefinden zu entwickeln und mit den Anforderungen zurechtzukommen. Dabei könnten vor allem familiäre Ressourcen eine große Rolle spielen, da bekannt ist, dass bei der GLQ von Kindern

und Jugendlichen familiäre Ressourcen eine wesentliche Bedeutung haben (Erhart et al., 2008; Nitzko & Seiffge-Krenke, 2009). Je länger weibliche Pflegekinder in ihrer Pflegefamilie leben, desto enger und intensiver ist möglicherweise die Beziehung zu ihren Pflegeeltern und desto positiver fällt möglicherweise das Familienklima aus. Es wäre denkbar, dass die älteren weiblichen Pflegekinder dazu einen direkten Beitrag leisten, denn es ist bekannt, dass Pflegekinder durch prosoziale Verhaltensweisen Einfluss auf die Feinfühligkeit und das positive Erziehungsverhalten ihrer Pflegeeltern nehmen (Newton, Laible, Carlo, Steele & McGinley, 2014). Dieser Effekt scheint gerade bei älteren Kindern eine größere Rolle zu spielen. Newton et al. (2014) berichten, dass prosoziale Verhaltensweisen der Kinder den größten Einfluss auf das elterliche Erziehungs- und Beziehungsverhalten zu haben scheinen, wenn Kinder älter werden und vor dem Übergang zum Jugendalter stehen. Die Kinder werden in dieser Phase autonomer und orientieren sich stärker an ihrer Peergroup. Dadurch verändert sich auch die Eltern-Kind Beziehung.

Es wäre auch denkbar, dass ältere weibliche Pflegekinder im Umgang mit ihren Belastungen und Problemen möglicherweise erfolgreichere Coping-Strategien anwenden als die jüngeren weiblichen Pflegekinder (vgl. Abschnitt 4.1.2). Zudem wäre denkbar, dass ältere weibliche Pflegekinder bereits mehr *pflegekindspezifische Entwicklungsaufgaben* (vgl. Gassmann, 2010) erfolgreich gelöst haben als jüngere weibliche Pflegekinder und dadurch eine höhere *Selbstwirksamkeitserwartung* (Scheier & Carver, 1985) entwickelt haben. Eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung resultiert aus der Überzeugung, selbst über die notwendigen Kompetenzen zu verfügen, mit Anforderungen umgehen zu können (Scheier & Carver, 1985). Dabei kann die Bewältigung von schwierigen Situationen zu einer höheren Selbstwirksamkeitserwartung führen (Bandura, 1978). Mehrere Studien haben einen Zusammenhang zwischen einer hohen Selbstwirksam-

keitsüberzeugung und einer hohen GLQ gezeigt (Gaspar et al., 2009; Hölling et al., 2008; Kvarme et al., 2009).

Pflegeeltern berichteten bei ihren 8- bis 11-jährigen weiblichen Pflegekindern im Vergleich zu einer entsprechenden Normstichprobe ebenfalls ein vergleichbares familiäres und körperliches Wohlbefinden. In den anderen Dimensionen berichteten sie hypothesenkonform ein niedrigeres Wohlbefinden und eine schlechtere Funktionsfähigkeit. Bei ihren 12- bis 16-jährigen weiblichen Pflegekindern berichteten die Pflegeeltern im Vergleich zu einer entsprechenden Normstichprobe ein vergleichbares Wohlbefinden in der schulischen, sozialen und körperlichen Dimension. In der familiären und psychischen Dimension fiel die Beurteilung der GLQ hypothesenkonform aus. Das Ergebnis weist darauf hin, dass Pflegeeltern sowohl bei jüngeren als auch bei älteren weiblichen Pflegekindern dazu neigen, die GLQ zu unterschätzen.

Die männlichen Pflegekinder sowohl im Alter von 8 bis 11 Jahren als auch im Alter von 12 bis 16 Jahren berichteten im Vergleich zu entsprechenden Normstichproben hypothesenkonform ein geringeres Wohlbefinden und eine schlechtere körperliche Funktionsfähigkeit in der psychischen, schulischen, familiären und sozialen Dimension der GLQ. Einzig die Hypothese für die körperliche Dimension konnte für die älteren männlichen Pflegekinder (12 bis 16 Jahre) nicht bestätigt werden. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass bei männlichen Pflegekindern unabhängig vom Alter bedeutsame Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit in wichtigen Lebensbereichen bestehen. Die im Fremdbereich erhobenen Daten dieser beiden Subgruppen von Pflegekindern fielen ebenfalls bis auf die körperliche Dimension hypothesenkonform aus.

Zusammenfassend machen die Ergebnisse der Analyse der obigen Subgruppen von Pflegekindern noch einmal deutlich, dass weibliche Pflegekinder in Deutschland im

Vergleich zur Normalbevölkerung in einigen wichtigen Lebensbereichen ein vergleichbares Wohlbefinden und eine vergleichbare Funktionsfähigkeit zu haben scheinen. Bei älteren weiblichen Pflegekindern (12 bis 16 Jahre) scheinen keine bedeutsamen Unterschiede zur Normalbevölkerung zu existieren. Weitere Studien sind notwendig, um die dafür verantwortlichen personalen, sozialen und familiären Ressourcen zu identifizieren. Demgegenüber bestätigten die separaten Analysen bei männlichen Pflegekindern die erwarteten Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit in wichtigen Lebensbereichen. Im folgenden Abschnitt werden die Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Pflegekindern in den verschiedenen Dimensionen der GLQ und mögliche Gründe dafür diskutiert.

4.2 Einflussfaktoren der GLQ von Pflegekindern

In der vorliegenden Untersuchung sollte neben der Hypothesenüberprüfung explorativ untersucht werden, welche Faktoren mit der Ausprägung der GLQ von Pflegekindern assoziiert sind. Dazu wurden soziodemographische und gesundheitsbezogene Merkmale der Pflegekinder, Belastungserfahrungen der Pflegekinder und soziodemographische Merkmale der Pflegefamilie erhoben und deren Zusammenhang zur selbst- und fremdberichteten GLQ von Pflegekindern untersucht.

4.2.1 Alter und Geschlecht

Es wurde der Zusammenhang des Geschlechts mit der GLQ von Pflegekindern untersucht. Dabei berichteten weibliche Pflegekinder im Vergleich zu männlichen Pflegekindern in wichtigen Dimensionen der GLQ ein vergleichbares oder größeres Wohlbefinden. Diese Ergebnisse stehen im Widerspruch zu bisherigen Studien über die GLQ von Kindern und Jugendlichen, in denen Mädchen in wichtigen Dimensionen eine schlechtere GLQ erzielt haben als Jungen (für eine Übersicht Bisegger et al., 2005).

Die Pflegeeltern berichteten bei den weiblichen Pflegekindern ebenfalls in fast allen wichtigen Dimensionen eine vergleichbare oder größere GLQ als bei den männlichen Pflegekindern, allerdings fielen die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen von Pflegekindern in allen Dimensionen nicht sehr groß aus. In der körperlichen Dimension berichteten die Pflegeeltern bei männlichen Pflegekindern einen etwas höheren Wert als bei weiblichen Pflegekindern. Im Folgenden sollen diese Ergebnisse ausführlicher dargestellt und mögliche Gründe dafür diskutiert werden.

Die weiblichen Pflegekinder berichteten ein signifikant besseres familiäres Wohlbe-

finden als die männlichen Pflegekinder. Die Pflegeeltern berichteten ebenfalls bei weiblichen Pflegekinder ein besseres familiäres Wohlbefinden, aber der Unterschied zwischen den beiden Gruppen fiel nicht signifikant aus. Dieses Ergebnis überrascht auf den ersten Blick, da in anderen Untersuchungen Mädchen aus der Normalbevölkerung in der familiären Dimension eine vergleichbare oder schlechtere GLQ berichtet haben als Jungen (Bisegger et al., 2005; Ravens-Sieberer, Ellert, et al., 2007; The KIDSCREEN Group Europe, 2006). Carbone et al. (2007) konnten in ihrer Untersuchung zur GLQ von Pflegekindern in der familiären Dimension ebenfalls keinen Geschlechterunterschied nachweisen.

Der Befund der vorliegenden Untersuchung weist darauf hin, dass es in Deutschland weiblichen Pflegekindern besser gelingt, sich in ihrer Pflegefamilie wohl zu fühlen und in ihrem Umfeld zurecht zu kommen als männlichen Pflegekindern. Dafür könnten verschiedene Faktoren verantwortlich sein. Die weiblichen Pflegekinder in der vorliegenden Untersuchung zeigten nach Einschätzung der Pflegeeltern im Vergleich zu den männlichen Pflegekindern signifikant häufiger prosoziale Verhaltensweisen (s. Abschnitt 3.1.2). Es ist aus der Pflegekinderforschung bekannt, dass Pflegekinder im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen aus der Normalbevölkerung im Hinblick auf ihre familiäre Situation spezifische Entwicklungsaufgaben (vgl. Gassmann, 2010) lösen müssen und es insgesamt mit einem besonderen Profil von Aufgaben (Wolf & Reimer, 2008) zu tun haben. Es könnte sein, dass es den weiblichen Pflegekindern aufgrund ihrer vermehrten prosozialen Verhaltensweisen besser als den männlichen Pflegekindern gelingt, diese besonderen Aufgaben in der Pflegefamilie zu lösen und sich in ihr zu integrieren. Dies könnte dann dazu führen, dass die weiblichen Pflegekinder in ihrer Pflegefamilie ein größeres Wohlbefinden berichten und besser zurechtkommen als die männlichen Pflegekinder. Bastiaansen et al. (2005) kamen in ihrer Untersuchung eben-

falls zu dem Ergebnis, dass geringe soziale Kompetenzen mit einer geringen GLQ assoziiert sind.

Eine ähnliche Erklärung könnte darin liegen, dass die Empathie und die Sensibilität von Pflegeeltern durch impulsive und hyperaktive Verhaltensweisen ihrer Pflegekinder negativ und durch prosoziale Verhaltensweisen positiv beeinflusst wird (Newton et al., 2014; Vanschoonlandt, Vanderfaeillie, Van Holen, De Maeyer & Robberechts, 2013). In der vorliegenden Untersuchung zeigten die männlichen Pflegekinder nach Einschätzung ihrer Pflegeeltern signifikant mehr impulsive und hyperaktive Verhaltensweisen als die weiblichen Pflegekinder (s. Abschnitt 3.1.2). Bernedo et. al (2014) kamen in ihrer Untersuchung zu einem übereinstimmenden Ergebnis. Gleichzeitig zeigten in der vorliegenden Untersuchung die weiblichen Pflegekinder mehr prosoziale Verhaltensweisen als männliche Pflegekinder. Auch dieses Ergebnis stimmt mit den bisherigen Erkenntnissen überein, dass Mädchen aus der Normalbevölkerung häufiger prosoziales Verhalten zeigen als Jungen (Koglin, Barquero, Mayer, Scheithauer & Petermann, 2007). Es könnte deswegen sein, dass Pflegeeltern weiblichen Pflegekindern mehr Empathie und ein größeres elterliches Feingefühl entgegen bringen als männlichen Pflegekindern und die weiblichen Pflegekinder dadurch auf stärkere familiäre Ressourcen zurückgreifen können. Das könnte zu Folge haben, dass weibliche Pflegekinder sich in ihrer Pflegefamilie wohler fühlen und besser zurecht kommen.

Auch andere Studien kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Nestmann et al. (2008) berichten, dass weibliche Pflegekinder eine größere soziale Unterstützung durch ihre Pflegeeltern angaben als männliche Pflegekinder. Fernandez (2009) geben in ihrer Studie aus Amerika an, dass nach Einschätzungen der Fachkräfte 61 % der weiblichen Pflegekinder sehr gut integriert seien, während der Anteil bei den männlichen Pflegekinder nur 39 % betrug. Sinclair und Wilson (2003) konnten zeigen, dass ein ungeplanter Abbruch

des Pflegeverhältnisses umso unwahrscheinlicher war, je mehr prosoziale Verhaltensweisen die Pflegekinder zeigten.

Falls weibliche Pflegekinder über stärkere familiäre Ressourcen als männliche Pflegekinder verfügen, könnte damit auch das bessere Wohlbefinden der weiblichen Pflegekinder in den anderen Dimensionen der GLQ erklärt werden. Es ist nämlich bekannt, dass bei Kindern und Jugendlichen alle Dimensionen der GLQ bedeutsam mit familiären Ressourcen assoziiert sind (Erhart et al., 2008). Der Effekt der stärkeren familiären Ressourcen bei weiblichen Pflegekindern wird eventuell noch dadurch vergrößert, dass familiäre Ressourcen bei weiblichen Pflegekindern möglicherweise einen größeren protektiven Einfluss auf die GLQ haben als bei männlichen Pflegekindern. Hölling et al. (2008) konnten in ihrer Untersuchung zeigen, dass bei Mädchen familiäre Ressourcen eine größere Schutzwirkung für die psychische Gesundheit zu haben scheinen als für Jungen.

In der schulischen Dimension berichteten die weiblichen Pflegekinder ebenfalls ein größeres Wohlbefinden und eine bessere Funktionsfähigkeit als die männlichen Pflegekinder. Der Unterschied fiel marginal signifikant aus. Die Pflegeeltern berichteten bei weiblichen Pflegekindern ebenfalls in der schulischen Dimension eine bessere GLQ, aber der Unterschied zwischen den beiden Gruppen fiel nicht signifikant aus. Andere Studien kommen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass Mädchen eine höhere schulische GLQ haben als Jungen (Bisegger et al., 2005; The KIDSCREEN Group Europe, 2006). Die beiden bisherigen Studien zur GLQ von Pflegekindern kamen allerdings zu einem gegensätzlichen Ergebnis. Während Carbone et al. (2007) bei Pflegekindern in der schulischen Dimension keine Geschlechterunterschiede feststellen konnten, fanden Damnjanovic et al. (2012) bei männlichen Pflegekindern in der schulischen Dimension eine bessere GLQ als bei weiblichen Pflegekindern. Die Autoren der beiden Studien haben

in ihrer Diskussion jeweils darauf verzichtet, mögliche Gründe für die Abweichungen ihrer Ergebnisse von den Ergebnissen in der Normalbevölkerung zu diskutieren.

Eine Erklärung für das höhere schulische Wohlbefinden der weiblichen Pflegekinder in der vorliegenden Untersuchung könnte darin liegen, dass die weiblichen Pflegekinder nach Einschätzung der Pflegeeltern insgesamt signifikant mehr prosoziale und signifikant weniger hyperaktive Verhaltensweisen zeigen als die männlichen Pflegekinder (s. Abschnitt 3.1.2) An. Dieses Ergebnis stimmt mit Studien aus der Normalbevölkerung überein. Mädchen zeigen mehr prosoziale Verhaltensweisen, weniger Hyperaktivität und weniger Verhaltensprobleme als Jungen (Hölling et al., 2014, 2007). Es ist bekannt, dass soziale Kompetenzen und prosoziales Verhalten die Bewältigung des Schulalltags erleichtern und zu weniger Schulleistungsproblemen führen (Gasteiger-Klicpera, Klicpera & Schabmann, 2006; Schreyer & Hampel, 2009; Wiedebusch & Petermann, 2011). Es könnte sein, dass in der vorliegenden Untersuchung die weiblichen Pflegekinder in der Schule auf ein größeres Maß an sozialen Kompetenzen zurückgreifen und häufiger prosoziale Verhaltensweisen zeigen, so dass sie sich in der Schule wohler fühlen und mit den Anforderungen besser zurechtkommen als die männlichen Pflegekinder. Bernedo et al. (2014) konnten in ihrer Untersuchung nachweisen, dass männliche Pflegekinder in der Schule mehr externalisierende Störungen und mehr impulsive Verhaltensweisen zeigen als weibliche Pflegekinder.

Die weiblichen Pflegekinder berichteten in der physischen und der psychischen Dimension eine vergleichbare GLQ wie die männlichen Pflegekinder. Die Pflegeeltern berichteten ebenfalls bei ihren weiblichen und männlichen Pflegekindern in der physischen und psychischen Dimension eine vergleichbare GLQ. Das Ergebnis stimmt mit der Studie von Carbone et al. (2007) überein, die bei Pflegekindern ebenfalls in diesen beiden Dimensionen bei der GLQ keinen signifikanten Geschlechtereffekt nachweisen

konnte. In der Untersuchung von Damjanovic et al. (2012) zeigte sich bei Pflegekindern in der physischen Dimension der GLQ ebenfalls kein Geschlechtereffekt. Allerdings kamen die Autoren zu dem Ergebnis, dass weibliche Pflegekinder in der psychischen Dimension eine schlechtere GLQ berichteten als männliche Pflegekinder.

Mit dem Blick auf andere Untersuchungen in der Normalbevölkerung überrascht der in der vorliegenden Untersuchung fehlende Geschlechterunterschied in der körperlichen und psychischen Dimension der GLQ. Üblicherweise berichten Mädchen im Vergleich zu Jungen in diesen beiden Dimensionen eine schlechtere GLQ (Bisegger et al., 2005; Ravens-Sieberer, Auquier, et al., 2007; The KIDSCREEN Group Europe, 2006). Dabei spielen einige Einflussfaktoren eine Rolle. Mädchen erfahren im Vergleich zu Jungen während der Pubertät durch die hormonellen Veränderungen größere Beeinträchtigungen (v.a. durch die Menstruation), entwickeln ein schlechteres Körperbild, sind sensibler für emotionale Empfindungen und Erfahrungen und sind einem stärkeren Schönheitsideal sowie widersprüchlicheren Rollenerwartungen ausgesetzt (Bisegger et al., 2005; Michel, Bisegger, Fuhr, Abel & The KIDSCREEN group, 2009). Es wäre denkbar, dass weibliche Pflegekinder auf mehr personale, soziale und soziale Ressourcen zurückgreifen können als männliche Pflegekinder (s. o.), die dazu führen, dass es bei weiblichen Pflegekindern im Vergleich zu männlichen Pflegekindern in der körperlichen und psychischen Dimension zu einer Kompensation der negativen Einflüsse anderer Faktoren kommt. Eine weitere Erklärung könnte sein, dass in der Stichprobe der vorliegenden Untersuchung der Anteil an Mädchen, die sich bereits in der Pubertät befunden haben, zu gering gewesen ist. Es ist bekannt, dass bei Kindern bis zum 12. Lebensjahr bei der Ausprägung der GLQ kein wesentlicher Geschlechterunterschied festzustellen ist (Michel et al., 2009; Ravens-Sieberer, Auquier, et al., 2007).

Die weiblichen Pflegekinder berichteten in der sozialen Dimension deskriptiv eine bessere GLQ als die männlichen Pflegekinder. Der Unterschied fiel aber nicht statistisch signifikant aus. Die Pflegeeltern berichteten bei weiblichen Pflegekindern in der sozialen Dimension ebenfalls eine bessere GLQ als bei männlichen Pflegekindern. Auch hier zeigte sich aber kein signifikanter Geschlechtereffekt. Insgesamt fielen die Ergebnisse anderer Studien übereinstimmend mit dem Selbstbericht der Pflegekinder in der vorliegenden Untersuchung aus. Damjanovic et al. (2007) konnten in ihrer Untersuchung bei weiblichen Pflegekindern im Vergleich zu männlichen Pflegekindern in der sozialen Dimension eine signifikant bessere GLQ nachweisen. Auch in weiteren Studien konnte bei Mädchen in der sozialen Dimension eine größere GLQ als bei Jungen gezeigt werden (Bisegger et al., 2005; Ravens-Sieberer, Ellert, et al., 2007).

Es wurde weiterhin der Zusammenhang des Alters mit der GLQ von Pflegekindern untersucht. Es zeigten sich zwischen einer jüngeren (8-11 Jahre) und einer älteren Gruppe (12-16 Jahre) von Pflegekindern sowohl im Selbst- als auch im Fremdbbericht in wichtigen Dimensionen der GLQ keine signifikanten Mittelwertunterschiede. Carbone et al. (2007) konnten in ihrer Untersuchung ebenfalls beim Vergleich jüngerer (6-12 Jahre) und älterer (13-17 Jahre) Pflegekinder keine signifikanten Mittelwertunterschiede in wichtigen Dimensionen der GLQ zeigen. In der Untersuchung von Damjanovic et al. (2012) konnte bei Pflegekindern ebenfalls in den Dimensionen der GLQ keine signifikanten Unterschiede zwischen Kindern (8-12 Jahre) und Jugendlichen (13-18 Jahre) gefunden werden. Diese Ergebnisse stehen im Widerspruch zu bisherigen Erkenntnissen, dass jüngere Kinder in allen Dimensionen eine bessere GLQ berichten als ältere Kinder bzw. Jugendliche (Michel et al., 2009; Palacio-Vieira et al., 2008). Im Folgenden sollen die Ergebnisse der einzelnen Dimensionen kurz diskutiert und bewertet werden.

Die älteren Pflegekinder berichteten in der körperlichen Dimension deskriptiv eine schlechtere GLQ als die jüngeren Pflegekinder. Im Fremdbbericht der Pflegeeltern ergab sich ebenfalls dieser Gruppenunterschied. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung stimmen tendenziell mit anderen Untersuchungen aus der Normalbevölkerung überein, in denen Jugendliche im Vergleich zu Kindern in der körperlichen Dimension eine schlechtere GLQ berichteten (Bisegger et al., 2005; Michel et al., 2009; Palacio-Vieira et al., 2008; Ravens-Sieberer, Ellert, et al., 2007).

Dafür gibt es einige Erklärungsansätze. Jugendliche werden sich über ihren Körper bewusster und beginnen sich mehr Sorgen und Gedanken über ihre Gesundheit zu machen. Mit der Pubertät verändert sich zudem das Körperkonzept und die Körperunzufriedenheit steigt bei Jugendlichen, insbesondere bei Mädchen (Nitzko & Krenke, 2009). Es ist anzunehmen, dass diese Einflussfaktoren auch bei älteren Pflegekindern eine Rolle spielen und bei ihnen in der körperlichen Dimension zu einer schlechteren GLQ führen.

Die älteren Pflegekinder berichteten in der psychischen Dimension deskriptiv ebenfalls eine schlechtere GLQ als die jüngeren Pflegekinder. Im Fremdbbericht der Pflegeeltern ergab sich ebenfalls dieser nicht signifikante Gruppenunterschied. Andere Untersuchungen haben nachgewiesen, dass Jugendliche aus der Normalbevölkerung in der psychischen Dimension eine schlechtere GLQ berichten als Kinder (Bisegger et al., 2005; Michel et al., 2009; Ravens-Sieberer, Ellert, et al., 2007). Als Grund dafür wird, ähnlich wie auf die physische Dimension der GLQ bezogen, angenommen, dass Jugendlichen eigene Probleme bewusster werden, sie sich mehr Sorgen um die Zukunft machen, ihre Pubertät bewältigen müssen, ihre eigene Identität und ihr eigenes Wertesystem entwickeln müssen und sich mehr mit anderen vergleichen.

Die älteren Pflegekinder berichteten in der familiären, sozialen und schulischen Dimension eine vergleichbare GLQ wie die jüngeren Pflegekinder. Pflegeeltern berichteten bei älteren Pflegekindern in der schulischen und der familiären Dimension deskriptiv eine schlechtere GLQ als bei ihren jüngeren Pflegekindern. Im Fremdbbericht der Pflegeeltern ergaben sich aber keine Alterseffekte in der sozialen Dimension. Andere Untersuchungen mit Kindern und Jugendlichen aus der Normalbevölkerung kamen zu dem Ergebnis, dass Jugendliche in der familiären, schulischen und sozialen Dimension eine schlechtere GLQ berichten als Kinder (Bisegger et al., 2005; Michel et al., 2009; Palacio-Vieira et al., 2008). Als Grund dafür wird angenommen, dass Jugendliche im Umgang mit ihrer Umwelt mehr Probleme entwickeln als Kinder und dabei einen neuen Anpassungsprozess durchlaufen müssen (Hampel, Petermann & Dickow, 1997; Michel et al., 2009). Währenddessen sind sie sich ihrer eigenen Probleme bewusster als Kinder und machen sich mehr Sorgen um ihre Zukunft.

Es bleibt an dieser Stelle ein wenig spekulativ, warum in der vorliegenden Untersuchung in diesen Dimensionen kein bedeutsamer Alterseffekt gefunden werden konnte. Es könnte sein, dass jüngere Pflegekinder in den ersten Jahren in der Pflegefamilie eine unterdurchschnittliche GLQ haben, die sich erst im Laufe der Jahre verbessert. Jüngere Pflegekinder müssen sich möglicherweise zuerst an die neue Umgebung gewöhnen und die mit dem Wechsel verbundenen pflegekindspezifischen Entwicklungsaufgaben bewältigen, bevor sie eine höhere GLQ in verschiedenen Lebensbereichen entwickeln können. Eine andere Erklärung könnte der in der Stichprobe geringe Anteil an älteren Jugendlichen sowie die Altersbegrenzung der Studie auf unter 17 Jahre sein, die aus der Gültigkeit des SDQ für den Altersbereich von sechs bis sechzehn Jahren resultiert. Durch den nach oben eingeschränkten Altersbereich im Jugendalter konnte der Alterseinfluss in der vorliegenden Stichprobe möglicherweise nicht zum Tragen kommen. Zur

Klärung der Frage wäre eine Studie mit einer größeren Anzahl älterer Pflegekinder notwendig. Denkbar wäre auch, dass durch ein besonderes Engagement und durch überdurchschnittliche Beziehungs- und Erziehungskompetenzen der Pflegeeltern bei Pflegekindern der Alterseinfluss in der familiären, schulischen und sozialen Dimension abgemildert wird; für die Überprüfung dieser Annahme wären aber weitere Studien notwendig.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass weibliche Pflegekinder eine höhere GLQ als männliche Pflegekinder haben und das Geschlecht bei Pflegekindern im Zusammenhang mit der Ausprägung ihrer GLQ zu stehen scheint. Der in vielen Studien nachgewiesene negative Einfluss des Alters auf die GLQ konnte in der vorliegenden Untersuchung bei Pflegekindern nicht nachgewiesen werden. Zur weiteren Klärung dieses Aspekts wären in Zukunft Studien mit größeren Stichproben und einen größeren Anteil von älteren Pflegekindern wünschenswert.

4.2.2 Weitere soziodemographische Faktoren

Es konnten keine signifikanten Zusammenhänge zwischen weiteren soziodemographischen Merkmalen der Pflegekinder und ihrer selbst- und fremdberichteten GLQ nachgewiesen werden. Carbone et al. (2007) kamen in ihrer Untersuchung zu dem gleichen Ergebnis. Eine Erklärung für die fehlenden signifikanten Zusammenhänge könnte darin liegen, dass nicht einzelne Faktoren für die Ausprägung der GLQ verantwortlich sind, sondern eine Vielzahl von Faktoren Einfluss auf die individuelle Ausprägung der GLQ nehmen (s. Abschnitt 1.4). Dadurch ist möglicherweise der Einfluss einzelner Faktoren gering oder der Einfluss wird wiederum durch andere Faktoren kompensiert. Eine andere Erklärung könnte sein, dass die Pflegekinder der Stichprobe zum Zeitpunkt der Un-

tersuchung im Durchschnitt bereits seit ungefähr sieben Jahren in ihrer Pflegefamilie gelebt haben. Es wäre denkbar, dass durch die bereits langen und stabil bestehenden Pflegeverhältnisse die negative Einflüsse anderer Faktoren, wie zum Beispiel die Dauer des Aufwachsens bei den leiblichen Eltern unter benachteiligten Umweltbedingungen, durch die vorhandenen Ressourcen und Schutzfaktoren in der Pflegefamilie bereits kompensiert wurden (Masten et al., 2009). Kvarme et al. (2009) konnten in ihrer Studie zum Beispiel zeigen, dass ein Umzug nur negativ mit der GLQ von Kindern und Jugendlichen assoziiert war, wenn er innerhalb der letzten fünf Jahre stattgefunden hat. Hier wären in Zukunft Untersuchungen mit Pflegekindern wünschenswert, die noch nicht so lange und kontinuierlich in ihrer Pflegefamilie leben. Einzelne Ergebnisse sollen im Folgenden trotzdem noch einmal separat diskutiert und bewertet werden.

Es ergab sich kein Unterschied zwischen der GLQ von Pflegekindern, die in Deutschland geboren wurden, und Pflegekindern, die während ihrer (frühen) Kindheit nach Deutschland emigriert sind. Das Ergebnis stimmt mit den Ergebnissen von Ravens-Sieberer et al. (2007) überein, die für Kinder mit Migrationshintergrund im Vergleich zur Normalbevölkerung keine beeinträchtigte GLQ nachweisen konnten. Als Kinder mit Migrationshintergrund galten in der Studie Kinder und Jugendliche, die nach Deutschland emigriert sind und von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist. Das Ergebnis könnte darauf hinweisen, dass es Pflegeeltern in Deutschland gelingt, Pflegekinder mit Migrationshintergrund genauso gut in ihre Pflegefamilie und das neue soziale sowie schulische Umfeld zu integrieren wie Pflegekinder ohne Migrationshintergrund. In Zukunft wäre es aber wünschenswert, die Situation und das Wohlbefinden von Pflegekindern mit Migrationshintergrund in Deutschland systematischer mit einer größeren Stichprobe zu untersuchen.

Zwischen der Anzahl der Besuchskontakte der Pflegekinder zu ihrer Ursprungsfamilie und ihrer GLQ zeigte sich insgesamt kein Zusammenhang. Dies galt auch für die familiäre Dimension. Das Ergebnis weist darauf hin, dass Pflegekinder mit Besuchskontakten zu ihrer Ursprungsfamilie genauso gute Beziehungen zu ihren Pflegeeltern aufbauen können wie Pflegekinder ohne Besuchskontakte und sich beide Gruppen von Pflegekindern gleich wohl in ihrer Pflegefamilien fühlen. Auch andere Studien konnten bei Pflegekindern keinen negativen Zusammenhang zwischen Besuchskontakten zur Ursprungsfamilie und der gelingenden Integration des Pflegekindes in seine Pflegefamilie feststellen (Gassmann, 2000; McWey, Acock & Porter, 2010). Bei der Interpretation des Ergebnisses ist allerdings zu beachten, dass in der vorliegenden Untersuchung möglicherweise nur den Pflegekindern Besuchskontakte zu ihren Ursprungsfamilien ermöglicht wurden, die eine positive Beziehung zu ihren leiblichen Eltern haben und deren Eltern über ausreichende Erziehungsressourcen verfügen.

Es zeigte sich zudem kein Zusammenhang zwischen dem Alter des Pflegekindes bei der Aufnahme und der Ausprägung seines Wohlbefindens in der Pflegefamilie. Dieser Befund könnte dafür sprechen, dass sich ältere Pflegekinder nach einem Wechsel in einer Pflegefamilie genauso wohl fühlen und genauso gut zurechtkommen können wie Pflegekinder, die bei Beginn des Pflegeverhältnisses jünger sind. Es finden sich ähnliche Ergebnisse in anderen Studien (Linderkamp et al., 2009; Rushton & Dance, 2004). Es zeigte sich ein marginal signifikant negativer Zusammenhang zwischen dem Alter bei der Aufnahme der Pflegekinder und ihrem psychologischen Wohlbefinden. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass die Pflegekinder, die bei Beginn des Pflegeverhältnisses älter sind, länger den erhöhten Risiken und Belastungen in ihrer Herkunftsfamilie ausgesetzt gewesen sind, die sich auch langfristig direkt oder indirekt negativ auf das psychologische Wohlbefinden auswirken können.

4.2.3 Gesundheitsbezogene Faktoren

Es zeigten sich bemerkenswerte negative Zusammenhänge zwischen psychischen Auffälligkeiten und der GLQ von Pflegekindern. Die Pflegekinder berichteten in allen Dimensionen der GLQ umso mehr Beeinträchtigungen, je mehr sie an psychischen Auffälligkeiten litten. Dieses Ergebnis stimmt mit der Untersuchung von Carbone et al. (2007) überein und überrascht insgesamt nicht. Auch andere Studien haben die große Bedeutung psychischer Auffälligkeiten für die GLQ von Kindern und Jugendlichen nachgewiesen (Bastiaansen et al., 2005a; Mattejat, 2003; Rattay et al., 2014; Ravens-Sieberer, Ellert, et al., 2007; Sawyer et al., 2002). Man geht dabei davon aus, dass sich entweder einzelne psychische Symptome direkt auf das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen auswirken oder indirekt über den Einfluss dieser Symptome auf die Alltagsbewältigung (Ravens-Sieberer, Ellert, et al., 2007; Sawyer et al., 2002). Allerdings muss methodisch beachtet werden, dass die Stärke des Zusammenhanges von psychischen Auffälligkeiten und gesundheitsbezogener Lebensqualität vermutlich auch durch die inhaltliche Nähe der zur Operationalisierung und Messung verwendeten Indikatoren gefördert wird (Katschnig, 2006; Ravens-Sieberer et al., 2009).

Auf der anderen Seite zeigte sich ein deutlich positiver Zusammenhang zwischen prosozialen Verhaltensweisen und der GLQ von Pflegekindern. Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass bei Pflegekindern prosoziale Verhaltensweisen eine wichtige Ressource für eine positive GLQ darstellen. Bastiaansen et al. (2005) kamen in seiner Untersuchung ebenfalls zu dem Ergebnis, dass soziale Kompetenzen positiv mit der GLQ von Kindern und Jugendlichen assoziiert sind.

Pflegekinder mit einer amtlich anerkannten Behinderung berichteten in der körperlichen und der sozialen Dimension eine niedrigere GLQ als Pflegekinder ohne eine amt-

lich anerkannte amtliche Behinderung, aber diese Unterschiede erzielten nur im Fremdbereich der Pflegeeltern statistische Signifikanz. Eine amtlich anerkannte Behinderung können die Kinder und Jugendlichen auf Antrag der Eltern beim Versorgungsamt erhalten, deren körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit beeinträchtigt und von daher ihre Teilhabe in der Gesellschaft gefährdet ist. Der Befund der vorliegenden Untersuchung könnte dafür sprechen, dass die mit einer amtlich anerkannten Behinderung assoziierten körperlichen Einschränkungen einen direkten negativen Einfluss auf das körperliche Wohlbefinden bei Pflegekindern haben. Weiterhin scheinen die mit einer amtlich anerkannten Behinderung assoziierten Einschränkungen auch dazu zu führen, dass die soziale Teilhabe und Integration dieser Pflegekinder besonders beeinträchtigt ist. Auch andere Studien konnten einen negativen Zusammenhang zwischen chronischen Erkrankungen und der GLQ von Kindern und Jugendlichen nachweisen (Ellert et al., 2014; Hölling et al., 2008; Ravens-Sieberer, Ellert, et al., 2007). In der familiären Dimension ergab sich in der vorliegenden Untersuchung zwischen diesen beiden Gruppen von Pflegekindern kein signifikanter Unterschied und eine Erklärung dafür könnte sein, dass es Pflegeeltern trotz des besonderen Versorgungsbedarfs ihrer Pflegekinder schaffen, eine genauso fürsorgliche Beziehung zu ihrem Pflegekind aufzubauen und für ein vergleichbares positives Familienklima zu sorgen wie Pflegeeltern von Pflegekindern ohne eine amtlich anerkannte Behinderung.

Pflegekinder, die regelmäßig verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen müssen, berichteten in der körperlichen und in der familiären Dimension eine signifikant niedrigere GLQ als Pflegekinder, die keine Medikamente einnehmen müssen. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass Pflegekinder mit einer Dauermedikation unter mehr somatischen Erkrankungen leiden als Pflegekinder ohne Dauermedikation. Somatische Erkrankungen sind mit einer geringeren GLQ assoziiert (s. Abschnitt 1.4.3). Die soma-

tischen Erkrankungen könnten dann dazu führen, dass die Pflegekinder ein geringeres körperliches Wohlbefinden und eine geringere Funktionsfähigkeit berichten. Eine andere Erklärung könnte sein, dass Pflegekinder mit einer Dauermedikation vermehrt unter psychischen Auffälligkeiten leiden, wie zum Beispiel unter einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS), und deswegen mit Psychopharmaka behandelt werden. Die psychischen Auffälligkeiten könnten in der Pflegefamilie zu mehr Konflikten und Auseinandersetzungen mit den Pflegeeltern führen und die Behandlung mit Psychopharmaka möglicherweise zu Nebenwirkungen, die sich negativ auf das körperliche Wohlbefinden auswirken. Beides beeinflusst die GLQ negativ. Hölling et al. (2008) konnten in ihrer Untersuchung zeigen, dass Kinder und Jugendliche mit ADHS unter Beeinträchtigungen ihrer GLQ in der familiären, psychischen und schulischen Dimension leiden. Die Pflegeeltern berichteten bei ihren Pflegekindern, die regelmäßig verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen müssen, zusätzlich in der psychischen und sozialen Dimension eine signifikant niedrigere GLQ als die Pflegeeltern von Kindern, die keine Dauermedikation erhalten.

Es zeigte sich in der vorliegenden Untersuchung erwartungsgemäß, dass Pflegekinder mit regelmäßigen Schmerzen (Bauch- oder Kopfschmerzen) eine niedrigere GLQ in der körperlichen Dimension berichteten. Die Pflegeeltern kommen im Fremdbesicht zu einer vergleichbaren Einschätzung. Auch die Ergebnisse anderer Studien haben gezeigt, dass Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen mit Einschränkungen in der GLQ assoziiert sind (Ellert et al., 2014; Ravens-Sieberer, Ellert, et al., 2007). Dabei erscheint es folgerichtig, dass Schmerzen bei Pflegekindern vor allem mit Beeinträchtigungen des körperlichen Wohlbefindens assoziiert sind.

4.2.4 Belastungserfahrungen

Es konnte kein negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl der Wechsel der engen Bezugspersonen und der GLQ von Pflegekindern nachgewiesen werden. In der Studie von Carbone et al. (2007) berichteten die Pflegekinder, die bereits drei oder mehr Wechsel von Pflegefamilien erlebt hatten, ebenfalls keine signifikant schlechtere GLQ als die Pflegekinder, die keinen, einen oder zwei Wechsel von Pflegefamilien miterlebt haben. Das Ergebnis überrascht trotzdem, da für Kinder eine fürsorgliche und kontinuierliche Beziehung zu einer erwachsenen Bezugsperson grundsätzlich als ein sehr bedeutsamer Schutzfaktor und eine wichtige Ressource angesehen wird (Masten et al, 2009). Eine Erklärung für das Ergebnis könnte sein, dass die Pflegekinder der Stichprobe zum Zeitpunkt der Untersuchung im Durchschnitt bereits seit ungefähr sieben Jahren in ihrer Pflegefamilie gelebt haben. Durch die langen und stabil bestehenden Pflegeverhältnisse konnte möglicherweise bei den Pflegekindern der Stichprobe der negative Einfluss von vorherigen häufigen Wechseln enger Bezugspersonen bereits kompensiert werden.

Als weiteres Ergebnis zeigte sich, dass Pflegekinder, die in ihrer frühen Kindheit vernachlässigt geworden sind, in der psychischen Dimension eine signifikant niedrigere GLQ berichteten als Pflegekinder, die nicht vernachlässigt wurden. In der sozialen und schulischen Dimension zeigten sich zwischen diesen beiden Gruppen von Pflegekindern ebenfalls deutliche Unterschiede in die gleiche Richtung, aber die Analysen ergaben keine statistische Signifikanz. Die Ergebnisse der Pflegeeltern im Fremdbbericht fielen vergleichbar mit den Ergebnissen im Selbstbericht aus. Das Ergebnis weist daraufhin, dass Vernachlässigungen in der frühen Kindheit bedeutsam und negativ mit dem psychischen Wohlbefinden bei Pflegekindern assoziiert sind. Andere Studien kommen zu

ähnlichen Ergebnissen (Rajmil et al., 2009; Wilkins et al., 2004). Es ist bekannt, dass Vernachlässigung einen bedeutenden psychosozialen Risikofaktor für Pflegekinder darstellt und mit psychischen Auffälligkeiten bei Pflegekindern assoziiert ist (Kinard, 2004; Linderkamp et al., 2009). Deswegen könnte eine Erklärung für dieses Ergebnis sein, dass die größeren psychischen Auffälligkeiten der vernachlässigten Pflegekinder zu den vermehrten Beeinträchtigungen ihres psychischen Wohlbefindens führen.

Die Pflegekinder, deren leibliche Mütter in der Schwangerschaft regelmäßig Alkohol konsumiert haben, berichteten in der körperlichen, psychischen, sozialen und schulischen Dimensionen der GLQ deutlich niedrigere Werte als Pflegekinder, deren Mütter in der Schwangerschaft keinen Alkohol getrunken haben, aber die Unterschiede fielen statistisch nicht signifikant aus. Die Pflegeeltern berichteten im Fremdbbericht vergleichbare Ergebnisse. Dieses Ergebnis überrascht insgesamt, da bekannt ist, dass der Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft bei Kindern mit erheblichen Beeinträchtigungen der körperlichen, kognitiven, sozialen und emotionalen Entwicklung assoziiert ist (Löser, 2005). Es wäre zu erwarten, dass diese Beeinträchtigungen in den Dimensionen der GLQ zu einem geringen Wohlbefinden und Einschränkungen in der Funktionsfähigkeit führen. Eine Erklärung für das Ergebnis könnte sein, dass die Stichproben der beiden Gruppen ($n = 10$ bzw. $n = 32$) zu klein waren, um die bestehenden Unterschiede aufzudecken.

4.2.5 Soziodemographische Faktoren der Pflegefamilie

Pflegekinder von alleinerziehenden Pflegeeltern erzielten insgesamt eine vergleichbare GLQ wie Pflegekinder mit zwei Pflegeeltern. Einzig in der körperlichen Dimension erzielten die Pflegekinder von alleinerziehenden Pflegeeltern einen höheren Wert. Eine

Erklärung dafür könnte sein, dass die Fachkräfte des Jugendamtes alleinerziehenden Pflegeeltern eher keine körperlich beeinträchtigten Pflegekinder vermitteln, da der erhöhte Betreuungsaufwand von einer einzelnen Erziehungsperson schwerer zu leisten ist. Das Ergebnis weist daraufhin, dass sich Pflegekinder auch bei alleinerziehenden Pflegeeltern wohl fühlen. Im Gegensatz dazu kamen andere Studien zu dem Ergebnis, dass Kinder von alleinerziehenden Eltern eine geringere GLQ erzielten als Kinder aus Zwei-Eltern-Familien (Arnhold-Kerri & Sperlich, 2010; Bau et al., 2011; Rattay et al., 2014). In den Studien wurde darauf hingewiesen, dass für die Unterschiede vor allem die sozioökonomische Lage der Alleinerziehenden, deren Stressverarbeitungsstrategien, deren psychische Gesundheit und deren elterliche Kompetenzgefühl verantwortlich ist. Möglicherweise verfügen alleinerziehende Pflegeeltern über ein hohes Maß an personalen und sozialen Ressourcen, die es ihnen ermöglichen, die Lebensbedingungen für das Pflegekind positiver zu gestalten als das im Durchschnitt anderen alleinerziehenden Müttern oder Vätern möglich ist.

Pflegekinder, die mit ihrer Pflegefamilie in ländlicher Umgebung leben, berichteten in der familiären Dimension eine höhere GLQ als Pflegekinder, die mit ihrer Pflegefamilie in städtischer Umgebung leben. Möglicherweise können Pflegefamilien in ländlicher Umgebung auf mehr Erziehungsressourcen zurückgreifen, die einen positiven Einfluss auf das familiäre Wohlbefinden der Pflegekinder ausüben.

Pflegekinder aus den verschiedenen Formen von Pflegefamilien berichteten eine vergleichbare GLQ. Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass Pflegekinder sich in allen Formen von Pflegefamilien gleich wohl fühlen können. Möglicherweise gelingt es den Fachkräften vom Jugendamt zudem, die Pflegekinder in die für sie geeignete Form der Pflegefamilie zu vermitteln. Bei der Interpretation des Ergebnisses ist zu berücksichtigen, dass in der Stichprobe der Anteil an Verwandtschaftspflegeverhältnissen gering

ausfiel und deswegen diese Art des Pflegeverhältnisses nicht mit in die Analyse aufgenommen werden konnte. Hier ergibt sich ein Ansatz für zukünftige Forschung.

Es zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Anzahl weiterer Pflegekinder in der Pflegefamilie und der GLQ von Pflegekindern. Ebenfalls zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Anzahl leiblicher Kinder in der Pflegefamilie und der GLQ von Pflegekindern. Diese Befunde weisen darauf hin, dass das Wohlbefinden von Pflegekindern nicht negativ von leiblichen Kindern in der Familie oder weiteren Pflegekindern beeinflusst wird.

Es zeigte sich außerdem kein Zusammenhang zwischen dem Einkommen der Pflegeeltern und der GLQ von Pflegekindern. Dies ist auf den ersten Blick überraschend, da andere Studien bei Kindern und Jugendlichen kleine Zusammenhänge zwischen der GLQ und dem Einkommen der Eltern gefunden haben (Rattay et al., 2014; Ravens-Sieberer et al., 2009). Eine Erklärung für das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung könnte sein, dass die Pflegeeltern der Stichprobe überwiegend auf ein relatives hohes Einkommen zurückgreifen können und deswegen die Varianz der Variable Einkommen zu gering ausfällt. Für zukünftige Forschung wäre eine Stichprobe mit Pflegefamilien wünschenswert, die im Durchschnitt ein geringeres Einkommen zur Verfügung haben.

4.3 Vergleich von Selbst- und Fremdurteil

Es zeigte sich insgesamt eine gute Übereinstimmung in der selbst- und fremdberichteten GLQ von Pflegekinder, die aber zwischen den jeweiligen Dimensionen der GLQ und zwischen verschiedenen Subgruppen von Pflegekindern variiert. Die Vergleiche der selbst- und fremdberichteten Werte mit den entsprechenden Normstichproben fielen ebenfalls ähnlich aus, aber auch hier zeigten sich Unterschiede. Trotzdem weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Pflegeeltern sich insgesamt gut in ihre Pflegekinder hineinversetzen und relativ reliabel Auskunft über das Wohlbefinden ihrer Pflegekinder in verschiedenen Lebensbereichen geben können. Andere Studien kommen zu demselben Ergebnis (Carnbone et al. 2007; Linderkamp et al, 2009). Eine mögliche Erklärung für die gute Übereinstimmung könnte allerdings auch darin liegen, dass Pflegeeltern und Pflegekinder entgegen der Testanweisung zusammen die Fragebögen ausgefüllt haben.

Im Einzelnen betrachtet war die Übereinstimmung zwischen den Einschätzungen der Pflegekinder und der Pflegeeltern auf der körperlichen, der familiären und der sozialen Dimension der GLQ groß. In der psychischen Dimension schätzen die Pflegekinder ihre GLQ deskriptiv besser ein als die Pflegeeltern. In der schulischen Dimension ergab sich der deutlichste Unterschied- hier schätzen die Pflegekinder ihre GLQ signifikant besser ein als die Pflegeeltern.

Diese Ergebnisse stimmen mit den bisherigen Befunden in der Literatur überein. Es fällt Eltern leichter, die GLQ ihrer Kinder auf direkt beobachtbaren Dimensionen einzuschätzen als auf Dimensionen, in denen sie nicht direkt Einblick nehmen können (für einen Überblick Eiser & Morse, 2001). Es könnte in Hinblick auf die Abweichungen der schulischen GLQ im Selbst- und Fremdbereich auch sein, dass Kinder ihre schulischen Probleme unterschätzen und dadurch ihr schulisches Wohlbefinden höher ein-

schätzen als die Pflegeeltern. Ein weiterer Grund für die negativere Einschätzung der Pflegeeltern in der psychischen und der schulischen Dimension der GLQ könnte darin liegen, dass Eltern von Kindern mit Gesundheitsproblemen die GLQ der Kinder tendenziell schlechter einschätzen als die betroffenen Kindern und Jugendlichen selber (für einen Überblick Upton et al., 2008).

4.4 Einschränkungen

Bei der Interpretation der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung müssen einige methodische Kritikpunkte berücksichtigt werden, die im Folgenden kurz dargestellt werden sollen.

Es handelte sich bei der Stichprobe nicht um zufällig ausgewählte Pflegeeltern und Pflegekinder, sondern die Teilnahme an der Untersuchung erfolgte eigeninitiativ und freiwillig. Dies kann zu einer Selektion geführt haben, indem vor allem Pflegeeltern mit einem besonders hohen Interesse und Engagement für die Entwicklung und das Wohlbefinden ihrer Pflegekinder an der Untersuchung teilgenommen haben. Ebenso könnte es sein, dass vor allem Pflegekinder freiwillig an der Untersuchung teilgenommen haben, die in besonderem Maße kooperativ und zufrieden mit ihrer Lebenssituation sind. Zudem könnte es sein, dass Pflegeeltern hoch belasteten Pflegekindern die Teilnahme an der Untersuchung nicht zumuten wollten. All diese Gründe könnten dazu geführt haben, dass die Ergebnisse der Pflegekinder in der vorliegenden Untersuchung im Vergleich zur Gesamtpopulation der Pflegekinder positiver ausgefallen sind. Allerdings könnte es auch sein, dass vor allem Pflegeeltern an der Untersuchung teilgenommen haben, die Probleme mit ihren Pflegekindern haben und deswegen mehr Interesse an pflegekindspezifische Untersuchungen haben. Dadurch bleibt fraglich, ob die gefundenen Ergebnisse repräsentativ für die Population der Pflegekinder in Deutschland sind.

Darüber hinaus konnte in der vorliegenden Untersuchung die Durchführungsobjektivität nicht kontrolliert werden. Die Pflegeeltern wurden zwar darauf hingewiesen, dass ihre Pflegekinder unbeaufsichtigt und unabhängig die Fragen beantworten sollten, aber

es ist möglich, dass die Pflegekinder die Fragen in Anwesenheit ihrer Pflegeeltern sozial erwünscht beantwortet haben und die Ergebnisse deshalb positiver ausgefallen sind.

Schließlich ergeben sich in der vorliegenden Untersuchung noch weitere methodische Probleme. Es konnten aufgrund des Querschnittsdesigns keine kausalen Zusammenhänge bestimmt, sondern lediglich Korrelationen zwischen verschiedenen Faktoren und der GLQ von Pflegekindern berechnet werden. Die Pflegekinder wurden mithilfe eines Fragebogens befragt, der in seiner Konzeption die spezifischen Belastungserfahrungen und Lebensumstände von Pflegekindern eventuell nicht ausreichend berücksichtigt, weil er nicht speziell auf sie zugeschnitten ist. Zudem wurde der standardisierte Fragebogen online mithilfe einer Befragungssoftware präsentiert. Dies kann zu Einschränkungen der internen Validität der Ergebnisse geführt haben (Berrick et al., 2000). Durch die Berechnung einer größeren Anzahl an explorativen Tests ist die Wahrscheinlichkeit eines Alpha-Fehlers gestiegen. Dadurch können sich in der vorliegenden Untersuchung signifikante Ergebnisse ergeben haben, obwohl diese Unterschiede in der Gesamtpopulation der Pflegekinder gar nicht existieren. Gleichzeitig ist durch die Bonferroni-Korrektur die Wahrscheinlichkeit eines Beta-Fehlers gestiegen. Dadurch könnten in vorliegenden Untersuchung Unterschiede nicht entdeckt worden sein, obwohl sie in der Gesamtpopulation der Pflegekinder existieren.

4.5 Implikationen für die Praxis

Die vorliegende Untersuchung hatte das Ziel, empirische Daten und Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Pflegekinderhilfe in Deutschland zu generieren. Empirische Daten werden als Grundlage dafür angesehen, dass die Weiterentwicklung der Pflegekinderhilfe ideologiefrei und kontrovers diskutiert werden kann (vgl. Wolf & Reimer, 2008). Im Folgenden sollen aus den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung einige wichtige Implikationen für die Praxis der Pflegekinderhilfe abgeleitet werden.

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass sich Pflegekinder im Vergleich zur Normalbevölkerung trotz ihrer Belastungserfahrungen und vermehrten psychischen Auffälligkeiten in ihrer (Pflege-) Familie ähnlich wohlfühlen und zurecht kommen. Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass es Pflegeeltern gelingt, zu ihren Pflegekindern eine enge und fürsorgliche Beziehung aufzubauen und für ein positives Familienklima mit wenigen Konflikten zu sorgen. Da bekannt ist, dass diese familiäre Ressourcen außerdem mit dem Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in allen wichtigen Lebensbereichen assoziiert sind (Ravens-Sieberer et al., 2009), sollten Pflegeeltern weiterhin darin gestärkt und geschult werden, ihren Pflegekindern trotz deren psychischer Auffälligkeiten diese wichtigen familiären Ressourcen anbieten zu können. Eine intensive Ausbildung für Pflegeeltern erscheint dabei wünschenswert, z.B. durch die Teilnahme an in ihrer Wirksamkeit nachgewiesenen Interventionsprogrammen wie das *Multidimensional Treatment Foster Care* (MTFC-P; Leve, Fisher & Chamberlain, 2009) oder *Taking Care Triple p* (Chandler & Sanders, 2013).

Die überraschend positiven Ergebnisse der weiblichen Pflegekinder weisen ebenfalls darauf hin, dass Pflegefamilien eine große Chance für Kinder und Jugendlichen mit Belastungserfahrungen und psychischen Auffälligkeiten darstellen, um in wichtigen

Lebensbereichen ein positives Wohlbefinden und eine gute Funktionsfähigkeit zu entwickeln. Aus diesem Grund sollte der Ausbau der Pflegekinderhilfe und die Qualifizierung von Pflegefamilien unbedingt weiterhin gefördert werden.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung machen allerdings auch deutlich, dass es Pflegekindern außerhalb ihrer Pflegefamilie an Ressourcen zu mangeln scheint, die ihnen eine noch positivere Bewältigung ihrer Belastungserfahrungen und ihrer Probleme in anderen wichtigen Lebensbereichen ermöglichen. Die Pflegekinder berichten Beeinträchtigungen ihres psychischen, sozialen und schulischen Wohlbefindens und eine eingeschränkte Funktionsfähigkeit in diesen Lebensbereichen. Es erscheint notwendig, dass im System der Kinder- und Jugendhilfe noch mehr Überlegungen angestellt werden, wie den Pflegekindern in ihrer direkten Umgebung mehr Unterstützungsmaßnahmen und Ressourcen zur Verfügung gestellt werden können (vgl. Wolf & Reimer, 2008). Das Ziel muss sein, dass Pflegekinder sich trotz ihrer vermehrten Belastungserfahrungen und überdurchschnittlichen psychischen Beeinträchtigungen in den verschiedenen Lebensbereichen noch wohler fühlen und noch besser mit den Alltagsanforderungen zurechtkommen.

Konkret sollten in der Kinder- und Jugendhilfe für den sozialen Lebensbereich von Pflegekindern Strategien entwickelt werden, wie man die Integration der Pflegekinder in soziale Beziehungen fördern kann und wie Pflegekinder mehr soziale Unterstützung erhalten können. Für den Lebensbereich der Schule sollten Strategien und Interventionen entwickelt werden, wie die schulischen Rahmenbedingungen für Pflegekinder optimiert und mehr gezielte Fördermaßnahmen mit Pflegekindern durchgeführt werden können. Zudem sollten Pflegekinder in der Schule mehr darin unterstützt werden, ihre sozialen Beziehungen zu verbessern, und darauf geachtet werden, dass in den Klassen mit Pflegekindern ein förderliches Klassenklima vorherrscht.

Für das physische und psychische Wohlbefinden von Pflegekindern wird es weiterhin notwendig sein, dass Pflegekinder einen barrierefreien Zugang zu medizinischen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Hilfsangeboten haben. Außerdem ist es wichtig, dass Eltern, Pflegeeltern, Lehrer, Erzieher und Gleichaltrige für die psychischen Symptome der betroffenen Pflegekinder im Alltag sensibilisiert werden, da sich psychische Auffälligkeiten entweder direkt oder indirekt auf deren Wohlbefinden in verschiedenen Lebensbereichen auswirken können. Darüber hinaus muss überlegt werden, welche Unterstützungsmaßnahmen Pflegekinder in den jeweiligen Lebensbereichen benötigen, damit ihre überdurchschnittlichen psychischen Auffälligkeiten einen möglichst geringen Einfluss auf ihr Wohlbefinden und ihre Funktionsfähigkeit haben. Die Pflegekinder sollten systematischer darin gefördert werden, einen eigenen Umgang mit ihren Problemen zu entwickeln, ihren Optimismus und ihre Selbstwirksamkeit zu erhöhen, ihre sozialen Kompetenzen zu steigern und adaptive Stressverarbeitungsstrategien anzuwenden.

Des Weiteren weisen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung darauf hin, dass im System der Kinder- und Jugendhilfe männlichen Pflegekindern möglicherweise eine besondere Aufmerksamkeit zukommen sollte. Diese fühlen sich in wichtigen Lebensbereichen weniger wohl und kommen mit den Anforderungen schlechter zurecht als die weiblichen Pflegekinder. Deswegen sollten in der Fachpraxis bei männlichen Pflegekindern die personalen, sozialen und familiären Ressourcen genauer beobachtet und eingeschätzt werden und Unterstützungsmaßnahmen im direkten Umfeld schneller und möglicherweise bereits präventiv entwickelt und implementiert werden. Allgemein sollten in der Zukunft in der Pflegekinderhilfe Geschlechterdifferenzen im Hinblick auf das Leben und Aufwachsen in Pflegefamilien mehr Beachtung finden (Eggert-Schmid Noerr, 2015; Leve, Fisher & DeGarmo, 2007).

Die Ergebnisse machen zudem deutlich, dass bei Pflegekindern mit frühkindlichen Risikobedingungen und mit psychischen oder physischen Beeinträchtigungen besonders darauf geachtet werden sollte, welche zusätzlichen Ressourcen sie benötigen, um in wichtigen Lebensbereichen trotz ihrer spezifischen Beschwerden zurechtzukommen und sich wohlfühlen. Gleichzeitig weisen die Ergebnisse darauf hin, dass sich Pflegekinder möglicherweise relativ unabhängig von spezifischen soziodemographische Merkmalen (v.a. Alter bei Aufnahme, Migrationshintergrund, Besuchskontakte, Dauer in der Pflegefamilie, Anzahl der vorherigen Wechsel) sowie möglicherweise relativ unabhängig von soziodemographischen Merkmalen der Pflegefamilien (v.a. Familienstatus der Pflegeeltern, Einkommen, Art des Pflegeverhältnisses, weitere Kinder in der Pflegefamilie) in ihrer Pflegefamilie und ihrer Umwelt wohl fühlen und zurecht kommen können. Deswegen könnte in Zukunft bei der Abwägung und Planung einer Hilfe zur Erziehung in einer Pflegefamilie kritisch erwogen werden, ob einzelnen Merkmalen des Pflegekindes oder der Pflegefamilie ein besonderes Gewicht gegeben werden darf bzw. ob einzelne Merkmale tatsächlich ein Ausschlusskriterium für ein Pflegeverhältnis darstellen dürfen. Neben dem Ausbau der Unterstützungsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendhilfe für Pflegekinder und Pflegeeltern wäre es zudem wünschenswert, dass ein manualisiertes Interventionsprogramm zu Verbesserung der GLQ von Pflegekindern entwickelt wird. Als Vorbild dafür könnte das familienorientierte Interventionsmanual für Kinder von psychisch kranken Eltern dienen (CHIMPs; Beardslee, Gladstone, Wright & Cooper, 2003). Eine deutsche Studie ergab für die teilnehmenden Kinder und Jugendliche eine verbesserte GLQ und eine verbesserte soziale Unterstützung (Wiegand-Grefe, Werkmeister, Bullinger, Plass & Petermann, 2012).

Trotz der teilweise bemerkenswert positiven Ergebnisse muss sich das System der Kinder- und Jugendhilfe intensiver mit der Frage beschäftigen, wie sie vor allem das

psychische, soziale und schulische Wohlbefinden bei Pflegekindern verbessern kann. Diese Verpflichtung ergibt sich ebenfalls aus dem 13. Kinder- und Jugendbericht (2009). Dort wurde festgehalten, dass es der Anspruch der Kinder- und Jugendhilfe ist, die individuelle und soziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu fördern sowie die Ressourcen zu stärken, die eine Bewältigung von Risikobedingungen ermöglichen. Neben dem politischen und gesellschaftlichen Willen wird es dabei in der Zukunft entscheidend sein, dass bei Pflegekindern auf der kommunalen Ebene Strategien und Interventionen ansetzen und Anwendung finden.

4.6 Schlussfolgerungen und Ausblick

Es ist für die Selbstvergewisserung der Pflegekinderhilfe notwendig, die Lebenssituation von Pflegekinder unter einem normativen Blickwinkel zu erfassen. Mithilfe der vorliegenden Untersuchung ist es gelungen, aussagekräftige Informationen darüber zu erhalten, wie Pflegekinder ihr Wohlbefinden und ihre Funktionsfähigkeit in wichtigen Lebensbereichen einschätzen.

Es zeigte sich, dass die Pflegekinder ein vergleichbares familiäres Wohlbefinden berichteten wie Kinder und Jugendliche aus der Normalbevölkerung. Vor allem weibliche Pflegekinder berichteten im Vergleich zur Normalbevölkerung insgesamt überraschend wenige Beeinträchtigungen ihres Wohlbefindens und ihrer Funktionsfähigkeit. Dementsprechend scheinen Pflegefamilien eine große Chance für Kinder und Jugendliche darzustellen, trotz Belastungserfahrungen und psychischen Problemen ein positives Wohlbefinden zu entwickeln und in wichtigen Lebensbereichen mit den Anforderungen gut zurechtzukommen. Der Ausbau von Pflegefamilien sollte deshalb unbedingt weiterhin gefördert werden.

Allerdings zeigten sich auch deutliche Unterschiede zwischen dem Wohlbefinden von Pflegekindern und dem Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen aus der Normalbevölkerung. Der Anteil an Pflegekindern mit einer geringen GLQ ist im Vergleich zur Normalbevölkerung im Durchschnitt über alle wichtigen Lebensbereiche hinweg ungefähr um das zweifache erhöht. Das führt zu der Schlussfolgerung, dass es Pflegekindern in wichtigen Lebensbereichen an Ressourcen zu mangeln scheint, um die Anforderungen vor dem Hintergrund ihrer vermehrten Belastungserfahrungen und psychischen Probleme positiv zu bewältigen. Es stellt sich somit an das System der Kinder- und Jugendhilfe sowohl die Frage als auch die Aufgabe, wie es in Zukunft das Wohlbe-

finden und die Funktionsfähigkeit von Pflegekindern besser fördern kann. Dabei sollte vor allem die Lebenssituation und das Wohlbefinden von männlichen Pflegekindern mehr in den Blick genommen werden. Die vorliegende Untersuchung wirft auch weiterführende Forschungsaufgaben und -fragen auf. Zum einen sollte überprüft werden, ob sich die in dieser Untersuchung gefundenen Ergebnisse in einer weiteren, möglichst repräsentativen Stichprobe von Pflegekindern replizieren lassen. Zum anderen besteht noch ein großer Bedarf an Spezifizierung, welche Ressourcen es Pflegekindern ermöglichen, trotz ihrer spezifischen Belastungserfahrungen und Probleme ein positives Wohlbefinden und eine gute Funktionsfähigkeit zu entwickeln. Dazu wäre auch der Vergleich mit einer Kontrollgruppe von Kindern und Jugendlichen hilfreich, die in der stationären Jugendhilfe aufwachsen und vergleichbare Belastungserfahrungen und Beeinträchtigungen wie Pflegekinder aufweisen. Damit könnten die zu erwartenden protektiven Einflüsse einer Pflegefamilie auf das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen systematischer untersucht werden. Weiterhin stellt sich auch die Frage, welche Risikofaktoren speziell bei Pflegekindern zu einer negativen GLQ führen. Dazu wäre in Folgeuntersuchungen ein prospektives Untersuchungsdesign wünschenswert. Außerdem wäre es in methodischer Hinsicht sinnvoll, die gefundenen korrelativen Zusammenhänge in zukünftigen Studien mithilfe eines Strukturgleichungsmodells zu überprüfen, um auch Querverbindungen zwischen den unabhängigen Einflussfaktoren zu berücksichtigen.

Literaturverzeichnis

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the youth self-report and 1991 profile*. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T.M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H.-C. et al. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49 (3), 251–275.
- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H. & Howell, C.T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101 (2), 213–232.
- Alt, C. (2009a). Kinder wollen glücklich sein- dem Glück auf der Spur. *DJI Bulletin*, 85 (1), 32–35.
- Alt, C. (2009b). Kinderforschung in Deutschland- Synopse ausgewählter Studien. *DJI Bulletin*, 85 Plus (1), 1–8.
- Alt, C., Schneider, S. & Steinhübl, D. (2004). Das DJI-Kinderpanel-Theorie, Design und inhaltliche Schwerpunkte. *Zeitschrift für Familienforschung*, 16 (2), 101–110.
- Aluja, A., Rossier, J. & Zuckerman, M. (2007). Equivalence of paper and pencil vs Internet forms of the ZKPQ-50-CC in Spanish and French samples. *Personality and Individual Differences*, 43 (8), 2022–2032.
- Andrews, F.M. & Withey, S.B. (1976). *Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality*. New York: Plenum Press.

- Annett, R.D. (2001). Assessment of health status and quality of life outcomes for children with asthma. *Journal of allergy and clinical immunology*, 107 (5), 473–481.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arnhold-Kerri, S., Otto, F. & Sperlich, S. (2011). Zusammenhang zwischen familiären Stressoren, Bewältigungsressourcen von Müttern und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ihrer Kinder. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 61 (09/10), 405–411. doi:10.1055/s-0031-1283159
- Arnhold-Kerri, S. & Sperlich, S. (2010). Vermitteln Erziehungsressourcen von Müttern zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitsbezogener Lebensqualität bei Kindern? *Das Gesundheitswesen*, 72 (02), 77–87.
- Arnold, C., Huwiler, K., Raulf, B., Tanner, H. & Wicki, T. (2008). *Pflegefamilien- und Heimplatzierungen: Eine empirische Studie über den Hilfeprozess und die Partizipation von Eltern und Kindern*. Zürich: Rüegger.
- Arnold, J. (2010). *Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Pflegekindern* (Unveröffentlichte Dissertation). Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Baas, S., Lamberty, J., Müller, H. & Seidenstücker, B. (2010). *Hilfen zur Erziehung in Rheinland-Pfalz. Die Inanspruchnahme erzieherischer Hilfen im Kontext sozio- und infrastruktureller Einflussfaktoren. 3. Landesbericht 2010*. Mainz: Institut für Sozialpädagogische Forschung.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2010). *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung* (13. Auflage). Berlin u.a.: Springer.

- Bandura, A. (1978). Reflections on self-efficacy. *Advances in behaviour research and therapy, 1* (4), 237–269.
- Barker, J. & Weller, S. (2003). “Is it fun?” Developing children centred research methods. *International Journal of Sociology and Social Policy, 23* (1/2), 33–58.
- Barth, R.P., Crea, T.M., John, K., Thoburn, J. & Quinton, D. (2005). Beyond attachment theory and therapy: Towards sensitive and evidence-based interventions with foster and adoptive families in distress. *Child & Family Social Work, 10* (4), 257–268.
- Barth, R.P. & Ferguson, C. (2005). *Educational risks and interventions for children in foster care*. Stockholm: Institute for Evidence-Based Social Work Practice.
- Bastiaansen, D., Koot, H.M. & Ferdinand, R.F. (2005a). Determinants of quality of life in children with psychiatric disorders. *Quality of Life Research, 14* (6), 1599–1612.
- Bastiaansen, D., Koot, H.M. & Ferdinand, R.F. (2005b). Psychopathology in children: Improvement of quality of life without psychiatric symptom reduction? *European Child & Adolescent Psychiatry, 14* (7), 364–370.
- Bau, A.-M., Sannemann, J., Ernert, A. & Babitsch, B. (2011). Einflussfaktoren auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität von 10- bis 15-jährigen Mädchen in Berlin. *Das Gesundheitswesen, 73* (05), 273–279.
- Beardslee, W.R., Gladstone, T.R.G., Wright, E.J. & Cooper, A.B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: Evidence of parental and child change. *PEDIATRICS, 112* (2), e119–e131.
- Becker, A., Steinhausen, H.-C., Baldursson, G., Dalsgaard, S., Lorenzo, M.J., Ralston, S.J. et al. (2006). Psychopathological screening of children with ADHD:

- Strengths and Difficulties Questionnaire in a pan-European study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15 (S1), i56–i62.
- Bellman, M.H. & Paley, C.E. (1993). Pain control in children. Parents underestimate children's pain. *British Medical Journal*, 307, 1563.
- Bernedo, I.M., Salas, M.D., Fuentes, M.J. & García-Martín, M.Á. (2014). Foster children's behavior problems and impulsivity in the family and school context. *Children and Youth Services Review*, 42, 43–49.
- Berrick, J.D., Frasch, K. & Fox, A. (2000). Assessing children's experiences of out-of-home care: Methodological challenges and opportunities. *Social Work Research*, 24 (2), 119–127.
- Bertram, H. (2008). Deutsches Mittelmaß: Der schwierige Weg in die Moderne. In H. Bertram (Hrsg.), *Mittelmaß für Kinder: Der UNICEF-Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland* (1. Auflage, S. 16–36). München: C.H.Beck.
- Bisegger, C., Cloetta, B., von Bisegger, U., Abel, T., Ravens-Sieberer, U. & the European Kidscreen group. (2005). Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Sozial- und Präventivmedizin*, 50 (5), 281–291.
- Björnsdotter, A., Enebrink, P. & Ghaderi, A. (2013). Psychometric properties of online administered parental strengths and difficulties questionnaire (SDQ), and normative data based on combined online and paper-and-pencil administration. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 40 (7), 1–9.
- Blandow, J. (1972). *Rollendiskrepanzen in der Pflegefamilie: Analyse einer sozialpädagogischen Institution*. München: Juventa-Verlag.
- Blandow, J. (1999). Versorgungseffizienz im Pflegekinderwesen. In H. Colla, T. Gabriel, S. Millham, S. Müller-Teusler & M. Winkler (Hrsg.), *Handbuch Heimer-*

- ziehung und Pflegekinderwesen in Europa /Handbook Residential and Foster Care in Europe* (S. 757–772). München: Luchtenfelde.
- Blandow, J. (2004). *Pflegekinder und ihre Familien: Geschichte, Situation und Perspektiven des Pflegekinderwesens*. Weinheim; München: Juventa-Verl.
- Blandow, J. (2006). Zwischen Stagnation und neuem Aufbruch- das Pflegekinderwesen in der fachlichen und jugendhilfepolitischen Diskussion. Gehalten auf der Tagung "Facetten der Modernisierung. Das Pflegekinderwesen zwischen Mileu, Professionalisierung und Selbstorganisation." Fachveranstaltung des Zentrums für Planung und Evaluation Sozialer Dienste der Universität Siegen und der Internationalen Gesellschaft für erzieherische Hilfen, am 27./28. Sept. 2006 in der Universität Siegen.
- Blandow, J. (2010). Das „Neue Manifest zur Pflegekinderhilfe“. Eine Initiative der Internationalen Gesellschaft für erzieherische Hilfen und des Kompetenzzentrums Pflegekinder e. V. *Unsere jugend*, (6), 252–256.
- Blandow, J. & Ristau-Grzebelko, B. (2011). Pflegekinder in Deutschland: Entwicklungslinien. In H. Kindler, E. Helming, T. Meysen & K. Jurczyk (Hrsg.), *Handbuch Pflegekinderhilfe* (S. 31–46). München: Deutsches Jugendinstitut e.V.
- Borgers, N., Hox, J. & Sikkel, D. (2003). Response quality in survey research with children and adolescents: The effect of labeled response options and vague quantifiers. *International Journal of Public Opinion Research*, 15 (1), 83–94.
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. Auflage). Berlin: Springer.
- Bowlby, J. (1975). Attachment theory, separation anxiety and mourning. In D. Hamburg & K. Brodie (Hrsg.), *American handbook of psychiatry* (2. Auflage, Band 6, S. 292–309).

- Bronfenbrenner, U. (1981). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bründel, H. & Hurrelmann, K. (2003). *Einführung in die Kindheitsforschung* (2. Auflage). Weinheim; Basel; Berlin: Beltz.
- Bruskas, D. (2008). Children in foster care: A vulnerable population at risk. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 21 (2), 70–77.
- Bullinger, M. (2009). Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 17 (2), 50–55.
- Bullinger, M., Brütt, A.L., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U. & the BELLA Study Group. (2008). Psychometric properties of the KINDL-R questionnaire: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17 (S1), 125–132.
- Bullinger, M., Jeske, J., Pollak, E. & Wiegand-Grefe, S. (2008). Wie beurteilen psychisch kranke Eltern die gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder? Zusammenhänge zur elterlichen Erkrankung und zur Funktionalität der Familie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57 (4), 301–314.
- Bullinger, M. & Ravens-Sieberer, U. (1995). Grundlagen, Methoden und Anwendungsgebiete der Lebensqualitätsforschung bei Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 44, 391–398.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2009). *13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*. Berlin.
- Büttner, P., Petermann, F., Petermann, U. & Rucker, S. (2011). Lebensqualität von Kindern in der Jugendhilfe: Welchen Einfluss besitzt die psychische Belastetheit der Kinder? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 59 (4), 297–303.

- Caldwell, B.M. & Bradley, R.H. (1984). *Administration manual: Home observation for measurement of the environment*. University of Arkansas at Little Rock.
- Campbell, A., Converse, P.E. & Rodgers, W.L. (1976). *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations, and Satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.
- Carbone, J.A., Sawyer, M.G., Searle, A.K. & Robinson, P.J. (2007). The health-related quality of life of children and adolescents in home-based foster care. *Quality of Life Research*, 16 (7), 1157–1166.
- Chandler, C.S. & Sanders, M.R. (2013). *Taking Care Triple P Workbook*. Brisbane: Australian Academic Press.
- Chang, P.-C. & Yeh, C.-H. (2005). Agreement between child self-report and parent proxy-report to evaluate Quality of Life in Children with Cancer. *Psycho-Oncology*, 14 (2), 125–134.
- Chapman, M.V., Wall, A. & Barth, R.P. (2004). Children's voices: the perceptions of children in foster care. *The American journal of orthopsychiatry*, 74 (3), 293–304.
- Chernoff, R., Combs-Orme, T., Risley-Curtiss, C. & Heisler, A. (1994). Assessing the health status of children entering foster care. *Pediatrics*, 93 (4), 594–601.
- Cierpka, M. & Frevert, G. (1994). *Die Familienbögen [FB]: Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen*. Göttingen: Hogrefe.
- Cierpka, M., Rabin, R. & Schulz, H. (1987). Die Testgütekriterien des "Family Assessment Measure" (FAM-Version III). In M. Cierpka & E. Nordmann (Hrsg.), *Methoden in der Familienforschung* (S. 83–100). Berlin, Heidelberg: Springer.

- Cinar, M. & Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.). (2013). *Kinder-Migrationsreport: Ein Daten- und Forschungsüberblick zu Lebenslagen und Lebenswelten von Kindern mit Migrationshintergrund*. München: Deutsches Jugendinstitut e.V.
- Clarke, S.-A. & Eiser, C. (2004). The measurement of health-related quality of life (QOL) in paediatric clinical trials: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*, 2 (1), 1–5.
- Clausen, J.M., Landsverk, J., Ganger, W., Chadwick, D. & Litrownik, A. (1998). Mental health problems of children in foster care. *Journal of Child and Family Studies*, 7 (3), 283–296.
- Coddington, R.D. (1972). The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children: A survey of professional workers. *Journal of Psychosomatic Research*, 16 (1), 7–18.
- Coghill, D., Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E. & Sergeant, J. (2009). Practitioner review: quality of life in child mental health—conceptual challenges and practical choices. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50 (5), 544–561.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2. Auflage). United States of America: L. Erlbaum Associates.
- Damnjanovic, M., Lakic, A., Stevanovic, D., Jovanovic, A., Jancic, J., Jovanovic, M. et al. (2012). Self-assessment of the quality of life of children and adolescents in the child welfare system of Serbia. *Vojnosanitetski pregled*, 69 (6), 469–474.
- Danziger, L., Lotzer, H. & Löw-Beer, H. (1930). *Pflegemutter und Pflegekind*. Leipzig: Hirzel.
- Davis, E., Nicolas, C., Waters, E., Cook, K., Gibbs, L., Gosch, A. et al. (2007). Parent-proxy and child self-reported health-related quality of life: using qualitative methods to explain the discordance. *Quality of Life Research*, 16 (5), 863–871.

- De Civita, M., Regier, D., Alamgir, A.H., Anis, A.H., FitzGerald, M.J. & Marra, C.A. (2005). Evaluating health-related quality-of-life studies in paediatric populations: Some conceptual, methodological and developmental considerations and recent applications. *Pharmacoeconomics*, 23 (7), 659–685.
- Denuwelaere, M. & Bracke, P. (2007). Support and conflict in the foster family and children's well-being: A comparison between foster and birth children. *Family Relations*, 56 (1), 67–79.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge. (2013). Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Fortschreibung der Pauschalbeträge in der Vollzeitpflege (§ 33, 39 SGB VIII) für das Jahr 2014. Verfügbar unter: http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen_archiv/2013/DV-25-13-Pauschalbeitraege-in-der-Vollzeitpflege
- Dey, M., Landolt, M.A. & Mohler-Kuo, M. (2012). Health-related quality of life among children with mental disorders: a systematic review. *Quality of Life Research*, 21 (10), 1797–1814.
- Dey, M., Landolt, M.A. & Mohler-Kuo, M. (2013). Assessing parent–child agreement in health-related quality of life among three health status groups. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48 (3), 503–511.
- Döpfner, M., Berner, W. & Lehmkuhl, G. (1994). *Fragebogen für Jugendliche: Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung des Youth self-report (YSR) der Child Behavior Checklist. Handbuch*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend-und Familiendiagnostik (KJFD).
- Döpfner, M., Plück, J., Bölte, S., Melchers, P. & Heim, K. (1998). *Deutsche Bearbeitung der Child behavior checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend-und Familiendiagnostik.

- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Drotar, D. (Hrsg.). (2009). *Measuring health-related quality of life in children and adolescents: Implications for research and practice*. New York: Psychology Press.
- Eggert-Schmid Noerr, A. (2015). Geschlechterdifferentes Erleben und Verhalten bei Pflegekindern. *PFAD*, (2), 9–13.
- van Eimeren, B. & Frees, B. (2012). Ergebnisse der ARD/ZDF Online Studie 2012. *Media Perspektiven*, (7-8), 362–379.
- Eiser, C. & Morse, R. (2001). Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Quality of Life Research*, 10 (4), 347–357.
- Ellert, U., Brettschneider, A.-K., Ravens-Sieberer, U. & KiGGS Study Group. (2014). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 57 (7), 798–806.
- Ellert, U., Ravens-Sieberer, U., Erhart, M. & Kurth, B.-M. (2011). Determinants of agreement between self-reported and parent-assessed quality of life for children in Germany-results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Health Qual Life Outcomes*, 9, 1–11.
- Erhart, M., Wille, N. & Ravens-Sieberer, U. (2008). Empowerment bei Kindern und Jugendlichen – die Bedeutung personaler und sozialer Ressourcen und persönlicher Autonomie für die subjektive Gesundheit. *Das Gesundheitswesen*, 70 (12), 721–729.
- Erzberger, C. (2003). *Strukturen der Vollzeitpflege in Niedersachsen*. Bremen: Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung e.V.

- Eschenbeck, H., Kohlmann, C.-W., Lohaus, A. & Klein-Heßling, J. (2006). Die Diagnostik von Stressbewältigung mit dem "Fragebogen zur Erhebung von Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter" (SSKJ 3-8). *Diagnostica*, 52 (3), 131–142.
- Faltermeier, J. (2001). *Verwirkte Elternschaft: Fremdunterbringung-Herkunftseltern- neue Handlungsansätze*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Farruggia, S.P., Greenberger, E., Chen, C. & Heckhausen, J. (2006). Perceived social environment and adolescents' well-being and adjustment: Comparing a foster care sample with a matched sample. *Journal of youth and adolescence*, 35 (3), 330–339.
- Fegert, J.M., Schulte-Körne, G., Herberhold, M., Spitzzok-Brisinski, I. & Lehmkuhl, J. (2013). *Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), des Berufsverbands für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP) und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (BAG) sowie der gemeinsamen Stiftung „Achtung! Kinderseele“ zum UNICEF Bericht zur Lage der Kinder in Industrieländern 2013*. Hamburg: Achtung! Kinderseele.
- Fernandez, E. (2009). Children's wellbeing in care: Evidence from a longitudinal study of outcomes. *Children and Youth Services Review*, 31 (10), 1092–1100. doi:10.1016/j.chilyouth.2009.07.010
- Flick, U., Kardorff, E. von & Steinke, I. (2005). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung* (4. Auflage). Hamburg: Rowolth.

- Gabler, S., Bovenschen, I., Lang, K., Zimmermann, J., Nowacki, K., Kliever, J. et al. (2014). Foster children's attachment security and behavior problems in the first six months of placement: associations with foster parents' stress and sensitivity. *Attachment & Human Development, 16* (5), 479–498.
- Gabler, S.D. (2013). *Foster children's attachment development and mental health in the first six months of foster care placement: Associations with foster parents' stress and sensitivity* (Unveröffentlichte Dissertation). Erlangen-Nürnberg: Friedrich-Alexander-Universität.
- Gaspar, T., Matos, M.G., Pais, R., José, L., Leal, I. & Ferreira, A. (2009). Health-related quality of life in children and adolescents and associated factors. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies, 9* (1), 33–48.
- Gassmann, Y. (2000). *Zwischen zusammen wachsen und auseinandergehen: eine Studie zur Wahrnehmung und zum Erleben von Pflegebeziehungen durch Pflegeeltern*. Bottenwil: Lysingur.
- Gassmann, Y. (2010). *Pflegeeltern und ihre Pflegekinder: empirische Analysen von Entwicklungsverläufen und Ressourcen im Beziehungsgeflecht*. (D.H. Rost, Hrsg.). Münster: Waxmann.
- Gasteiger-Klicpera, B., Klicpera, C. & Schabmann, A. (2006). Der Zusammenhang zwischen Lese-, Rechtschreib- und Verhaltensschwierigkeiten. *Kindheit und Entwicklung, 15* (1), 55–67.
- Gläser-Zikuda, M., Seidel, T., Rohlf, C., Gröschner, A. & Ziegelbauer, S. (2012). *Mixed Methods in der empirischen Bildungsforschung*. Münster u.a.: Waxmann.
- Gleißner, U., Johler, M., Ney-Wilkens, R. & Hollmann, H. (2013). Langzeitentwicklung von Pflegekindern in Fachpflegefamilien. *Bildung und Erziehung, 66* (1), 99–112.

- Gloger-Tippelt, G. & Hofmann, N. (1997). Das Adult Attachment Interview: Konzeption, Methode und Erfahrungen im deutschen Sprachraum. *Kindheit und Erziehung*, 3, 161–172.
- Gnambs, T., Batinic, B. & Hertel, G. (2011). Internetbasierte psychologische Diagnostik. In L.F. Hornke, M. Amelang & M. Kersting (Hrsg.), *Leistungs-, Intelligenz- und Verhaltensdiagnostik. Enzyklopädie der Psychologie, Psychologische Diagnostik* (1. Auflage, Band 2, S. 448–498). Göttingen: Hogrefe.
- Goodman, A. & Goodman, R. (2012). Strengths and Difficulties Questionnaire scores and mental health in looked after children. *The British Journal of Psychiatry*, 200 (5), 426–427.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38 (5), 581–586.
- Goodwin, D., Boggs, S.R. & Graham-Pole, J. (1994). Development and validation of the Pediatric Oncology Quality of Life Scale. *Psychological Assessment*, 6 (4), 321–328. doi:10.1037/1040-3590.6.4.321
- Grills, A. & Ollendick, T. (2003). Multiple informant agreement and the anxiety disorders interview schedule for parents and children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42 (1), 30–40.
- Groh, E.-M.G. (2010). *Die psychische Belastung bei Pflegekindern: Vorhersage ihrer posttraumatischen Symptomatik und Adaption eines neuen Instruments zur Erfassung ihrer allgemeinen psychischen Belastung* (Unveröffentlichte Dissertation). Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Gudat, U. (1987). Systemische Sicht von Pflegeverhältnissen- Ersatz- oder Ergänzungsfamilie? In Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.), *Handbuch Beratung im Pflegekin-derwesen* (S. 38–59). München.

- Halfon N, Mendonca A & Berkowitz G. (1995). Health status of children in foster care: The experience of the center for the vulnerable child. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 149 (4), 386–392.
- Hampel, P., Petermann, F. & Dickow, B. (1997). *Stressverarbeitungsbogen von Janke und Erdmann angepasst für Kinder und Jugendliche (SVF-KJ)*. Göttingen: Hogrefe.
- Haraldstad, K., Christophersen, K.-A., Eide, H., Nativg, G.K. & Helseth, S. (2011). Predictors of health-related quality of life in a sample of children and adolescents: a school survey: Predictors of health-related quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (21-22), 3048–3056.
- Hardera, A.T., Zeller, M., López, M., Köngeter, S. & Knorth, E.J. (2013). Different sizes, similar challenges: Out of home care for youth in Germany and the Netherlands. *Psychosocial Intervention*, 22 (3), 203–213.
- Heinzel, F. (2012). *Methoden der Kindheitsforschung: Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive* (2. Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.
- Helming, E., Eschelbach, D., Spangler, G. & Bovenschen, I. (2011). Einschätzung der Eignung und Vorbereitung von Pflegepersonen. In H. Kindler, E. Helming, T. Meysen & K. Jurczyk (Hrsg.), *Handbuch Pflegekinderhilfe* (S. 398–447). München: Deutsches Jugendinstitut e.V.
- Helming, E., Kindler, H., Küfner, M., Sandmeier, G., Thrum, K. & Blüml, H. (2011). Das Projekt und das Handbuch Pflegekinderhilfe in Deutschland. In H. Kindler, E. Helming, T. Meysen & K. Jurczyk (Hrsg.), *Handbuch Pflegekinderhilfe* (S. 15–19). München: Deutsches Jugendinstitut e.V.

- Heun, H.-D. (1984). *Pflegekinder im Heim: Eine Untersuchung über Anzahl, Ursachen und Auswirkungen abgebrochener Pflegeverhältnisse von Minderjährigen in Hessen*. München: Deutsches Jugendinstitut e.V.
- Hill, P.B. & Kopp, J. (2006). *Familiensoziologie: Grundlagen und theoretische Perspektiven*. Wiesbaden: Springer-Verlag.
- Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U. & Schlack, R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50 (5-6), 784–793.
- Hölling, H., R. Schlack, Petermann, F., Ravens-Sieberer, U., Mauz, E. & KiGGS Study Group. (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012): Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 57 (7), 807–819.
- Hölling, H., Schlack, R., Dippelhofer, A. & Kurth, B.-M. (2008). Personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren und gesundheitsbezogene Lebensqualität chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 51 (6), 606–620.
- Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11 (2), 213–218.
- Houtzager, B.A., Oort, F.J., Hoekstra-Weebers, J.E., Caron, H.N., Grootenhuis, M.A. & Last, B.F. (2004). Coping and family functioning predict longitudinal psychological adaptation of siblings of childhood cancer patients. *Journal of Pediatric Psychology*, 29 (8), 591–605.

- Howard-Jones, N. (1981). The world health organization in historical perspective. *Perspectives in Biology and Medicine*, 24 (3), 467–482.
- Huebner, E.S., Valois, R.F., Suldo, S.M., Smith, L.C., McKnight, C.G., Seligson, J.L. et al. (2004). Perceived quality of life: a neglected component of adolescent health assessment and intervention. *Journal of Adolescent Health*, 34 (4), 270–278.
- Hussy, W., Schreier, M. & Echterhoff, G. (2009). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor*. Berlin; New York: Springer.
- Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS) & Landschaftsverband Westfalen-Lippe. (2003). *Evaluation und Weiterentwicklung der familienorientierten Hilfen nach § 33 SGB VIII*. Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe.
- Internationale Gesellschaft für Erziehung & Kompetenz Zentrum Pflegekinder e.V. (2010). *Neues Manifest zur Pflegekinderhilfe*. Frankfurt am Main: IGFH. Verfügbar unter: http://www.agsp.de/assets/applets/Neues_Manifest_Gesamt_11_03_2010.pdf
- Jee, S.H., Barth, R.P., Szilagyi, M.A., Szilagyi, P.G., Aida, M. & Davis, M.M. (2006). Factors associated with chronic conditions among children in foster care. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 17 (2), 328–341.
- Jeske, J., Bullinger, M., Plaß, A., Petermann, F. & Wiegand-Grefe, S. (2009). Risikofaktor Krankheitsverarbeitung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57 (3), 207–213.
- Jespersen, A. (2010). *Belastungen und Ressourcen von Pflegeeltern. Analyse eines Pflegeeltern-Onlineforum* (ZPE Schriftenreihe No. 29). Universität Siegen.
- Jones, S.R., Fernyhough, C., de-Wit, L. & Meins, E. (2008). A message in the medium? Assessing the reliability of psychopathology e-questionnaires. *Personality and Individual Differences*, 44 (2), 349–359.

- Jordan, E. & Sengling, D. (2000). *Kinder- und Jugendhilfe*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Jud, A., Landolt, M.A., Tatalias, A., Lach, L.M. & Lips, U. (2013). Health-related quality of life in the aftermath of child maltreatment: follow-up study of a hospital sample. *Quality of Life Research*, 22 (6), 1361–1369.
- Kaplan, R.M. (1988). Health-related quality of life in cardiovascular disease. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56 (3), 382.
- Kaplan, R.M. & Bush, J.W. (1982). Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health psychology*, 1 (1), 61.
- Karande, S., Bhosrekar, K., Kulkarni, M. & Thakker, A. (2009). Health-related quality of life of children with newly diagnosed specific learning disability. *Journal of Tropical Pediatrics*, 55 (3), 160–169.
- Katschnig, H. (2006). Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry*, 5 (3), 139.
- Keddi, B., Klinkhammer, N. & Sandmeier, G. (2008). Mit den Augen der Kinder- Methodische und methodologische Überlegungen. *DJI Bulletin*, 82 (2), 5–7.
- Kelle, U. & Erzberger, C. (2005). Qualitative und quantitative Methoden: kein Gegensatz. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung* (4. Auflage, S. 299–308). Hamburg: Rowolth.
- Kernberg, O. (1992). *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kinard, E.M. (2004). Methodological issues in assessing the effects of maltreatment characteristics on behavioral adjustment in maltreated children. *Journal of Family Violence*, 19 (5), 303–318.

- Kindler, H. (2011). Perspektivklärung und Vermeidung von Abbrüchen von Pflegeverhältnissen. In H. Kindler, E. Helming, T. Meysen & K. Jurczyk (Hrsg.), *Handbuch Pflegekinderhilfe* (S. 344–366). München: Deutsches Jugendinstitut e.V.
- Kindler, H., Küfner, M., Sandmeier, G. & Thrum, K. (2006). *Projektbericht: Pflegekinderhilfe in Deutschland - Teilprojekt 1 Exploration*. München: Deutsches Jugendinstitut e.V.
- Kindler, H., Scheurer-Englisch, H., Gabriel, T. & Köckeritz, C. (2011). Pflegekinder: Situation, Bindungen, Bedürfnisse und Entwicklungsverläufe. In H. Kindler, E. Helming, T. Meysen & K. Jurczyk (Hrsg.), *Handbuch Pflegekinderhilfe* (S. 128–225). München: Deutsches Jugendinstitut e.V.
- Klasen, H., Woerner, W., Rothenberger, A. & Goodman, R. (2013). Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu)-Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52 (7), 491–502.
- Köckeritz, C. (2005). Vollzeitpflege zwischen Ideologie und Realität. *Zentralblatt für Jugendrecht*, 12, 446–450.
- Koglin, U., Barquero, B., Mayer, H., Scheithauer, H. & Petermann, F. (2007). Deutsche Version des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu). *Diagnostica*, 53 (4), 175–183.
- König, S. (2011). *Online-Forschung mit Kindern*. Opladen, Berlin u.a.: Budrich UniPress.
- Kötter, S. (1997). *Besuchskontakte in Pflegefamilien: das Beziehungsdreieck, Pflegetern-Pflegekind-Herkunftseltern*. Erlangen: Roderer.

- Kreuter, F., Presser, S. & Tourangeau, R. (2008). Social desirability bias in CATI, IVR and web surveys: The effects of mode and question sensitivity. *Public Opinion Quarterly*, 72 (5), 847–865.
- Krohne, H.W. (2003). Individual differences in emotional reactions and coping. In R.J. Davidson, K.R. Scherer & H.H. Goldsmith (Hrsg.), *Handbook of affective sciences. Series in affective science*. (S. 698–725). New York: Oxford University Press.
- Krüger, H.-H. (2006). Forschungsmethoden in der Kindheitsforschung. *Diskurs Kindheits-und Jugendforschung*, 1 (1), 91–115.
- Kuckartz, U. (2014). *Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Wiesbaden: Springer VS.
- Küfner, M. & Eschelbach, D. (2011). Finanzielle Aspekte und Versicherungen. In H. Kindler, E. Helming, T. Meysen & K. Jurczyk (Hrsg.), *Handbuch Pflegekinderhilfe* (S. 816–851). München: Deutsches Jugendinstitut e.V.
- Kvarme, L., Haraldstad, K., Helseth, S., Sørum, R. & Natvig, G. (2009). Associations between general self-efficacy and health-related quality of life among 12-13-year-old school children: a cross-sectional survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7 (1), 85.
- Lampert, T., Mensink, G.B.M., Romahn, N. & Woll, A. (2007). Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50 (5-6), 634–642.
- Landgraf, J.M., Abetz, L. & Ware, J.E. (1996). *Child health questionnaire (CHQ): A user's manual*. Boston: Health Institute, New England Medical Center.

- Landschaftsverband Rheinland. (2009). *Rahmenkonzeption im Pflegekinderwesen*. Köln: Landschaftsverband Rheinland, Landesjugendamt.
- Lange, A. (2009). Wohlbefinden und Zukunftschancen- zentrale Ziele einer Politik für Kinder. *DJI Bulletin*, (1), 29–31.
- Lang, K.A. (2014). *Foster parents' parenting characteristics and foster children's pre-placement experiences: Influence on foster children's psychosocial adjustment during the first year in foster placement* (Unveröffentlichte Dissertation). Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Pub.
- Lehmann, S., Heiervang, E.R., Havik, T. & Havik, O.E. (2014). Screening foster children for mental disorders: Properties of the strengths and difficulties questionnaire. *PLoS ONE*, 9 (7), e102134. doi:10.1371/journal.pone.0102134
- Lehrke, S., Koch, N., Hubel, R. & Laessle, R.G. (2005). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei übergewichtigen Kindern. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13 (3), 111–117.
- Leslie, L.K., Gordon, J.N., Lambros, K., Premji, K., Peoples, J. & Gist, K. (2005). Addressing the developmental and mental health needs of young children in foster care. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 26 (2), 140–151.
- Leve, L.D., Fisher, P.A. & Chamberlain, P. (2009). Multidimensional treatment foster care as a preventive intervention to promote resiliency among youth in the child welfare system. *Journal of Personality*, 77 (6), 1869–1902. doi:10.1111/j.1467-6494.2009.00603.x

- Leve, L.D., Fisher, P.A. & DeGarmo, D.S. (2007). Peer relations at school entry: Sex differences in the outcomes of foster care. *Merrill-Palmer quarterly (Wayne State University. Press)*, 53 (4), 557.
- Lienert, G.A. & Ratz, U. (1994). *Testaufbau und Analyse*. Weinheim: Beltz.
- Linderkamp, F., Schramm, S.A. & Michau, S. (2009). Die psychische Entwicklung von Pflegekindern und Pflegeeltern- Ergebnisse einer prospektiven Längsschnittstudie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 41 (4), 863–881.
- Löser, H. (2005). Alkohol und Schwangerschaft-Alkoholeffekte bei Embryonen, Kindern und Jugendlichen. In M.V. Singer & S. Teysen (Hrsg.), *Alkohol und Alkoholkrankheiten* (S. 442–456). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T.B. Brazelton & M.W. Yogman (Hrsg.), *Affective development in infancy* (S. 95–124). Westport: Ablex Publishing.
- Markefka, M. & Nauck, B. (1993). *Handbuch der Kindheitsforschung*. Neuwied: Hermann Luchterhand Verlag.
- Marmann, A. (2005). *Kleine Pädagogen: Eine Untersuchung über „leibliche Kinder“ in familiären Settings öffentlicher Ersatzziehung*. Frankfurt am Main: IGfH.
- Masten, A.S., Cutuli, J., Herbers, J. & Reed, M.-G. (2009). Resilience in development. In S.J. Lopez & C.R. Snyder (Hrsg.), *Oxford Handbook of Positive Psychology* (S. 117–130). Oxford University Press.
- Matson, J.L., Andrasik, F. & Matson, M.L. (Hrsg.). (2008). *Assessing childhood psychopathology and developmental disabilities*. New York: Springer Science & Business Media.

- Mattejat, F. (2003). Lebensqualität bei psychisch kranken Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 31 (4), 293–303.
- Mattejat, F., König, U., Barchewitz, C., Felbel, D., Herpertz-Dahlmann, B., Hoehne, D. et al. (2005). Zur Lebensqualität von psychisch kranken Kindern und ihren Eltern. *Kindheit und Entwicklung*, 14 (1), 39–47.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2006). *ILK: Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen: Ratingbogen für Kinder, Jugendliche und Eltern*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Matza, L.S., Swensen, A.R., Flood, E.M., Secnik, K. & Leidy, N.K. (2004). Assessment of health-related quality of life in children: A review of conceptual, methodological, and regulatory Issues. *Value in Health*, 7 (1), 79–92.
- Maurice-Stam, H., Grootenhuis, M.A., Brons, P.P.T., Caron, H.N. & Last, B.F. (2007). Psychosocial indicators of health-related quality of life in children with cancer 2 months after end of successful treatment: *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 29 (8), 540–550.
- Mavletova, A. (2015). Web surveys among children and adolescents: Is there a gamification effect? *Social Science Computer Review*, 33 (3), 372–398.
- McWey, L.M., Acock, A. & Porter, B.E. (2010). The impact of continued contact with biological parents upon the mental health of children in foster care. *Children and youth services review*, 32 (10), 1338–1345.
- Meade, A.W., Michels, L.C. & Lautenschlager, G.J. (2007). Are internet and paper-and-pencil personality tests truly comparable? An experimental design measurement invariance study. *Organizational Research Methods*, 10 (2), 322–345.
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest. (2013). *KIM-Studie 2012. Kinder+Medien, Compute+Internet*. Stuttgart: Landesanstalt für Kommunikation

- Baden-Württemberg. Zugriff am 5.12.2014. Verfügbar unter:
http://www1.landkreis-coburg.de/files/kim_1.pdf
- Meysen, T. & Wolf, K. (2011). Was tut sich in der Pflegekinderhilfe? Anmerkungen zu Entwicklungen, Trends und offene Fragen. *Forum Erziehungshilfen*, 17 (4), 196–202.
- Michel, G., Bisegger, C., Fuhr, D.C., Abel, T. & The KIDSCREEN group. (2009). Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis. *Quality of Life Research*, 18 (9), 1147–1157.
- Minnis, H., Rabe-Hesketh, S. & Wolkind, S. (2002). Development of a brief, clinically relevant, scale for measuring attachment disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 11 (2), 90–98.
- Minuchin, S. (1997). *Familie und Familientherapie: Theorie und Praxis struktureller Familientherapie*. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Münder, J., Meysen, T. & Trenczek, T. (Hrsg.). (2009). *Frankfurter Kommentar SGB VIII: Kinder- und Jugendhilfe*. Baden-Baden: Nomos.
- Neff, E. & Dale, J. (1989). Assessment of quality of life in school-aged children: a method-phase I. *Maternal-child nursing journal*, 19 (4), 313–320.
- Nestmann, F., Günther, J., Stiehler, S., Wehner, K. & Werner, J. (Hrsg.). (2008). *Kindernetzwerke: Soziale Beziehungen und soziale Unterstützung in Familie, Pflegefamilie und Heim* (1. Auflage). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Newton, E.K., Laible, D., Carlo, G., Steele, J.S. & McGinley, M. (2014). Do sensitive parents foster kind children, or vice versa? Bidirectional influences between children's prosocial behavior and parental sensitivity. *Developmental Psychology*, 50 (6), 1808–1816.

- Nienstedt, M. & Westermann, A. (1990). *Pflegekinder. Psychologische Beiträge zur Sozialisation von Kindern in Ersatzfamilien* (2. Auflage). Münster: Votum.
- Nienstedt, M. & Westermann, A. (2007). *Pflegekinder und ihre Entwicklungschancen nach frühen traumatischen Erfahrungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Niepel, K. (2008). *Unterstützungs- und Entlastungsbedarf von Pflegefamilien nach §33 SGB VIII (Vollzeitpflege)* (Diplomarbeit). Roßwein: Hochschule Mittweida.
- Nitzko, S. & Seiffge-Krenke, I. (2009). Wohlbefindensforschung im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 17 (2), 69–81.
- Nowacki, K. (2007). *Aufwachsen in Pflegefamilie oder Heim: Bindungsrepräsentation, psychische Belastung und Persönlichkeit bei jungen Erwachsenen*. Hamburg: Kovač.
- Oberloskamp, H., Band, M., Burschel, H.-O., Filzek, M., Elmauer, E., Gottschalk, Y. et al. (2010). *Vormundschaft, Pflegschaft und Beistandschaft für Minderjährige* (3. Auflage). München: C.H.Beck.
- Osbeck, A. (2006). *Differences in morbidity among children in foster care and non-foster care children* (Masterarbeit). Wichita State University. Verfügbar unter: <http://soar.wichita.edu/handle/10057/951>
- Oswald, S.H. & Goldbeck, L. (2009). Traumatisierungen und psychische Auffälligkeiten bei Pflegekindern. *Trauma & Gewalt*, 3 (4), 304–314.
- Oswald, S.H. & Goldbeck, L. (2010). Traumafolgestörungen bei Pflegekindern nach Misshandlung und Vernachlässigung. *Verhaltenstherapie*, 20 (1), 37–44.
- Oswald, S.H., Heil, K. & Goldbeck, L. (2010). History of maltreatment and mental health problems in foster children: a review of the literature. *Journal of Pediatric Psychology*, 35 (5), 462–472.

- Ottova, V., Hillebrandt, D., Kolip, P., Hoffarth, K., Bucksch, J., Melzer, W. et al. (2012). Die HBSC-Studie in Deutschland - Studiendesign und Methodik. *Das Gesundheitswesen*, 74 (S 01), 8–14.
- Palacio-Vieira, J.A., Villalonga-Olives, E., Valderas, J.M., Espallargues, M., Herdman, M., Berra, S. et al. (2008). Changes in health-related quality of life (HRQoL) in a population-based sample of children and adolescents after 3 years of follow-up. *Quality of Life Research*, 17 (10), 1207–1215.
- Patrick, D.L. & Erickson, P. (1988). What constitutes quality of life? Concepts and dimensions. *American Journal of Clinical Nutrition*, 7 (2), 53–63.
- Peter, J. & Valkenburg, P.M. (2009). Adolescents' exposure to sexually explicit internet material and notions of women as sex objects: Assessing causality and underlying processes. *Journal of Communication*, 59 (3), 407–433.
- Petersen, C., Schmidt, S. & Bullinger, M. (2006). Coping with a chronic pediatric health condition and health-related quality of life. *European Psychologist*, 11 (1), 50–56.
- Petersen, C., Schmidt, S., Power, M. & Bullinger, M. (2005). Development and pilot-testing of a health-related quality of life chronic generic module for children and adolescents with chronic health conditions: A European perspective. *Quality of Life Research*, 14 (4), 1065–1077.
- PFAD-BV-e.V., AGENDA Pflegefamilie, BAG KiAP e.V. & Bundesverband behinderter Pflegekinder e.V. (2013). Runder Tisch der Pflege- und Adoptivfamilienverbände. Pflegekinder in Deutschland- Forderung an Politiker, öffentliche und freie Träger der Jugendhilfe. Verfügbar unter: http://www.pfad-bv.de/dokumente/2013-04_Positionspapier_Runder%20Tisch_Endfassung.pdf

- Ployhart, R.E., Weekley, J.A., Holtz, B.C. & Kemp, C. (2003). Web-based and paper-and-pencil testing of applicants in a proctored setting: Are personality, biodata and situational judgements tests comperable? *Personnel Psychology*, 56 (3), 733–752.
- Popper, K.R. (1966). *Logik der Forschung*. Tübingen: Mohr.
- Prinz, R.J., Foster, S., Kent, R.N. & O’Leary, K.D. (1979). Multivariate assessment of conflict in distressed and nondistressed mother-adolescent dyads. *Journal of applied behavior analysis*, 12 (4), 691–700.
- Pukrop, R. (2003). Subjektive Lebensqualität. *Der Nervenarzt*, 74 (1), 48–54.
- Qvortrup, J. (1987). Introduction. *International Journal of Sociology*, 17 (3), 3–37.
- Raat, H., Landgraf, J.M., Bonsel, G.J., Gemke, R. & Essink-Bot, M.L. (2002). Reliability and validity of the child health questionnaire-child form (CHQ-CF87) in a Dutch adolescent population. *Quality of Life Research*, 11 (6), 575–581.
- Radoschewski, M. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität–Konzepte und Maße. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 43 (3), 165–189.
- Rajmil, L., Herdman, M., Fernandez de Sanmamed, M.-J., Detmar, S., Bruil, J., Ravens-Sieberer, U. et al. (2004). Generic health-related quality of life instruments in children and adolescents: a qualitative analysis of content. *Journal of Adolescent Health*, 34 (1), 37–45.
- Rajmil, L., Palacio-Vieira, J.A., Herdman, M., López-Aguilà, S., Villalonga-Olives, E., Valderas, J.M. et al. (2009). Effect on Health-related Quality of Life of changes in mental health in children and adolescents. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7 (1), 103.

- Rattay, P., von der Lippe, E., Lampert, T. & KiGGS Study Group. (2014). Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Eineltern-, Stief- und Kernfamilien: Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 57 (7), 860–868.
- Ravens-Sieberer, U., Auquier, P., Erhart, M., Gosch, A., Rajmil, L., Bruil, J. et al. (2007). The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Quality of Life Research*, 16 (8), 1347–1356.
- Ravens-Sieberer, U. & Bullinger, M. (1998). Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results. *Quality of life research*, 7 (5), 399–407.
- Ravens-Sieberer, U., Ellert, U. & Erhart, M. (2007). Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50 (5), 810–818.
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Wille, N., Nickel, J. & Bullinger, M. (2007). Lebensqualitätsverfahren für Kinder – methodische Herausforderungen und aktuelle Instrumente. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 16 (1), 25–40.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Power, M. et al. (2008). The KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents: Psychometric results from a cross-cultural survey in 13 european countries. *Value in Health*, 11 (4), 645–658.
- Ravens-Sieberer, U., Herdman, M., Devine, J., Otto, C., Bullinger, M., Rose, M. et al. (2014). The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: development, current application, and future advances. *Quality of Life Research*, 23 (3), 791–803.

- Ravens-Sieberer, U., Ottova, V., Hillebrandt, D., Klasen, F. & und das HBSC-Team Deutschland. (2012). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der deutschen HBSC-Studie 2006-2010. *Das Gesundheitswesen*, 74 (S 01), 33–41.
- Ravens-Sieberer, U., Redegeld, M. & Bullinger, M. (2001). Quality of life after inpatient rehabilitation in children with obesity. *International Journal of Obesity and related metabolic disorders*, 25 (1), 63–65.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Nickel, J., Ottova, V. & Erhart, M. (2009). Wohlbefinden und gesundheitsbezogene Lebensqualität aus einer bevölkerungsbezogenen Perspektive: Ergebnisse aus aktuellen internationalen und nationalen Studien. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 17 (2), 56–68.
- Redegeld, M. (2004). *Lebensqualität chronisch kranker Kinder und Jugendlicher: Eltern- versus Kinderperspektive*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Reimer, D. (2008). „Das war alles so fremd und anders.“ Wie Pflegekinder den Übergang in eine neue Familie erleben. *unsere jugend*, (6), 242–253.
- Riley, A.W. (2004). Evidence that school-age children can self-report on their health. *Ambulatory Pediatrics*, 4 (4), 371–376.
- Rothbaum, F., Weisz, J.R. & Snyder, S.S. (1982). Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42 (1), 5–37.
- von Rueden, U. (2006). Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60 (2), 130–135.
- Rushton, A. & Dance, C. (2004). The outcomes of late permanent placements: the adolescent years. *Adoption & Fostering*, 28 (1), 49–58.

- Salgado, J.F. & Moscoso, S. (2003). Internet-based personality testing: Equivalence of measures and assesses' perceptions and reactions. *International Journal of selection and assessment*, 11 (2-3), 194–205.
- Sanders, M.R. (1999). Triple P-positive parenting program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical child and family psychology review*, 2 (2), 71–90.
- Sandmeier, G. (2008). Pflegekinder kommen zur Wort. Der Übergang von der Herkunftsfamilie in die Pflegefamilie. *DJI Bulletin*, 82, 15–18.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of personality and social psychology*, 44 (1), 127.
- Sawyer, M.G., Carbone, J.A., Searle, A.K. & Robinson, P. (2007). The mental health and wellbeing of children and adolescents in home-based foster care. *Medical journal of Australia*, 186 (4), 181.
- Sawyer, M.G., Whaites, L., Rey, J.M., Hazell, P.L., Graetz, B.W. & Baghurst, P. (2002). Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41 (5), 530–537.
- Schäfer, D. (2011). „Darum machen wir das...“ *Pflegeeltern von Kindern mit Behinderung- Deutungsmuster und Bewältigungsstrategien* (ZPE Schriftenreihe). Universität Siegen.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health psychology*, 4, 219–247.

- Schlaud, M., Atzpodien, K. & Thierfelder, W. (2007). Allergische Erkrankungen: Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50 (5-6), 701–710.
- Schmid, M. & Perez, T. (2011). Bindungsentwicklung bei Pflegekindern- Belastung und Unterstützung von Pflegeeltern. *Netz, 11* (2), 28–30.
- Schmidt-Atzert, L. & Amelang, M. (2012). *Psychologische Diagnostik* (5. Auflage). Berlin: Springer.
- Schneewind, K.A. (1988). Die Familienklimaskalen (FKS). In M. Cierpka (Hrsg.), *Familiendiagnostik* (S. 232–255). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schreyer, I. & Hampel, P. (2009). ADHS bei Jungen im Kindesalter - Lebensqualität und Erziehungsverhalten. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37 (1), 69–75.
- Schubert, M.T., Herle, M. & Wurst, E. (2003). ICD-10 Diagnostik und Lebensqualität. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 31 (4), 285–291.
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personalen Bewältigungsressource. *Diagnostica*, 40, 105–123.
- Schwarzer, R. (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen: Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Insitut für Psychologie: Freie Universität Berlin.
- Scott, K.M., Smith, D.A.R. & Ellis, P.M. (2012). A population study of childhood maltreatment and asthma diagnosis: Differential associations between child protec-

- tion database versus retrospective self-reported data. *Psychosomatic Medicine*, 74 (8), 817–823.
- Sedlmeier, P. & Renkewitz, F. (2013). *Forschungsmethoden und Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler* (2. Auflage). München: Pearson Studium.
- Seiffge-Krenke, I. (1990). Coping and health-related behavior: A cross-cultural perspective (Prevention and intervention in childhood and adolescence, Vol. 8). In K. Hurrelmann & F. Lösel (Hrsg.), *Health hazards in adolescence*. (S. 339–360). Oxford: Walter De Gruyter.
- Sinclair, I. & Wilson, K. (2003). Matches and mismatches: The contribution of carers and children to the success of foster placements. *British Journal of Social Work*, 33 (7), 871–884.
- Skinner, E.A., Edge, K., Altman, J. & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129 (2), 216–269.
- Sprangers, M.A. & Schwartz, C.E. (1999). Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model. *Social Science & Medicine*, 48 (11), 1507–1515.
- Statistisches Bundesamt. (2012). *Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Einrichtungen und tätige Personen (ohne Tageseinrichtungen für Kinder)*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt. (2015). *Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe*. Wiesbaden.
- Steil, R. & Füchsel, G. (2006). *IBS-KJ (Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen)*. Göttingen: Hogrefe.
- Stein, R.E. (2004). Measurement of children's health. *Ambulatory Pediatrics*, 4 (4), 365–370.

- Stein, R.E., Hurlburt, M.S., Heneghan, A.M., Zhang, J., Rolls-Reutz, J., Silver, E.J. et al. (2013). Chronic conditions among children investigated by child welfare: A national sample. *Pediatrics*, 131 (3), 455–462.
- Strijker, J., van Oijen, S. & Knot-Dickscheit, J. (2011). Assessment of problem behaviour by foster parents and their foster children. *Child & Family Social Work*, 16 (1), 93–100.
- Tarren-Sweeney, M. & Hazell, P. (2006). Mental health of children in foster and kinship care in New South Wales, Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 42 (3), 89–97.
- Tarren-Sweeney, M.J., Hazell, P.L. & Carr, V.J. (2004). Are foster parents reliable informants of children's behaviour problems? *Child: care, health and development*, 30 (2), 167–175.
- The KIDSCREEN Group Europe. (2006). *The KIDSCREEN Questionnaires - Quality of life questionnaires for children and adolescents. Handbook*. Lengerich: Papst Science Publisher.
- Theunissen, N.C.M., Vogels, T.G.C., Koopman, H.M., Verrips, G.H.W., Zwinderman, K.A.H., Verloove-Vanhorick, S.P. et al. (1998). The proxy problem: child report versus parent report in health-related quality of life research. *Quality of Life Research*, 7 (5), 387–397.
- Thielsch, M.T. & Weltzin, S. (2012). Online-Umfragen und Online-Mitarbeiterbefragungen. In M.T. Thielsch & T. Brandenburg (Hrsg.), *Praxis der Wirtschaftspsychologie II* (S. 109–127). Münster: MV Wissenschaft.
- Trout, A.L., Hagaman, J., Casey, K., Reid, R. & Epstein, M.H. (2008). The academic status of children and youth in out-of-home care: A review of the literature. *Children and Youth Services Review*, 30 (9), 979–994.

- UNICEF. (2013). *Child well-being in rich countries: a comparative overview. Innocenti report card*. Florence: UNICEF Nations Children's Fund.
- Upton, P., Lawford, J. & Eiser, C. (2008a). Parent-child agreement across child health-related quality of life instruments: a review of the literature. *Quality of Life Research*, 17 (6), 895–913. doi:10.1007/s11136-008-9350-5
- Vallejo, M.A., Jordán, C.M., Díaz, M.I., Comeche, M.I. & Ortega, J. (2007). Psychological assessment via the internet: A reliability and validity study of online (vs paper-and-pencil) versions of the general health questionnaire-28 (GHQ-28) and the symptoms check-list-90-revised (SCL-90-R). *Journal of Medical Internet Research*, 9 (1). doi:10.2196/jmir.9.1.e2
- Van der Zaag-Loonen, H.J., Grootenhuis, M.A., Last, B.F. & Derkx, H.H.F. (2004). Coping strategies and quality of life of adolescents with inflammatory bowel disease. *Quality of Life Research*, 13 (5), 1011–1019.
- Vanschoonlandt, F., Vanderfaeillie, J., Van Holen, F., De Maeyer, S. & Robberechts, M. (2013). Parenting stress and parenting behavior among foster mothers of foster children with externalizing problems. *Children and Youth Services Review*, 35 (10), 1742–1750.
- Varni, J.W., Seid, M. & Kurtin, P.S. (2001). PedsQL™ 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient populations. *Medical care*, 39 (8), 800–812.
- Villalonga-Olives, E., Rojas-Farreras, S., Vilagut, G., Palacio-Vieira, J.A., Valderas, J.M., Herdman, M. et al. (2010). Impact of recent life events on the health related quality of life of adolescents and youths: the role of gender and life events typologies in a follow-up study. *Health Qual Life Outcomes*, 8 (1), 71–79.

- Vogels, T., Verrrips, G.H.W., Verloove-Vanhorick, S.P., Fekkes, M., Kamphuis, R.P., Koopman, H.M. et al. (1998). Measuring health-related quality of life in children: the development of the TACQOL parent form. *Quality of life research*, 7 (5), 457–465.
- Walter, M. (2004). *Bestandsaufnahme und strukturelle Analyse der Verwandtenpflege in der Bundesrepublik Deutschland. Abschlussbericht*. Universität Bremen.
- Ware Jr, J.E. (2003). Conceptualization and measurement of health-related quality of life: comments on an evolving field. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 84, 43–51.
- Warschburger, P., Landgraf, J.M., Petermann, F. & Freidel, K. (2003). Health-related quality of life in children assessed by their parents: Evaluation of the psychometric properties of the CHQ-PF50 in two German clinical samples. *Quality of Life Research*, 12 (3), 291–301.
- Waters, E. & Deane, K.E. (1985). Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood. *Monographs of the society for research in child development*, 41–65.
- Welker, M. & Wenzel, O. (2007). *Online-Forschung 2007: Grundlagen und Fallstudien*. Köln: Herbert von Halem Verlag.
- Wiedebusch, S. & Petermann, F. (2011). Förderung sozial-emotionaler Kompetenz in der frühen Kindheit. *Kindheit und Entwicklung*, 20 (4), 209–218.
- Wiegand-Grefe, S., Jeske, J., Bullinger, M., Plaß, A. & Petermann, F. (2010). Lebensqualität von Kindern psychisch kranker Eltern: Zusammenhänge zwischen Merkmalen elterlicher Erkrankung und gesundheitsbezogener Lebensqualität der

- Kinder aus Elternsicht. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58 (4), 315–322.
- Wiegand-Grefe, S., Werkmeister, S., Bullinger, M., Plass, A. & Petermann, F. (2012). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und soziale Unterstützung von Kindern psychisch kranker Eltern: Effekte einer manualisierten Familienintervention. *Kindheit und Entwicklung*, 21 (1), 64–73.
- Wilkins, A.J., O’callaghan, M.J., Najman, J.M., Bor, W., Williams, G.M. & Shuttlewood, G. (2004). Early childhood factors influencing health-related quality of life in adolescents at 13 years. *Journal of paediatrics and child health*, 40 (3), 102–109.
- Willutzki, U. (2003). Ressourcen. Einige Bemerkungen zur Begriffsklärung. In H. Schemmel & J. Schaller (Hrsg.), *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit* (S. 91–109). Tübingen: Dgvt.
- Wilson, L. & Conroy, J. (2001). Satisfaction of children in out-of-Home care. In K. Barbell & L.M. Wright (Hrsg.), *Family Foster Care in the Next Century* (S. 53–67). London: Transaction Publishers.
- Winkler, J. & Stolzenberg, H. (1999). Social class index in the Federal Health Survey. *Gesundheitswesen*, 61, S178–S183.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (Hrsg.). (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (Auflage: 2.). Springer Berlin Heidelberg.
- Woerner, W., Becker, A. & Rothenberger, A. (2004). Normative data and scale properties of the German parent SDQ. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13 (S2), II/3–II/10.
- Wolf, K. (2006). Pflegekinderwesen im Aufbruch? *Jugendhilfereport des Landschaftsverbandes Rheinland*, (2), 6–9.

- Wolf, K. (2008). Foster Care Research in Germany: A Critical Review. *Adoption & Fostering*, 32 (2), 19–30. doi:10.1177/030857590803200204
- Wolf, K. & Reimer, D. (2008). Belastungen und Ressourcen im biographischen Verlauf: zur Entwicklung von Pflegekindern. *Zeitschrift für Sozialpädagogik*, 6 (3), 226–257.
- Wurst, E., Fuiko, R., Hajszan, M., Katkhouda, C., Kieboom, A., Schubert, M.T. et al. (2002). Zur Lebensqualität chronisch kranker und psychisch auffälliger Kinder. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30 (1), 21–28.

Anhang

A. Anzeigentext

Online Untersuchung zur Lebensqualität von Pflegekindern

Worum geht es?

Seit längerer Zeit beschäftigen wir uns an der Universität Siegen unter der Leitung von Prof. Dr. Klaus Wolf innerhalb eines Forschungsschwerpunktes mit dem Thema „Aufwachsen in Pflegefamilien“ (www.uni-siegen.de/pflegekinder-forschung). Dabei haben wir unter anderem festgestellt, dass in Deutschland weiterhin ein Mangel an empirischen Forschungsergebnissen über das Aufwachsen und die Lebenssituation von Pflegekindern besteht.

Wie ist die Lebensqualität von Pflegekindern? Wie schätzen Pflegekinder selber ihre Situation ein? Welche Faktoren beeinflussen die Lebensqualität von Pflegekindern? Wie kann man die Lebensqualität von Pflegekindern positiv beeinflussen?

Vor dem Hintergrund dieser forschungsleitenden Fragen ist eine Untersuchung entstanden, in der bundesweit die Lebenssituation von Pflegekindern erfasst werden soll. Dafür haben wir unter dem Link ww2.unipark.de/uc/pflegekinder eine Online Befragung für Pflegeeltern und ihre Pflegekinder eingerichtet.

Wie läuft die Online Untersuchung ab?

Unter dem Link ww2.unipark.de/uc/pflegekinder gelangt man zur Startseite der Befragung, die zuerst noch einmal weiterführende Informationen zur Untersuchung vorhält.

Die Umfrage selber setzt sich dann für die Pflegeeltern aus drei Fragebögen zusammen, durch die Sie das Programm automatisch leitet und deren Beantwortung je nach individueller Bearbeitungszeit ungefähr 20 Minuten dauert. Im Anschluss daran erscheint ein Fragebogen, in dem das Pflegekind seine momentane Lebensqualität einschätzen soll. Die Bearbeitungszeit nimmt ungefähr 10 Minuten in Anspruch.

Für die Aussagekraft der Daten ist es wichtig, dass das Pflegekind unbeeinflusst und selbständig die Fragen bearbeitet. Dazu sollte das Pflegekind zwischen **acht und sechzehn Jahre** alt sein und über ausreichende Lesekompetenzen verfügen. Des Weiteren wäre es für die Aussagekraft der Daten wünschenswert, möglichst viele Pflegeeltern und Pflegekinder zu erreichen. Wir freuen uns dabei über jede Unterstützung.

Was passiert mit den Ergebnissen?

Alle Daten und Antworten werden anonym erhoben und können nachher nicht mehr mit einzelnen Personen in Verbindung gebracht werden. Eine individuelle Auswertung der Fragebögen ist von daher nicht möglich und in dieser Untersuchung auch nicht erwünscht. Die Originaldaten werden ausschließlich im Rahmen der wissenschaftlichen Forschung verwendet und die Ergebnisse der Untersuchung werden im nächsten Jahr veröffentlicht und können auf Wunsch auch gerne angefragt werden.

Wir erhoffen uns durch die Untersuchung neue empirische Erkenntnisse für die Arbeit mit Pflegekindern und möchten dadurch helfen, die Betreuung und Begleitung von Pflegekindern weiter zu verbessern. Dabei sind wir auf Ihre Unterstützung angewiesen. Bei Rückfragen können Sie gerne unter der E-Mail Adresse pfegekindersiegen@gmx.de (Dipl.-Psych. Stefan Wiesch) Kontakt zu uns aufnehmen.

B. Pflegeelternfragebogen

Vielen Dank für Ihre Antworten. Jetzt folgt der dritte und letzte Fragebogen für Sie, indem es vor allem um die biographischen Daten ihres Pflegekindes geht.

Bitte beantworten Sie die Fragen durch das Anklicken des jeweiligen Feldes bzw. durch Eingabe des entsprechenden Sachverhaltes. Fehlt Ihnen die entsprechende Information zu ihrem Kind, so lassen Sie bitte diese Felder leer. Ihre Daten werden selbstverständlich anonymisiert und vertraulich behandelt.

1. Seit welchem Lebensjahr lebt Ihr Pflegekind in Deutschland?

2. Wie alt war ihr Pflegekind, als es zu Ihnen in die Familie kam?

3. Wie lange lebt ihr Pflegekind schon in ihrer Familie?

4. Ist das Pflegeverhältnis ihres Pflegekindes auf...
 - a) auf Dauer ausgelegt
 - b) zeitlich befristet

5. Ist eine Rückführung ihres Pflegekindes geplant?
 - a) Nein
 - b) Ja
 - c) Noch unklar

6. Um welche Art von Pflegefamilie handelt es sich bei Ihnen?

- a) Pflegefamilie
- b) Sozial-/Heil-/Sonderpädagogische Pflegefamilie (auch Westfälische Pflegefamilie)
- c) Professionelle Erziehungsstelle
- d) Verwandtschaftspflege
- e) Anders, und zwar...

7. Wie viel Gramm wog ihr Pflegekind bei Geburt? Falls unbekannt, gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage.

8. Welche der folgenden Substanzen hat die leibliche Mutter während der Schwangerschaft konsumiert?

Nikotin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Harte Drogen (z.B. Heroin, Methadon, Kokain)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Welche negativen frühkindlichen Erfahrungen hat Ihr Pflegekind gemacht?

	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>	<i>Unbekannt</i>	<i>Vermutet</i>
Körperlicher Missbrauch (z.B. Schläge)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexueller Missbrauch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vernachlässigung (z.B. Abwesenheit der Mutter)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Wie häufig hatte ihr Pflegekind in den letzten drei Monaten Kontakt zu seinen leiblichen Eltern (Mutter und/oder Vater)?

11. Wo ist ihr Pflegekind seit der Geburt alles aufgewachsen? Mehrfachangaben möglich.

- a) Leibliche Familie, beide Eltern
- b) Leibliche Familie, ein Elternteil
- c) bei Verwandten
- d) Krankenhaus
- e) Heim
- f) Kurzzeitpflege
- g) Pflegefamilie
- h) Adoptivfamilie
- i) Sonstiges, und zwar...

12. Wie viele Wechsel der Lebensorte bzw. der Bezugspersonen hatte Ihr Pflegekind insgesamt? Klicken Sie auf das Antwortfeld und wählen Sie die passende Antwort aus.

13. Wie lange hat ihr Pflegekind bei seinen leiblichen Eltern gelebt? Angabe bitte in Monate. Falls unbekannt, gehen Sie bitte einfach zur nächsten Frage weiter.

14. Mit wie vielen Personen lebt ihr Pflegekind zusammen? Bitte Auswahl treffen und anklicken.

15. Wie viele Pflegekinder leben noch in ihrer Pflegefamilie?

16. Wie viele leibliche Geschwister ihres Pflegekindes leben in Ihrer Familie?

17. Wie viele leibliche Kinder leben in ihrer Familie?

18. Wie viele Adoptivkinder leben in ihrer Familie?

19. Nehmen Sie in ihrer Familie Pflegekinder zur Kurz- oder Bereitschaftspflege auf?

- a) Ja
- b) Nein

20. Hat ihr Pflegekind innerhalb der Wohnung ein eigenes Zimmer?

- a) Ja
- b) Nein

21. Wie würden Sie ihre Wohnumgebung charakterisieren?

- a) Ländlich
- b) Städtisch

22. Sind Sie alleinerziehend?

- a) Ja
- b) Nein

23. Welchen Kindergarten besuchte ihr Pflegekind?

- a) Regulärer Kindergarten
- b) Förderkindergarten
- c) Intergrativer Kindergarten
- d) Waldorfkindergarten
- e) Waldkindergarten
- f) freier Kindergarten

g) Anders, und zwar...

24. Welche Schulform besucht ihr Pflegekind gerade?

- a) Grundschule
- b) Hauptschule
- c) Realschule
- d) Gymnasium
- e) Förderchule
- f) Gesamtschule
- g) Anders, und zwar...

25. Die Einschulung ihres Pflegekindes erfolgte...

- a) regulär
- b) mit Zurückstellung
- c) vorzeitig

26. Hat ihr Pflegekind eine Klasse wiederholt?

27. Wie alt ist ihr Pflegekind? Angaben bitte in Monate

28. Wie groß ist ihr Pflegekind? Angabe bitte in Zentimeter

29. Wie schwer ist ihr Pflegekind? Angabe bitte in Kilogramm

30. Hat ihr Pflegekind eine amtlich anerkannte Behinderung?

- a) Ja
- b) Nein

31. Welche der folgenden Krankheiten hatte ihr Pflegekind in den letzten 12 Monaten und wenn ja, wie oft?

	1x	2x	3x	4x	5x	6x und öfter
Erkältung, grippaler Infekt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mandelentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herpes Infektion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bronchitis (nicht bei Asthma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Infektion; Durchfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blaseninfektion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bindehautentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. Hatte ihr Pflegekind in den letzten drei Monaten folgende Schmerzen?

	Ja, einmalig	Ja, wiederholt	Nein
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bauschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rückenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ohrenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterleibschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beinschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Armschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zahnschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. Leidet ihr Kind an Asthma?

- a) Ja
- b) Nein

34. Leidet ihr Kind an Neurodermitis?

- a) Ja
- b) Nein

35. Leidet ihr Kind an Heuschnupfen?

- a) Ja
- b) Nein

36. Wie viele Nächte war ihr Pflegekind in den letzten zwölf Monaten zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus aufgenommen worden?

37. Nimmt ihr Pflegekind verschreibungspflichtige Medikamente ein?

- a) Ja
- b) Nein

38. Wurde oder wird ihr Pflegekind psychotherapeutisch oder psychiatrisch behandelt?

- a) Ja
- b) Nein

39. Wie hoch ist das durchschnittliche monatliche Haushaltseinkommen; d.h. das Nettoeinkommen, das alle Haushaltsmitglieder zusammen nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben haben (einschl. Pflege- und Erziehungsgeld)?

C. Begrüßungsseite

Liebe Eltern,

diese Befragung wird im Rahmen des Forschungsschwerpunkts „Aufwachsen in Pflegefamilien“ der Universität Siegen (<http://www.uni-siegen.de/pflegekinder-forschung>) unter der Begleitung von Prof. Dr. Klaus Wolf durchgeführt.

Der Hintergrund dieser Umfrage ist die sehr dürftige empirische Datenlage über das Aufwachsen und die Lebenssituation von Pflegekindern in Deutschland. Wie ist die Lebensqualität von Pflegekindern? Wie schätzen Pflegekinder selber ihre Situation ein? Welche Faktoren beeinflussen die Lebensqualität von Pflegekindern? Wie kann man die Lebensqualität von Pflegekindern positiv beeinflussen?

Auf diese und ähnliche Fragen sollen in dieser Untersuchung mithilfe einer großen empirischen Datenlage fundierte Antworten gefunden werden. Dabei werden alle Daten und Antworten anonym erhoben und können nachher nicht mehr mit Ihnen in Verbindung gebracht werden. Die Originaldaten werden ausschließlich im Rahmen der wissenschaftlichen Forschung verwendet und die Ergebnisse der Untersuchung werden in den nächsten Jahren publiziert. Dadurch erhoffen wir uns einen Beitrag zur Weiterentwicklung des Pflegekinderwesens zu leisten. Eine individuelle Auswertung der Fragebögen ist dabei leider nicht möglich und in dieser Untersuchung auch nicht gewünscht.

Die Umfrage setzt sich für Sie aus drei Fragebögen zusammen, durch die Sie das Programm automatisch leitet und deren Beantwortung je nach individueller Bearbeitungszeit ungefähr 20 Minuten dauert. Im Anschluss daran erscheint ein Fragebogen, in dem ihr Pflegekind seine momentane Lebensqualität einschätzen soll. Die Bearbeitungszeit wird ungefähr 10 Minuten in Anspruch nehmen.

Es wäre für die Aussagekraft der Daten wichtig, dass ihr Pflegekind unbeeinflusst und selbständig die Fragen beantwortet. Dazu sollte das Pflegekind zwischen **acht und sechzehn Jahre** alt sein und über ausreichende Lesekompetenzen verfügen. Zudem sollte die Umfrage an einem Stück durchgeführt werden. Falls die Befragung dennoch abgebrochen wird, kann sie später bei erneuter Teilnahme an der Umfrage automatisch an der unterbrochenen Stelle wieder neu aufgenommen werden. Wenn mehr als ein Pflegekind in ihrer Familie lebt, können Sie gerne mehrmals an der Umfrage teilnehmen.

Für Fragen zur Umfrage oder Anmerkungen können Sie unter der E-Mail Adresse pflegekindersiegen@gmx.de (Dipl.-Psych. Stefan Wiesch) gerne Kontakt zu uns aufnehmen.

Wir bedanken uns schon jetzt einmal recht herzlich für Ihre Mitarbeit. Klicken Sie nun auf den Button „Weiter“, um die Umfrage zu starten.

D. Instruktionen Pflegekinder

Hallo!

Wie geht es Dir? Wie fühlst du dich? Das möchten wir von dir wissen. Bitte lies dir jede Frage genau durch. Was kommt dir als Antwort zuerst in den Sinn? Wähle den Kreis aus, der am besten zu deiner Antwort passt, und klicke mit der Maus in den Kreis.

Wenn nach deinen Eltern gefragt wird, sind hier deine Pflegeeltern gemeint. Übrigens: Das ist keine Prüfung. Du kannst nichts falsch machen. Wichtig ist aber, dass du möglichst alle Fragen beantwortest.

Bitte denke dabei an die letzte Woche, also an die letzten sieben Tage. Du musst die Antworten niemanden zeigen. Am Ende der Befragung kannst du die Seite schließen und niemand, der dich kennt, kann dann noch deine Antworten anschauen.

Klicke nun auf „Weiter“ und dann kommt die erste Frage. Viel Spaß.

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbständig und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt und mich dabei keiner anderen als der von mir ausdrücklich gekennzeichneten Quellen und Hilfsmitteln bedient habe. Alle Textpassagen, die ich wörtlich oder sinngemäß aus anderen Schriften übernommen habe, sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Münster, den 27.05.2016

Stefan Wiesch