Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Information

13. Kinder- und Jugendbericht

Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland

Inhaltsübersicht

			(PDF)
Stellungnahme der Bundesregierung		3	7
Mitglieder der Sachverständigenkommission		28	31
Mitglieder der Arbeitsgruppe am Deutschen Jugendinstitut		28	31
Vorwort		29	32
Zusammenfassung		33	36
Teil A	Ausgangspunkte: Gesellschaftliche Bedingungen des Aufwachsens und konzeptionelle Grundlagen des Berichts	43	46
1	Einleitung	43	46
2	Aufwachsen in der Spätmoderne	44	47
3	Prävention und Gesundheitsförderung – Die Grundkonzepte	50	53
Teil B	Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland	77	80
4	Entwicklungsbedingungen von Gesundheit und Krankheit bei Kindern und Jugendlichen	77	80
5	Kinder unter drei Jahren	82	85
6	Kinder im Alter von drei bis unter sechs Jahren	91	94
7	Kinder von sechs bis unter zwölf Jahren	100	103
8	Kinder und Jugendliche von zwölf bis unter achtzehn Jahren	116	119
9	Junge Erwachsene von achtzehn- bis siebenundzwanzig Jahren	139	142
Teil C	Strukturen und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe, der Gesundheitsversorgung und der Eingliederungshilfe/ Rehabilitation: eine erste Annäherung	155	158
10	Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention an der Schnittstelle von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem	155	158
11	Strukturen und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe	155	158
12	Das Gesundheitssystem	160	163
13	Eingliederungshilfe und Rehabilitation	173	176
14	Suchtkrankenhilfe als ein Praxisfeld zwischen den Systemen	180	183
Teil D	Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe für junge Menschen im Bereich der Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogenen Prävention	183	186
15	Zum Stand der Diskussion um gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe	183	186
16	Frühe Kindheit, Vorschul-, Kindergarten- und Grundschulalter	183	186
17	Jugendalter	207	210
18	Junge Erwachsene	234	237
19	Altersübergreifende Herausforderungen	235	238
20	Eine Zwischenbilanz	240	243

(PDF)

Teil E Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen: Empfehlungen für den Beitrag der Kinder- und Jugendhilfe zu gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung 247 250
21 Perspektiven auf gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung durch die Kinder- und Jugendhilfe 247 250
22 Zwölf Leitlinien 250 253
23 Empfehlungen 251 254
24 Literaturverzeichnis 263 266

Anhang 299 302
25 Liste der Expertisen 299 302
26 Fachgespräche und Hearings 300 303
27 Abkürzungsverzeichnis 301 304
28 Tabellenverzeichnis 306 309
29 Abbildungsverzeichnis 309 312
30 Verzeichnis der Exkurse 310 313
31 Tabellen zu den Bildungsplänen der Bundesländer 311 314

Inhaltsübersicht der Stellungnahme der Bundesregierung

			(PDF)
1.	Berichtsauftrag der Bundesregierung	4	7
2.	Gute Rahmenbedingungen für gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen	4	7
2.1	Prävention und Gesundheitsförderung – frühzeitig beginnen	4	7
2.2	Chancengerechtigkeit für alle Kinder und Jugendlichen	6	9
2.3	Bündelung gesellschaftlicher Aktivitäten	7	10
3.	Vernetzung stärken – Kinder- und Jugendhilfe im Zusammenwirken mit anderen Systemen	8	11
3.1	Frühe Hilfen und Kinderschutz	8	11
3.1.1	Frühe Hilfen als Bestandteil eines integrierten Kinderschutzkonzeptes	9	12
3.1.2	Psychosoziale Unterstützung für werdende und junge Eltern	10	13
3.1.2.1	Schwangerenberatung	10	13
3.1.2.2	SGB VIII-Kinder- und Jugendhilfe	10	13
3.1.2.3	SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung	11	14
3.2	Neue Perspektiven für Kinder und Jugendliche mit Behinderung	12	15
3.2.1	Im Vordergrund steht der junge Mensch	12	15
3.2.2	Von der Aufspaltung zur Zusammenführung der Verantwortung für Kinder und Jugendliche mit Behinderung – Herausforderungen für ein inklusives Hilfesystem	13	16
3.2.2.1	Kinder und Jugendliche mit Behinderung zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Sozialhilfe – eine Schnittstelle mit Reibungsverlusten	13	16
3.2.2.2	Die Lebenslage „Kindheit und Jugend“ als Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung der Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung	14	17
3.2.3	Vom Nebeneinander zum Miteinander in der Leistungserbringung für Kinder und Jugendliche mit Integrationsrisiken – Herausforderungen für ein ganzheitliches Hilfesystem	15	18
3.2.3.1	Die Komplexleistung „Frühförderung“ – Ganzheitliche Leistungserbringung in gemeinsamer Verantwortung von Sozialhilfe, Kinder- und Jugendhilfe und Krankenkassen	15	18
3.2.3.2	Kooperation und Koordination in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS – die Entwicklung multimodaler Versorgungsnetze	16	19
3.2.4	Von der Ausgrenzung zur Integration – Herausforderungen für die Förderung von jungen Menschen mit Lernstörungen	16	19
4.	Schlussbemerkungen	17	20

1. Berichtsauftrag der Bundesregierung

Die Bundesregierung will die Rahmenbedingungen für das Aufwachsen der nachfolgenden Generationen weiter verbessern. Dazu gehört auch das soziale, psychische und physische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen. Die bestmögliche Förderung der Gesundheit ist dabei ein zentrales Anliegen der Bundesregierung.

Zur Förderung von gesundem Aufwachsen stehen in der Bundesrepublik neben den Eltern unterschiedliche Systeme in der Verantwortung. Die verteilte Verantwortung kann jedoch die Versorgung an den Übergängen von einem System zum anderen erschweren. Eine möglichst optimale Gestaltung dieser Übergänge ist daher ein wichtiges Ziel.

Um weitere Erkenntnisse und Anregungen für die Umsetzung dieser wichtigen Aufgabe zu gewinnen, hat die Bundesregierung den 13. Kinder- und Jugendbericht in Auftrag gegeben. Der Bericht liegt nun unter dem Titel „Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen – Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe“ vor.

Mit der Vorlage des 13. Kinder- und Jugendberichts kommt die Bundesregierung ihrer gesetzlichen Verpflichtung gemäß § 84 Achtes Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe – (SGB VIII) nach. Mit der Ausarbeitung dieses Berichts hatte die Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend am 24. September 2007 eine interdisziplinär zusammengesetzte Sachverständigenkommission (im Folgenden „Kommission“ genannt) beauftragt, der acht Sachverständige angehörten. Diese sollte auf der Basis des derzeitigen Wissens- und Erkenntnisstandes zukunftsweisende und realistische Handlungsoptionen für Politik und Gesellschaft erarbeiten, die in den politischen Gestaltungsprozess einfließen.

Die Bundesregierung dankt der Kommission für die Ausarbeitung des Berichts. Er ist der erste Kinder- und Jugendbericht, der alle Kinder in Deutschland in den Blick nimmt – also auch diejenigen mit Behinderungen gleich welcher Art. Die Bundesregierung kommt damit der UN-Konvention über die Rechte der Menschen mit Behinderungen nach und bringt zum Ausdruck, dass sie die begonnene gesellschaftliche Entwicklung – vom Prinzip der Fürsorge hin zur Teilhabe – konsequent fortführt.

Darüber hinaus ist er der erste Bericht, der insbesondere die Schnittstellen zwischen den drei Systemen Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitswesen und Behindertenhilfe in den Mittelpunkt der Betrachtung stellt. Hier hatte sich die Bundesregierung konkrete und innovative Empfehlungen erhofft, um das vorhandene theoretische Bekenntnis aller Akteure zu mehr Kooperation in praktisches Handeln überführen zu können. Die Bundesregierung bedauert, dass die Kommission in diesem wichtigen Punkt an ihre Grenzen gestoßen ist.

Die Bundesregierung sieht sich durch die Ergebnisse des 13. Kinder- und Jugendberichts in ihrem Handeln grundsätzlich bestärkt. Zahlreiche Aussagen und Anregungen der Kommission, die in die Verantwortung des Bundes fallen, wurden von der Bundesregierung in dieser Legislaturperiode bereits angestoßen. Sie hat durch eine gezielte und verständliche Informationspolitik über die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung aufgeklärt und dort, wo außerhalb des Elternhauses staatliche Stellen die Verantwortung für Kinder und Jugendliche übernehmen, sich für ein gesundes Umfeld eingesetzt. Sie hat das Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ für die sozialraumorientierte Gesundheitsförderung nutzbar gemacht. Darüber hinaus hat sie diejenigen Heranwachsenden unterstützt, deren Elternhäuser nicht von sich heraus ohne Hilfe zu einem gesundheitsbewussten Leben in der Lage sind. Neben der medizinischen Versorgung bietet die Kinder- und Jugendhilfe Präventionsmaßnahmen in Form psychologischer und sozialpädagogischer Angebote. Auch zahlreiche Beratungs- und Hilfsangebote für Eltern leisten einen maßgeblichen Beitrag, um eine gesunde Entwicklung und ein positives Familienklima zu fördern.

Die Anregungen und Vorschläge der Kommission aufzugreifen, ist nun Aufgabe aller staatlichen Ebenen. Entsprechend der im Grundgesetz geregelten Verantwortungsverteilung sind dies der Bund, die Länder und die Gemeinden.

Zu Aussagen und Schlussfolgerungen des Berichts, zu denen sich die Bundesregierung in ihrer Stellungnahme nicht äußert, kann weder von ihrer Zustimmung noch von ihrer Ablehnung ausgegangen werden.

2. Gute Rahmenbedingungen für gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen

2.1 Prävention und Gesundheitsförderung – frühzeitig beginnen

Prävention und Gesundheitsförderung sind eine entscheidende Antwort auf die neuen gesundheitlichen Herausforderungen im 21. Jahrhundert. Erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung beginnt bereits im frühen Kindesalter.

Der 13. Kinder- und Jugendbericht bestätigt bisherige Erkenntnisse, dass zahlreiche der so genannten Zivilisationskrankheiten ihren Ursprung bereits im Kindes- und Jugendalter haben. Ein Beispiel: Zwischen 9 und 15 Prozent der 3- bis 10-jährigen Kinder und 17 Prozent der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen sind in Deutschland übergewichtig. Übergewicht kann zu chronischen Erkrankungen führen – beispielsweise zu Diabetes, Herz-Kreislauferkrankungen und Gelenkbeschwerden. Ein Teil dieser Kinder wird zu übergewichtigen Erwachsenen.

In der Kindheit und während der Jugendzeit werden gesundheitsgefährdende, aber auch gesundheitsfördernde Verhaltensweisen entscheidend geprägt. Bestimmten Krankheiten kann hier effektiv durch eine gesunde Lebensführung vorgebeugt werden. Die Bundesregierung stimmt mit der Kommission überein, dass nachhaltig ausgerichtete Angebote der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung einen wichtigen und Erfolg versprechenden Beitrag zur Verrin-

gerung der individuellen Leiden der Kinder und Jugendlichen sowie mittel- und langfristig zur Entlastung der Sozialversicherungssysteme leisten können.

Elternverantwortung stärken

Jeder Einzelne ist nach dem Menschenbild des Grundgesetzes in erster Linie selbst dafür verantwortlich, durch eine gute Lebensweise der Entstehung von Gesundheitsrisiken vorzubeugen und bei bereits vorhandenen Krankheiten durch eine verantwortungsbewusste Verhaltensweise eine Besserung zu erreichen oder eine Verschlimmerung zu vermeiden. Kinder lernen gesunde Lebensgewohnheiten zuallererst innerhalb ihrer Familie. Das heißt für Eltern im Rahmen ihrer durch das Grundgesetz vorgegebenen Pflicht zur Pflege und Erziehung ihrer Kinder, Vorbild zu sein.

Durch das Vorleben einer gesunden Lebensweise können Eltern ihre Kinder stark für das Leben machen. Sie können ihnen helfen, eigene Urteilsfähigkeit zu entwickeln und eigenverantwortlich zu handeln. Die Bundesregierung will Eltern unter Beachtung ihres Erziehungsrechts dazu motivieren und – wo erforderlich – auch befähigen, die Vorbedingungen einer gesunden Lebensführung für die physische und psychische Gesundheit, für das Wohlbefinden ihrer Kinder frühzeitig zu erkennen. Dazu gehört in erster Linie eine gute Informationspolitik, die über gesundheitsbewusstes Verhalten zielgruppenspezifisch und praxisnah aufklärt. So zielt die Bundesregierung mit dem Nationalen Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ darauf ab, nachhaltig das Ernährungs- und Bewegungsverhalten in allen Altersgruppen zu verbessern. Durch Vernetzung bestehender Maßnahmen und Strukturen, insbesondere in den Lebenswelten wie Kindertagesstätten und Schulen, sollen die Angebote dauerhaft und möglichst flächendeckend implementiert werden. Dabei geht es darum, ein gesundes Essverhalten nahezubringen und die Freude an körperlicher Bewegung zu vermitteln.

Mit der Initiative „Leben hat Gewicht – gemeinsam gegen den Schlankheitswahn“ setzt sich die Bundesregierung für die Prävention von Essstörungen ein. Vor allem junge Menschen, Mädchen und Frauen sollen darin gestärkt werden, das gängige Schönheits- und Schlankheitsideal zu hinterfragen und ein positives Körpergefühl und Selbstbewusstsein zu entwickeln.

Um die Gesundheitssituation von Kindern gezielt zu verbessern, hat die Bundesregierung im Mai 2008 die Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit verabschiedet. Diese baut auf den Daten des im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit entwickelten und vom Bundesministerium für Bildung und Forschung mit geförderten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KIGGS) auf. Die Strategie zielt mit einem politikübergreifenden Maßnahmenkatalog darauf ab, die Voraussetzungen für einen gesunden Lebensstil zu verbessern und ihn in den Alltag der Kinder zu integrieren, die gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu fördern und gesundheitliche Risiken im Kindes- und Jugendalter zu senken. Hierzu bündelt und verknüpft die Strategie politikübergreifend Handlungsansätze und Maßnahmen der Bundesregierung im Bereich der Kindergesundheit.

Eltern sind die zentralen Partner, wenn es um Fragen des Jugendschutzes geht. Im Rahmen ihrer Pflicht zur Erziehung sind es in erster Linie sie, die Grenzen setzen und diese ihren Kindern gegenüber auch verständlich erklären müssen. Eltern sehen sich im Rahmen der Erziehung immer wieder mit neuen Herausforderungen konfrontiert. Das betrifft auch den Umgang mit elektronischen Medien. Ein besonderes Anliegen der Bundesregierung ist daher die Förderung der Medien(erziehungs)kompetenz von Eltern und pädagogischen Fachkräften sowie von Kindern und Jugendlichen. Eine Darstellung des breiten Spektrums der Maßnahmen auf dem Gebiet des Jugendmedienschutzes und der Medienkompetenzförderung des Bundes enthält der aktuelle Medien- und Kommunikationsbericht der Bundesregierung. Hinsichtlich des Konsums von Tabak, Alkohol und Drogen kommt es neben den bestehenden gesetzlichen Regeln ganz entscheidend darauf an, Eltern in ihrer Funktion als Vorbilder zu stärken und Kinder und Jugendliche darin zu unterstützen, ohne Suchtmittel zu leben.

Gute Rahmenbedingungen für ein gesundes Umfeld von Anfang an

Überall dort, wo staatliche Stellen unmittelbar Verantwortung für Kinder und Jugendliche tragen, sind diese für ein gesundes Umfeld verantwortlich. Das gilt unter anderem für öffentliche Kinderbetreuungs- und Bildungseinrichtungen wie beispielsweise Kindertagesstätten, Kindertagespflege und Schulen.

Seit dem 16. Dezember 2008 ist das Kinderförderungsgesetz in Kraft. Bis 2013 soll für 35 Prozent der Kinder in Deutschland ein Betreuungsplatz in einer Kindertagesstätte oder in der Tagespflege zur Verfügung stehen. Ab dem 1. August 2013 hat jedes Kind einen Rechtsanspruch auf einen Betreuungsplatz. Dieser quantitative Ausbau geht Hand in Hand mit Investitionen in mehr Qualität. Die Bundesregierung betrachtet gesunde Ernährung und die Möglichkeit zur ausreichenden Bewegung als Grundvoraussetzungen, die in Betreuungs-, Erziehungs- und Bildungseinrichtungen für Kinder erfüllt sein sollten. Ein Umfeld zu schaffen, in dem ausgewogene Ernährung und ausreichende Bewegung in allen Lebensbereichen fest verankert sind, damit Kinder gesünder aufwachsen, ist daher auch ein Ziel des Nationalen Aktionsplans „IN FORM …“.

Darüber hinaus stellt der Bund im Rahmen des konjunkturpolitischen Maßnahmenpakets II im Zukunftsinvestitionsgesetz 10 Milliarden Euro Finanzhilfen für zusätzliche Investitionen der Kommunen und der Länder in den Jahren 2009 und 2010 zur Verfügung, die auch 2011 noch zur Finanzierung bereits begonnener Maßnahmen genutzt werden können. Die Länder und Kommunen ergänzen diese Finanzhilfen um mindestens 3,3 Mrd. Euro Eigenanteil an den zusätzlichen Investitionen. Auf Investitio-

nen mit Schwerpunkt Bildungsinfrastruktur entfallen 65 Prozent der Finanzhilfen des Bundes, also 6,5 Mrd. Euro. Nach dem Zukunftsinvestitionsgesetz gehören zu den förderfähigen Investitionen in dieser Gruppe neben den Investitionen insbesondere in die energetische Sanierung in Schulen, Hochschulen, und Weiterbildungseinrichtungen sowie Investitionsmaßnahmen in Forschungseinrichtungen auch Investitionen in die frühkindliche Infrastruktur. Die Vorhaben dürfen nicht aus anderen Programmen gefördert werden. Sie ergänzen wirksam die Beteiligung des Bundes mit 2,15 Mrd. Euro an den bis 2013 anfallenden Investitionskosten für neue Betreuungsplätze für Kinder unter drei Jahren, die bereits in allen Bundesländern eingesetzt werden. Die Länder und Kommunen können mit den Mitteln des Zukunftsinvestitionsgesetzes diesen Investitionsschub nun für den gesamten Bereich der frühkindlichen Infrastruktur für Kinder vor dem Schuleintritt verstärken.

Die Kommission bestätigt, dass das Thema Gesundheit in den Einrichtungen der Kindertagesbetreuung und in der Kindertagespflege eine hohe fachliche Aufmerksamkeit genießt und auch in den Bildungsplänen der Länder sowie im Curriculum des Deutschen Jugendinstituts (DJI) Kindertagespflege einen angemessenen hohen Stellenwert hat. Wie die Kommission sieht aber auch die Bundesregierung, dass weiterführende Investitionen in die Qualifizierung des Betreuungspersonals in Kindertagesstätten und in der Kindertagespflege notwendig sind. Im Forum frühkindliche Bildung, das auf Initiative der Bundesregierung Eckpunkte zur frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung in Kindertageseinrichtungen und in der Kindertagespflege entwickelt, werden Prävention und Gesundheitsförderung einen besonderen Stellenwert einnehmen.

2.2 Chancengerechtigkeit für alle Kinder und Jugendlichen

Als Vertragsstaat der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen erkennt Deutschland das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an (Artikel 24 Absatz 1). Die Bundesregierung will deshalb auch in der Gesundheit Chancengerechtigkeit für alle Kinder von Anfang an erreichen.

Wie die Kommission sieht die Bundesregierung, dass jedoch die Chancen, ein Höchstmaß an Gesundheit zu erreichen, in Deutschland unterschiedlich verteilt sind. Biologische, kulturelle, umweltbedingte, ökonomische und soziale Faktoren beeinflussen die individuelle Gesundheit in unterschiedlichem Maße. Der 13. Kinder- und Jugendbericht bestätigt Erkenntnisse des KIGGS, wonach Gesundheitsrisiken in bestimmten Bevölkerungsgruppen besonders häufig zu finden sind. Insbesondere Kinder und Jugendliche von Eltern mit niedrigem Bildungsniveau, aus Familien mit schlechter Einkommenslage und schlechten Wohnbedingungen sind davon betroffen. Dies gilt aufgrund ihrer sozialen Lage häufig auch für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Hier zeigen sich zunehmend chronische und psychosomatische Krankheitsbilder, die viel mit Lebensweise und lebenslagenabhängigen Stressfaktoren zu tun haben.

KIGGS hat für alle Kinder und Jugendlichen in Deutschland Daten zur Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten und zur Gesundheitsversorgung erfasst. Das Ergebnis ist, dass die gesundheitliche Situation insgesamt gut ist, sich jedoch eine Häufung gesundheitlicher Risiken bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien findet. Zudem verschiebt sich das Krankheitsspektrum von akuten zu chronischen Erkrankungen und von somatischen zu psychischen Gesundheitsstörungen. Das Robert Koch-Institut (RKI) und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) haben nach Auswertung der Daten Handlungsempfehlungen abgeleitet, die Grundlage für weitere Präventionsmaßnahmen sein werden. Von großer Bedeutung sind die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen nach § 26 SGB V. Um auch bei Kindern aus bildungsfernen Familien eine regelmäßige Teilnahme zu gewährleisten, führt die BZgA zahlreiche Informationsprojekte durch.

Unterstützung gezielt einsetzen

Die Bundesregierung stimmt der Kommission zu, dass vor allem diejenigen Kinder und Jugendlichen, die unter schwierigen Lebensbedingungen aufwachsen und Gefahren ausgesetzt sind, einen ganz besonderen Unterstützungsbedarf haben. Aus diesem Grund richtet die Bundesregierung ihre Anstrengungen darauf, gerade diejenigen Familien besonders zu unterstützen, in denen die gesundheitliche Förderung der Kinder nicht optimal verläuft. Sie tut dies mit einer sinnvollen Kombination aus gezielter finanzieller Förderung und der Verbesserung von Strukturen.

Die Bundesregierung kann der Feststellung der Kommission, in Deutschland würden Maßnahmen zur sozialpolitischen Gegensteuerung zurückgenommen, nicht folgen. Im Gegenteil: Die Bundesregierung hat seit 2005 eine Vielzahl von Maßnahmen und Leistungsverbesserungen umgesetzt, die die wirtschaftliche Stabilität von Familien nachhaltig sichern und damit auch die Armutsrisiken von Kindern reduzieren. Maßgebliche Beiträge haben die Einführung des Elterngeldes im Jahr 2007 sowie die Erhöhung und frühere und stärkere Staffelung des Kindergeldes zu Beginn 2009 geleistet.

Auch der Ausbau der Kinderbetreuung für unter Dreijährige wird in den kommenden Jahren die Erwerbsmöglichkeiten der Eltern verbessern und so ebenfalls positiv zur Einkommensentwicklung der Familien beitragen. Der Familienreport 2009 der Bundesregierung belegt die positive Bewertung dieser nachhaltigen Familienpolitik und nennt gute Argumente für die Fortsetzung des eingeschlagenen Weges.

Familienpolitische Leistungen vermindern Armut und beugen Armut vor

Kinderarmut im Sinne relativer Einkommensarmut ist eine Frage der Eltern- bzw. Familieneinkommen. Kinder sind insbesondere dann armutsgefährdet, wenn ihre El-

tern arbeitslos sind oder nur über ein geringes Einkommen verfügen. Der Familienreport 2009 zeigt: Ein hohes Risiko, in einer Familie mit einem Einkommen unterhalb der Armutsrisikoschwelle aufzuwachsen, tragen in Deutschland vor allem Kinder von Alleinerziehenden, Kinder mit zwei und mehr Geschwistern sowie Kinder mit Migrationshintergrund. Wer die Lebenssituation von Kindern nachhaltig verbessern will, muss daher in erster Linie den Eltern helfen, für sich und ihre Kinder den Lebensunterhalt sicherstellen zu können. Familien, in denen zumindest ein Mitglied im erwerbsfähigen Alter einer Vollzeitbeschäftigung nachgeht, haben ein vergleichsweise niedriges Armutsrisiko. Praktisch keine Rolle spielt Armut in den Familien, in denen beide Elternteile einer Erwerbstätigkeit nachgehen, auch wenn sie Teilzeit und Vollzeit kombinieren. Ausschlaggebend bei der Reduzierung von Armutsrisiken – das zeigt auch der internationale Vergleich – ist daher vor allem eine hohe Erwerbsbeteiligung möglichst beider Elternteile. Alternative Vorschläge zur Armutsvermeidung von Familien mit Kindern müssen sich hieran messen lassen.

Die Bundesregierung setzt deshalb sowohl auf ein hohes Maß an Sachleistungen und Betreuungsangeboten für Familien, mit denen vor allem die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessert wird, als auch auf ein zielgerichtet ausgestaltetes System finanzieller Leistungen und steuerlicher Maßnahmen für Familien. Nicht zuletzt aus den Erfolgen anderer Länder bei der Armutsreduzierung ist bekannt: Beide Strategien sind wichtig. Sie sind keine Alternativen, sondern müssen sich wirkungsorientiert ergänzen.

Im dritten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung sind die Maßnahmen zur Armutsbekämpfung und –vermeidung ausführlich beschrieben. Darüber hinaus hat das zur Überprüfung der familienbezogenen Leistungen beim Bundesfamilienministerium eingerichtete Kompetenzzentrum in einem ausführlichen Dossier zu Armutsrisiken von Kindern und Jugendlichen Daten des sozioökonomischen Panels 2006 ausgewertet und die armutsreduzierende Wirkung familienbezogener Leistungen untersucht. Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass es Deutschland gut gelingt, Kinderarmut zu bekämpfen. Die Armutsrisikoquote von Kindern sinkt durch die Zahlung staatlicher Transferleistungen um fast zwei Drittel.

Um eine Abhängigkeit von Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende trotz Erwerbstätigkeit zu vermeiden, gibt es seit 2005 den Kinderzuschlag für Geringverdiener. Er wird Eltern gewährt, die Erwerbseinkommen erzielen und zusammen mit dem Kinderzuschlag und dem Wohngeld den Gesamtbedarf der Bedarfsgemeinschaft decken können. Durch gezielte Reformschritte wurde der Kinderzuschlag 2008 als ein maßgebliches Instrument zur Armutsreduktion mit speziellem Zuschnitt insbesondere auf Mehrkindfamilien mit geringem bzw. nur einem Einkommen gestärkt. Im Zusammenspiel mit den ab 2009 geltenden Verbesserungen beim Wohngeld werden rund 150 000 Kinder mehr erreicht als bisher.

Von der ab 2009 zusätzlichen Leistung für die Schule profitieren gezielt Kinder aus Familien im SGB-II- und SGB-XII-Bezug sowie kinderzuschlagsberechtigte Familien: Sie erhalten für die Schule zukünftig längstens bis zum Erwerb der Hochschulreife bzw. um höhere Schulabschlüsse zu erlangen zusätzlich einen pauschalen Betrag in Höhe von 100 Euro jährlich. Zudem erhalten Familien Hilfen im Rahmen des Konjunkturprogramms II der Bundesregierung. Für Kinder zwischen sechs und 13 Jahren in der Grundsicherung für Arbeitsuchende und der Sozialhilfe werden vom 1. Juli 2009 bis zum 31. Dezember 2011 die Regelsätze von 60 auf 70 Prozent der maßgebenden Regelleistung erhöht. Darüber hinaus erhalten alle Kindergeldberechtigten für das Jahr 2009 eine Einmalzahlung in Höhe von 100 Euro je Kind (Kinderbonus). Diese Einmalzahlung wird nicht auf Sozialleistungen wie Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe, Unterhaltsvorschuss und Kinderzuschlag angerechnet.

Die Frage nach geeigneter Unterstützung stellt sich insbesondere auch für die Gruppe der Alleinerziehenden, für die es besonders schwierig ist, Familie und Beruf miteinander zu vereinbaren. Wenn auch mehr als die Hälfte von ihnen sich überwiegend aus eigener Erwerbsarbeit finanziert, beziehen ca. 40 Prozent aller Alleinerziehenden mit Kindern unter 18 Jahren Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II). Vor diesem Hintergrund kooperieren das Bundesfamilienministerium und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales mit der Bundesagentur für Arbeit im Rahmen einer strategischen Partnerschaft „Perspektiven Alleinerziehende“. Hierdurch sollen die einzelnen Unterstützungs- und Hilfesysteme stärker koordiniert und verbessert werden.

Eine nachhaltige Familienpolitik sichert die Existenz und die Zukunft von Familien und Kindern, indem die Maßnahmen der Zeitpolitik, Infrastruktur und Transfers nicht gegeneinander ausgespielt oder isoliert betrachtet, sondern wirkungsorientiert aufeinander abgestimmt werden. Mit dem Leistungsmosaik von Elterngeld, Kinderzuschlag, gestaffeltem Kindergeld und bedarfsgerechter Kinderbetreuung werden die Familien in der Mitte der Gesellschaft gehalten.

2.3 Bündelung gesellschaftlicher Aktivitäten

Der zentrale Auftrag an die Kommission lautete, die Schnittstellen zwischen der Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheitswesen und der Behindertenhilfe zu untersuchen. In vielen Bereichen der Prävention und Gesundheitsförderung fehlt es an Kooperation.

Ebenso vielfältig wie das Angebot von Einzelaktivitäten zur Förderung von Prävention ist auch die Trägerschaft bzw. die Verteilung der Zuständigkeiten: angefangen vom Sportverein, den Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, der Eingliederungshilfe bis hin zum Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und den Krankenkassen. Hier bleibt Deutschland hinter seinen Möglichkeiten zurück. Es ist ein wesentliches Anliegen der Bundesregierung, eine konstruktive und verbindliche Zusammenarbeit bestehender Einrichtungen und Dienste herbeizuführen, um

so die großen Chancen, die Prävention und Gesundheitsförderung für unser Gesundheitssystem und für unsere ganze Gesellschaft bieten, effektiver und effizienter zu nutzen.

Die Bundesregierung hat bereits in dieser Legislaturperiode Initiativen für eine bessere Vernetzung gestartet. Ein gutes Beispiel ist der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, der von der BZgA im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums initiiert wurde. Mit ihm ist es gelungen, auf Bundesebene die relevanten Akteure der Gesundheitsförderung mit dem Ziel der Verbesserung gesundheitlicher Chancen zusammenzuführen. Darüber hinaus sind in allen 16 Ländern so genannte „Regionale Knoten“ aufgebaut worden, die, hälftig von Krankenkassen und Ländern finanziert, für den Ausbau von vorbildlichen Modellen der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte sorgen sollen.

Ein weiteres gutes Beispiel gelingender Kooperation sind die bundesweit 500 lokalen Netzwerke, die die Bundesregierung mit dem Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser (MGH) fördert. Die MGH verbinden bürgerschaftliches Engagement, Selbsthilfe und professionelle Unterstützung. Sie schaffen mit ihren Angeboten eine niedrigschwellige Infrastruktur, auf die alle Generationen vor Ort zurückgreifen können.

MGH bieten insbesondere auch für Familien praktische Hilfe, z. B. durch die flexible Kinderbetreuung, die einen großen Anteil der Angebote in den MGH ausmacht. Das breite Angebot der MGH schafft Raum für die Weitergabe von Alltagskompetenzen und von Erziehungswissen. Fast die Hälfte der 500 MGH hat sich aus Familienbildungsstätten und Familien- und Mütterzentren heraus entwickelt und integriert die Angebote der Familienbildung oder kooperiert mit öffentlichen und freien Trägern der Familienbildung.

Die Bundesregierung sieht sich in der Förderung von MGH durch die Analysen und Forderungen des Kommissionsberichts sowie durch das Urteil der Menschen vor Ort bestätigt. Gut drei Viertel der Nutzerinnen und Nutzer der MGH fühlen sich durch die Angebote in den MGH stark bis sehr stark entlastet.

Das Beispiel der MGH zeigt: Prävention und Gesundheitsförderung muss die Gegebenheiten vor Ort in den Ländern und Gemeinden berücksichtigen. Gesundheit wird im Alltag der Kinder und Jugendlichen vor Ort hergestellt und dort müssen sie erreicht werden. Notwendig ist allerdings ein abgestimmtes koordiniertes Vorgehen aller Entscheidungsträger, um sich auf Prioritäten, gemeinsame Ziele und Aktionen zu verständigen, die dann auch regelmäßig darauf überprüft werden, ob sie ihre Ziele erreicht haben. Auch mit dem Nationalen Aktionsplan „IN FORM …“ sollen die maßgeblichen Akteure und Maßnahmen im Bereich der Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel und Übergewicht besser vernetzt und ein Beitrag zu Kooperation und Zusammenarbeit geleistet werden.

Wie die Kommission ist die Bundesregierung der Auffassung, dass alle Akteure gleichermaßen – entsprechend ihrer Verantwortungsbereiche – gefordert sind, wenn es darum geht, die Lebensbedingungen und Lebensperspektiven von Kindern und Jugendlichen weiterhin zu verbessern. Vorhandene Ressourcen und präventive Aktivitäten müssen gebündelt und bislang ungenutzte Potentiale ausgeschöpft werden. Wie der 13. Kinder- und Jugendbericht aufzeigt, kommt der Kinder- und Jugendhilfe dabei eine wichtige Aufgabe zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für ein gesundes Aufwachsen der nachfolgenden Generationen zu.

3. Vernetzung stärken – Kinder- und Jugendhilfe im Zusammenwirken mit anderen Systemen

3.1 Frühe Hilfen und Kinderschutz

Der Schutz von Kindern ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die Bund, Länder und Kommunen in gemeinsamer Verantwortung gestalten

Kinderschutz findet vor Ort in den Kommunen statt. Ihnen kommt eine zentrale Rolle beim Aufbau vernetzter Strukturen und Früher Hilfen zu, während Bund und Länder wichtige Regelungs-, Anregungs- und Unterstützungsfunktionen übernehmen. Vor dem Hintergrund eklatanter Einzelfälle von Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung haben die Bundeskanzlerin und die Regierungschefs der Länder den Kinderschutz aufgrund seiner großen gesellschaftspolitischen Bedeutung zum zentralen Gegenstand ihrer Beratungen am 19. Dezember 2007 und 12. Juni 2008 gemacht. Lücken im Kinderschutz wurden identifiziert und Maßnahmen zur Stärkung des Kinderschutzes veranlasst.

In mehreren Bundesländern sind Kinderschutzgesetze bereits auf den Weg gebracht und mit dem Ziel beschlossen worden, die verschiedenen Akteure, die mit der Förderung der Entwicklung und dem Schutz von Kindern befasst sind, besser miteinander zu vernetzen sowie die Verbindlichkeit der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen zu erhöhen.

Die große Mehrzahl der Bundesländer hat in diesem Zusammenhang die Verbindlichkeit der Früherkennungsuntersuchungen durch konkrete Verfahrensregelungen erhöht.

Im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder wurde zum 1. Juli 2008 eine zusätzliche Untersuchung U 7a vom 34. bis zum 36. Lebensmonat als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt.

Auf der Grundlage der Empfehlungen der im März 2006 im Bundesministerium der Justiz eingesetzten Arbeitsgruppe „Familiengerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls“ wurde im Sommer 2008 das Gesetz zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls verabschiedet.

Die Bundeskanzlerin und die Regierungschefs der Länder haben auf ihrer Konferenz am 12. Juni 2008 in Würdigung dieser bereits erfolgten Maßnahmen zur Stärkung des Kinderschutzes den Beschluss gefasst, dass auch gesetzliche Regelungen auf Bundesebene für einen wirksa-

meren Kinderschutz zügig umgesetzt werden sollen, um identifizierte gesetzliche Lücken zu schließen. Mit den Gesetzentwürfen zur Verbesserung des Kinderschutzes und zur Änderung des Bundeszentralregistergesetzes, die gegenwärtig im Bundestag beraten und noch vor der Sommerpause verabschiedet werden sollen, hat die Bundesregierung die Beschlüsse der Kanzlerin und der Länderchefs ausgeführt.

3.1.1 Frühe Hilfen als Bestandteil eines integrierten Kinderschutzkonzeptes

Die Bundesregierung begrüßt es, dass die Kommission der Zeit der Schwangerschaft und der ersten drei Lebensjahre eines Kindes im Rahmen der Darstellung zur Familien- und Elternbildung eine eigene und besonders ausführliche Darstellung widmet und damit die weichenstellende Bedeutung dieser frühen Lebensphase betont. Aus Sicht der Kommission stehe im Fokus der besonderen öffentlichen Aufmerksamkeit sowie der Entwicklung der Fachpraxis derzeit das Erkennen von familiären Risiko-, Belastungs- und Gefährdungskonstellationen und das Bestreben, entsprechende Unterstützungsangebote für junge Familien weiterzuentwickeln. Ziel dieser Bemühungen zum Ausbau Früher Hilfen sei es, Familien früh und rechtzeitig zu erreichen und ihnen präventive Hilfen anbieten zu können, um so einer möglichen späteren Gefährdung des Kindes zu begegnen. Sodann wird formuliert, dass dieses selektive, auf die Verhinderung von Kindeswohlgefährdungen orientierte Verständnis von Frühen Hilfen nicht unumstritten sei. Bei einer Vielzahl familiärer Unterstützungs- und Hilfebedarfe gehe es nicht um eine potenzielle Kindeswohlgefährdung, es müsse eher eine umfassende Förderung von Verwirklichungschancen im Fokus stehen. In diesem Sinn setzt die Kommission den Begriff der frühen Förderung ein, die universell auf die Unterstützung und Förderung elterlicher Erziehungsarbeit abziele und eine Kindeswohlgefährdung als Sonderfall betrachte.

Förderung – Hilfe – Schutz bilden einen Dreiklang

Die von der Kommission gewählte Unterscheidung zwischen Früher Hilfe und früher Förderung wird jedoch wieder aufgeweicht, wenn im Bericht als erste Forderung an die politischen Handlungsebenen eine frühe Förderung der Entwicklung von Kindern formuliert wird, die sich zwar als breit angelegte und umfassende kommunale Infrastruktur zur frühen Förderung und Unterstützung von allen Familien von der Schwangerschaft bis ins Vorschulalter versteht, jedoch zugleich mit dem Ziel verknüpft wird, dadurch die Fälle von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung zu reduzieren.

Mit dem Anstoß zum Ausbau Früher Hilfen durch das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ verfolgt die Bundesregierung vor allem das Ziel, mittels selektiver Prävention einen Beitrag für einen verbesserten Schutz von Kindern insbesondere von der vorgeburtlichen Zeit bis zum Alter von etwa drei Jahren zu leisten. Dabei sind Frühe Hilfen Bestandteil eines integrierten Kinderschutzkonzeptes, das sowohl das Erkennen von spezifischen Risiken und Gefährdungen, präventive Angebote zur Stärkung elterlicher Kompetenzen als auch Interventionen (z. B. Unterbringungen der Kinder außerhalb ihrer Familie) umfasst. Das Aktionsprogramm scheint damit auch geeignet, mit Hilfeangeboten die soziale Integration von Familien mit Migrationshintergrund zu unterstützen.

Aus Sicht der Bundesregierung ist daher die von der Kommission gewählte – wenngleich nicht konsequent durchgehaltene – Differenzierung von „Förderung“, „Hilfe“ und darüber hinaus auch „Schutz“ (so auch das Modell von Schone (2008), auf das die Kommission verweist) durchaus geeignet, um die Unterschiede in der Zielsetzung der Maßnahmen zu beschreiben. Denn während eine frühe Förderung auf eine allgemeine Förderung der Entwicklung von Kindern abzielt und universell angelegt ist, nehmen Frühe Hilfen insbesondere Familien in den Blick, die sich in belastenden Lebenslagen befinden. Sie zielen damit auf eine frühe Stärkung der elterlichen Kompetenzen ab, um Kindeswohlgefährdungen gar nicht erst entstehen zu lassen.

Familien in belastenden Lebenslagen bedürfen einer besonderen Ansprache

Dieser von der Bundesregierung gewählte Ansatz wird durch zahlreiche Untersuchungen zu universell angelegten Angeboten (z. B. Elterntrainings, Eltern-Kind-Gruppen) gestützt, die immer wieder auf das Problem der zum Teil sehr geringen Inanspruchnahme und hohen Abbruchraten solcher Maßnahmen bei Eltern in Risikosituationen hinweisen. Insofern erscheint es zu kurz gedacht, mit dem Ziel einer Verhinderung jeglicher Stigmatisierung ausschließlich auf universelle und niedrigschwellige Angebote zu setzen – um so auch Familien in Risikokontexten zu erreichen, dabei aber auszublenden, dass diese Angebote belastete Zielgruppen eben oft nicht erreichen. Denn als Teilnahmebarrieren lassen sich genau jene Faktoren benennen, die zugleich die schwierige Lebenslage oder das Risiko ausmachen.

Auch die Erfahrungen in den Modellprojekten, die die Bundesregierung im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ in allen Ländern auf den Weg gebracht hat, zeigen, dass es sehr wohl besonderer Anstrengungen bedarf, um einen Zugang zu Familien in belastenden Lebenssituationen zu finden – und dass sie auch einer besonderen Hilfeform und Ansprache bedürfen. Sie sind oft mit breit einsetzbaren Maßnahmen (z. B. Gruppentrainings) weniger gut erreichbar, wenn sie sich überhaupt einer solchen Hilfe zuwenden. Denn gerade diese Familien, die für eine frühe Unterstützung besonderen Bedarf zeigen, sind ohne besondere Ansprache oft kaum motiviert, den Zugang zu Hilfen zu suchen (Präventionsdilemma). Familien mit Migrationshintergrund sind überdies in vielen Fällen aufgrund von Sprachbarrieren von bestehenden Hilfeangeboten ausgeschlossen und benötigen erleichterte Zugänge.

Vom Sozialen Frühwarnsystem zum Netzwerk Früher Hilfen

Ihren Anspruch, dass es systematischer Schritte bedarf, um Familien in belastenden Lebenslagen den Zugang zu Frühen Hilfen zu ermöglichen und sie nicht wieder aus dem Blick zu verlieren, hat die Bundesregierung mit der Aufnahme der Begrifflichkeit „Soziales Frühwarnsystem“ zum Ausdruck gebracht. Zentral ist also der auch für die Kommission wichtige Gedanke eines interdisziplinären Netzwerksystems, der in der Fachpraxis als wesentliches Element anerkannt und umgesetzt wird. Angesichts der Einigkeit in der Sache lässt sich über einen anderen Begriff als „Frühwarnsystem“, der die Kommission an den Katastrophenschutz denken lässt, diskutieren. Eine passendere Beschreibung könnte der Begriff „Netzwerk Früher Hilfen“ bieten, der bereits in den Beschluss der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefs der Länder zum Thema Kinderschutz am 12. Juni 2008 aufgenommen wurde.

3.1.2 Psychosoziale Unterstützung für werdende und junge Eltern

Die Kommission mahnt an, dass es für werdende Eltern über die medizinische Versorgung hinaus nur wenige Angebote gebe, die auch eine psychosoziale Begleitung ermöglichen. Während die Finanzierung von Familienhebammen oder bereits vorgeburtlich eingesetzter Familienhelferinnen nicht abgesichert sei, gebe es zwar entsprechende Angebote der Familien- und Schwangerschaftsberatung, die auf der Basis des Schwangerschaftskonfliktgesetzes jedoch nur inoffiziell mitlaufen würden. Gefordert wird daher eine regelhafte Finanzierung von Beratungs- und Unterstützungsangeboten für alle werdenden und jungen Eltern in entsprechenden Bedarflagen. Dies muss aus Sicht der Bundesregierung durch Länder und Kommunen sichergestellt werden.

3.1.2.1 Schwangerenberatung

Das Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) sieht entgegen der Darstellung der Kommission weitreichende Regelungen mit Anspruchscharakter über Hilfsmöglichkeiten nicht nur im Falle eines Schwangerschaftskonflikts (sog. Schwangerschaftskonfliktberatung nach §§ 5 bis 10 SchKG), sondern auch bei Fragen, die unmittelbar oder mittelbar eine Schwangerschaft berühren (sog. allgemeine Schwangerschaftsberatung nach §§ 2 bis 4 SchKG), vor. Im Rahmen der allgemeinen Schwangerenberatung besteht ein umfassender Anspruch auf Information und psychosoziale Beratung insbesondere

- in allen eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen,
- über bestehende familienfördernde Leistungen und Hilfen für Familien und Kinder, einschließlich der besonderen Rechte im Arbeitsleben,
- über Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangerschaft und die Kosten der Entbindung,
- über soziale und wirtschaftliche Hilfen für Schwangere, insbesondere finanzielle Leistungen sowie Hilfe bei der Suche nach Wohnung, Arbeits- oder Ausbildungsplatz oder deren Erhalt,
- über die Hilfsmöglichkeiten für behinderte Menschen und ihre Familien, die vor und nach der Geburt eines in seiner körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheit beeinträchtigten Kindes zur Verfügung stehen,
- über die Lösungsmöglichkeiten für psychosoziale Konflikte im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft.

Die Schwangere ist darüber hinaus bei der Geltendmachung von Ansprüchen sowie bei der Wohnungssuche, bei der Suche nach einer Betreuungsmöglichkeit für das Kind und bei der Fortsetzung ihrer Ausbildung zu unterstützen. Der Anspruch auf Beratung im Rahmen der allgemeinen Schwangerenberatung umfasst zudem die Nachbetreuung nach der Geburt des Kindes oder nach einem Schwangerschaftsabbruch. Die Schwangerschaftsberatungsstellen sind zudem Antragstellen für finanzielle Hilfen durch die Bundesstiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“.

Nutzung eines bundesweiten Netzwerks

Die öffentliche Förderung der Beratungsstellen zur Erfüllung der normierten Ansprüche ist bereits im Gesetz vorgesehen (§ 4 SchKG: für je 40 000 Einwohner mindestens eine Beraterin oder Berater), d. h. es besteht bereits ein bundesweites Netz an Schwangerschaftsberatungsstellen. Der Sicherstellungsauftrag für das bundesweite wohnortnahe plurale Beratungsnetz nach § 2 SchKG richtet sich an die Länder. Schwangerschaftsberatungsstellen nehmen eine wichtige Funktion bei der Vernetzung der Gesundheitsfürsorge und Kinder- und Jugendhilfe ein, denn sie sind häufig erste Anlaufstellen besonders auch für überforderte, sozial benachteiligte schwangere Frauen – oft motiviert durch die finanziellen Hilfen der Bundesstiftung „Mutter und Kind …“ aber auch aus psychosozialen Motiven. Die Schwangerschaftsberatungsstellen haben daher eine wichtige „Türöffnerfunktion“ im Kontext Früher Hilfen.

3.1.2.2 SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe

Das SGB VIII verfolgt das Leitbild, junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern und dazu beizutragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen. Beratung und Unterstützung von Eltern bei der Erziehung sowie der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gefahren für ihr Wohl stellen zentrale Aufgaben dar. Das SGB VIII knüpft an das Eltern-Kind-Verhältnis an und setzt daher grundsätzlich die Geburt eines Kindes voraus.

Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe vor der Geburt eines Kindes

An einigen Stellen reicht das Leistungsspektrum der Kinder- und Jugendhilfe aber bis in die Zeit vor der Geburt zurück. Als spezifischer Leistungstatbestand für die Zeit vor und nach der Geburt kommt insbesondere § 19 SGB

VIII (Gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder) in Betracht. Nach Absatz 1 Satz 1 sollen Mütter oder Väter, die allein für ein Kind unter sechs Jahren zu sorgen haben oder tatsächlich sorgen, gemeinsam mit dem Kind in einer geeigneten Wohnform betreut werden, wenn und solange sie aufgrund ihrer Persönlichkeitsentwicklung dieser Form der Unterstützung bei der Pflege und Erziehung des Kindes bedürfen. Absatz 1 Satz 3 regelt, dass eine schwangere Frau vor der Geburt des Kindes in der Wohnform betreut werden kann.

Nach § 16 SGB VIII (Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie) Absatz 1 Satz 1 sollen Müttern, Vätern, anderen Erziehungsberechtigten und jungen Menschen Leistungen der allgemeinen Förderung der Erziehung angeboten werden. Bei der Beschreibung der Leistungen in Absatz 2 Nr. 1 ist u.a. von Angeboten der Familienbildung die Rede, die „junge Menschen auf Ehe, Partnerschaft und das Zusammenleben mit Kindern vorbereiten".

Brücken, die das SGB VIII baut

Die Bundesregierung wird prüfen, ob in Hinblick auf Frühe Hilfen eine engere Verbindung zwischen der in § 16 SGB VIII geregelten Förderung und den Hilfen zur Erziehung gemäß §§ 27 ff. SGB VIII hergestellt werden sollte. Möglicherweise liegt zwischen den Voraussetzungen für die Hilfen zur Erziehung (Antragserfordernis, eine dem Wohl des Kindes oder Jugendlichen entsprechende Erziehung ist nicht gewährleistet, Hilfe ist geeignet und notwendig für seine Entwicklung) und den anderen Leistungen der Kinder und Jugendhilfe eine Lücke, die durch spezifische Leistungen Früher Hilfen zu schließen ist.

3.1.2.3. SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch regelt die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die das Ziel verfolgen, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.

Kinder sind in der GKV beitragsfrei versichert und von Zuzahlungen befreit. Damit leisten die gesetzlich Versicherten einen erheblichen Solidarbeitrag für Familien mit Kindern. Zu dieser Solidargemeinschaft gehört aber auch, dass bestimmte Grundregeln der GKV für alle gelten.

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel können bis auf festgelegte Ausnahmen nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden. Als Ausnahmen gelten Arzneimittel, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss in den Richtlinien als Therapiestandard zur Behandlung schwerwiegender Erkrankungen berücksichtigt sind. Gerade um die besonderen Belange von Familien zu berücksichtigen, sind Kinder unter zwölf Jahren sowie Jugendliche mit Entwicklungsstörungen von dieser Regelung nicht betroffen. Die Erkrankungshäufigkeit in Bezug auf geringfügige Gesundheitsstörungen nimmt mit zunehmendem Alter ab. Die Krankheitsbilder nähern sich denen der Erwachsenen an und es erfolgt der Wechsel vom Kinderarzt zum Hausarzt. Somit ist ab dem vollendeten zwölften Lebensjahr eine Gleichstellung mit Erwachsenen gerechtfertigt.

Die Entwicklung, dass Impfungen in immer geringerem Maße vom ÖGD durchgeführt wurden, hat bereits vor der Verankerung von Impfungen als Pflichtleistungen der GKV durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) begonnen. Grundsätzlich sollte die Basisimmunisierung so frühzeitig wie möglich und zudem niedrigschwellig erfolgen. Daher ist es sinnvoll, dass Impfungen bei Säuglingen und Kleinkindern im Kontext der U-Untersuchungen beim niedergelassenen Kinderarzt durchgeführt werden.

Um Impflücken zu schließen, ist aber gleichzeitig auch eine Stärkung des aufsuchenden Impfens durch den ÖGD in Gemeinschaftseinrichtungen erforderlich. Aus diesem Grunde wurde im Rahmen des GKV-WSG durch den § 20d (3) SGB V die Möglichkeit geschaffen, Impfungen durch den ÖGD bei Übernahme der Sachleistungen seitens der GKV durchführen zu lassen.

Hebammen als Schlüssel zur Gesunderhaltung von Mutter und Kind

Als spezifische Leistung zur Unterstützung und Förderung eines gesunden Aufwachsens bereits in der frühen Lebensphase kommt insbesondere die Versorgung durch Hebammenhilfe gem. § 134a SGB V in Betracht. Neben der Möglichkeit ihrer Beschäftigung bei örtlichen Trägern sind Hebammen oft freiberuflich tätig. In Absatz 1 ist die vertragliche Vereinbarung über die Vergütung freiberuflicher Hebammen geregelt. Die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Hebammenverbänden geschlossene Hebammen-Vergütungsvereinbarung (HVV) sieht für die Zeit nach der Geburt einen Leistungskatalog mit einer genau festgelegten Art und Anzahl von Leistungen (26 Behandlungseinheiten) vor, die bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt berechnungsfähig sind. Nach dieser Zeit sind Besuche nur auf ärztliche Anordnung unter Angabe der Indikation berechnungsfähig (HVV, Leistungsverzeichnis, Abschnitt C.e). Die in sehr dichten Abständen vorgesehenen Besuche während des Wochenbetts werden nach Angaben der Krankenkassen jedoch meist nicht vollständig in Anspruch genommen und daher auch nicht abgerechnet. Mit dem Ziel einer Förderung gesunden Aufwachsens gerade in den ersten Lebensmonaten sollten Krankenkassen und Ärzte darauf hinwirken, dass die vorgesehenen Leistungen möglichst vollständig in Anspruch genommen werden.

Bei der Arbeit mit belasteten Familien können insbesondere die von Ländern und Kommunen zu finanzierenden Familienhebammen unterstützend wirken. Denn als staatlich examinierte Hebammen mit einer Zusatzqualifikation legen sie einen Schwerpunkt ihrer Arbeit auf die soziale, psychosoziale und gesundheitsbezogene Beratung und Betreuung von Risikogruppen.

Primärprävention und Gesundheitsförderung haben viele Facetten

Die Bundesregierung sieht sich durch die Kommission in dem Bestreben bestätigt, Gesundheitsförderung und primäre Prävention im direkten Lebensumfeld von Kindern und Jugendlichen zu verankern. Dafür spricht, dass auf diese Weise Menschen mit Präventionsangeboten niedrigschwellig gut erreicht werden können. Für noch Erfolg versprechender und nachhaltiger hält die Bundesregierung den Settingansatz der Weltgesundheitsorganisation (WHO), mit dem auch Lebensverhältnisse der Bevölkerung gesundheitsfördernd gestaltet werden sollen, den der Bericht als „Gesundheitsförderung durch Settingentwicklung" bezeichnet. Neben den Kindertagesstätten, in denen leider nicht alle Kinder erreicht werden können, sind Kinderkrippen, Schulen, Jugendeinrichtungen und Stadtteile geeignete Settings.

Die Leistungen der GKV zur Primärprävention (§ 20 SGB V) sind darauf hin überprüft worden, ob mit ihnen ein Beitrag zur Verminderung von eingeschränkten Gesundheitschancen erbracht worden ist. Es wurde festgestellt, dass die Krankenkassen nach wie vor ein Schwergewicht auf Leistungen der individuellen Prävention legen, mit denen überwiegend gesundheitsbewusste Versicherte erreicht werden. Insgesamt kann festgestellt werden, dass die gesetzlichen Krankenkassen ihr Engagement im Rahmen der Vorgaben des § 20 Absatz 2 SGB V im Bereich der gesundheitlichen Chancengleichheit noch intensivieren könnten.

Die Bundesregierung hat die sozialraumorientierte Gesundheitsförderung gestärkt, in dem über das Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt" auch gesundheitsfördernde Stadtteilprojekte finanziert werden können. Begleitend dazu wurde eine Handreichung für Stadtteilakteure wie Quartiersmanager entwickelt („Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier"), um sie zu befähigen, Gesundheitsförderungsprojekte zu initiieren.

Als Maßnahmen kommen dabei auch unterstützende Angebote für Schwangere und junge Familien im Rahmen regionaler Netzwerke in Betracht. Die Kommission weist zu Recht darauf hin, dass eine solche Netzwerkarbeit Ressourcen braucht. Sehr zu begrüßen ist, dass einige Länder bereits im Rahmen von Gesetzen zur Förderung eines gesunden Aufwachsens und für einen verbesserten Kinderschutz dafür Sorge getragen haben.

Auf dem Weg zu einer verbesserten Datenbasis

Die Kommission fordert die Bundesregierung auf, ressortübergreifende Grundlagen- und Praxisforschung zu initiieren und verweist auf die Erforderlichkeit belastbarer Daten über das Ausmaß von Kindesvernachlässigung und -misshandlung in Deutschland. Auch die Bundesregierung sieht diese Bedarfslage und wird entsprechende mit dem Datenschutz zu vereinbarende Maßnahmen prüfen. In diesem Zusammenhang kommt einer konsequenten Umsetzung der in § 294a SGB V (Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden) normierten Mitteilungspflicht Bedeutung zu. Danach haben Ärztinnen und Ärzte bei Anhaltspunkten für eine Körperverletzung oder Hinweisen auf eine Drittverursachung der Gesundheitsschäden den Krankenkassen die entsprechenden Angaben mitzuteilen. In Annahme der Geltendmachung von möglichen Schadensersatzansprüchen durch die Krankenkassen nehmen Ärztinnen und Ärzte aber von einer entsprechende Diagnosestellung in Fällen von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung Abstand. US-amerikanische Erfahrungen zeigen, dass diese in Krankenhäusern oder Notfallstationen sowie bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zu erhebenden gesundheitlichen Parameter durchaus geeignet sind, um eine epidemiologische Beschreibung der Phänomene zu erreichen.

Der Anregung des 13. Kinder- und Jugendberichts hinsichtlich kontinuierlicher Gesundheitserhebungen im Kinder- und Jugendalter wurde durch den Aufbau eines Gesundheitsmonitorings am RKI bereits Rechnung getragen. Der Kinder- und Jugendsurvey KIGGS wird in Form einer Kohorte alternierend als Telefonbefragung und Untersuchungssurvey fortgeführt. Die Ergebnisse dieser Erhebung, die auf Ebene des Bundes repräsentativ ist und regional aufgestockt werden kann, werden im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes analysiert und veröffentlicht werden.

3.2 Neue Perspektiven für Kinder und Jugendliche mit Behinderung

3.2.1 Im Vordergrund steht der junge Mensch

Kinder und Jugendliche mit Behinderung haben – ebenso wie Kinder und Jugendliche ohne Behinderung – ein Recht auf eine umfassende Förderung ihrer Entwicklung, die sich an ihren spezifischen Bedürfnissen und Interessen als junge Menschen ausrichtet. Die Bundesregierung unterstützt den inklusiven Ansatz der Berichtskommission nachdrücklich, insbesondere auch unter Bezugnahme auf die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung und § 24 der UN-Kinderrechtskonvention. Zu Recht fordert die Kommission, dass alle Maßnahmen an einer Inklusionsperspektive auszurichten sind, die keine Aussonderung akzeptiert.

Kinder und Jugendliche mit Behinderung sind in erster Linie Kinder und Jugendliche

Die Einnahme einer inklusiven Perspektive verlangt ein Leistungsangebot für behinderte Kinder und Jugendliche, das sich primär an der Lebenslage „Kindheit und Jugend" orientiert und erst sekundär nach der Behinderung oder anderen Benachteiligungen und Belastungen in dieser Lebenslage differenziert. Dies ist nach Auffassung der Bundesregierung der Maßstab, an dem die Leistungen für junge Menschen mit Behinderung zu messen sind.

Die Förderung behinderter Kinder und Jugendlicher in Deutschland ist dadurch gekennzeichnet, dass hierfür eine Vielzahl unterschiedlicher Leistungssysteme in der Verantwortung steht. Neben der Kinder- und Jugendhilfe sind hier insbesondere die Sozialhilfe, die GKV und die Schule zu nennen.

Der junge Mensch muss im Mittelpunkt der verantwortlichen Teilsysteme stehen

Angesichts dieser Aufspaltung der Verantwortung liegt bereits ohne genaue Betrachtung dieser Teilsysteme und ihrer Schnittstellen zueinander nahe, dass die Realisierung des inklusiven Ansatzes eine besondere Herausforderung darstellt. Der Bundesregierung ist es deshalb ein wichtiges Anliegen, die für die Förderung behinderter Kinder und Jugendlicher verantwortlichen Systeme auf ihre inklusive Ausrichtung hin zu überprüfen. Vor allem gilt es, die Systemübergänge eingehend in den Blick zu nehmen.

3.2.2 Von der Aufspaltung zur Zusammenführung der Verantwortung für Kinder und Jugendliche mit Behinderung – Herausforderungen für ein inklusives Hilfesystem

3.2.2.1 Kinder und Jugendliche mit Behinderung zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Sozialhilfe – eine Schnittstelle mit Reibungsverlusten

Die Kommission hat ihr besonderes Augenmerk auf das Verhältnis der Teilsysteme „Kinder- und Jugendhilfe“ und „Sozialhilfe“ gerichtet. Nach Auffassung der Bundesregierung steht diese Schnittstelle zu Recht im Fokus der Kommission, weil hier Abgrenzung und Systemzuordnung nicht unproblematisch erscheinen.

Die Art der Behinderung eines jungen Menschen entscheidet über die Zuordnung zu einem Leistungssystem

Für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung und für Kinder und Jugendliche, die von einer solchen Behinderung bedroht sind, ist die Kinder- und Jugendhilfe vorrangig vor der Sozialhilfe leistungsverpflichtet (vgl. § 35a SGB VIII). Demgegenüber liegt die vorrangige Leistungszuständigkeit für Kinder und Jugendliche mit wesentlicher körperlicher oder geistiger Behinderung bzw. für Kinder und Jugendliche, die von einer solchen Behinderung bedroht sind, bei der Sozialhilfe (vgl. § 10 Absatz 4 SGB VIII). Kinder und Jugendliche mit einem erzieherischen oder einem behinderungsspezifischen Bedarf, der aus einer (drohenden) seelischen Behinderung resultiert, sind demnach dem Leistungssystem „Kinder- und Jugendhilfe“ zugeordnet, während für Kinder und Jugendliche mit einer (drohenden) körperlichen oder geistigen Behinderung das Leistungssystem „Sozialhilfe“ zuständig ist.

Kinder und Jugendliche mit und ohne Behinderung sind unterschiedlichen Leistungssystemen zugeordnet

Die Verantwortungsaufteilung zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Sozialhilfe basiert folglich sowohl auf einer Unterscheidung zwischen Kindern und Jugendlichen mit Behinderung und Kindern und Jugendlichen ohne Behinderung als auch auf einer Differenzierung nach der Art ihrer Behinderung. Diese Zuordnungslogik führt nach Auffassung der Kommission in der Praxis zu erheblichen Definitions- und Abgrenzungsproblemen, aus denen letztlich „Verschiebebahnhöfe“ bzw. „schwarze Löcher“ in der Hilfegewährung für die Betroffenen resultieren. Die Bundesregierung hätte sich zu diesen Aussagen von der Kommission eine systematischere Analyse der hierfür maßgeblichen Ursachen gewünscht.

Im Kindes- und Jugendalter vermischen sich die erzieherischen und behinderungsspezifischen Bedarfskategorien

Aus Sicht der Bundesregierung scheitert eine eindeutige Zuordnung von Kindern und Jugendlichen mit (drohender) seelischer Behinderung und Kindern und Jugendlichen mit körperlicher oder geistiger Behinderung zu einem der beiden Leistungssysteme letztlich daran, dass die Entwicklungsdynamik in der Lebensphase „Kindheit und Jugend“ eine trennscharfe Unterscheidung der (Hilfe-) Kategorien „allgemeiner Förderbedarf“, „erzieherischer Bedarf“, „seelische Behinderung“, „geistige Behinderung“ und ggf. auch „körperliche Behinderung“ erheblich erschwert bzw. in manchen Fällen nahezu unmöglich macht. Die Bundesregierung hat hier insbesondere folgende Konstellationen im Blick:

– Behinderungen bei Kindern und Jugendlichen können nur im Kontext des familialen und sozialen Beziehungs- und Erziehungssystems betrachtet werden

  Im Kindes- und Jugendalter sind psychische Krankheitssymptome von Erscheinungsformen der Entwicklungsverzögerung oder anderen Verhaltensauffälligkeiten aufgrund besonderer biographischer oder sozialer Belastungen kaum abzugrenzen. Hinzu kommt, dass ein (besonderer) erzieherischer Bedarf auch dadurch entstehen kann, dass ein Kind/Jugendlicher behindert ist. Unabhängig davon, ob diese Behinderung körperlicher, geistiger oder seelischer Natur ist, steigen die Anforderungen an die Erziehungskompetenz der Eltern. Eine Überforderung der Eltern bei der Erziehung eines Kindes bzw. Jugendlichen mit Behinderung kann demnach sowohl bei körperlich als auch bei geistig und seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen auftreten. In solchen Fällen ist es unmöglich zu entscheiden, ob das Vorliegen eines erzieherischen Bedarfs mit der Behinderung des Kindes bzw. Jugendlichen, der mangelnden Kompetenz der Eltern oder mit anderen sozialen oder biographischen Faktoren zu begründen ist.

– Seelische und geistige Behinderungen sind oftmals schwer zu unterscheiden

  Erhebliche Schwierigkeiten können auch mit der Abgrenzung von seelischer und geistiger Behinderung verbunden sein. Insbesondere beim Personenkreis der intellektuell behinderten Kinder bzw. Jugendlichen mit Autismus ist eine Zuordnung im Einzelfall schwierig. Eine generelle Zuordnung autistischer Kinder und Jugendlicher zum Personenkreis der geistig behinderten Kinder wird denjenigen Kindern und Jugendlichen mit autistischen Syndromen nicht gerecht, die über eine normale Intelligenz oder über ausgeprägte Sonderbegabungen verfügen.

– Bei Kindern und Jugendlichen mit Mehrfachbehinderungen ist die Klärung des zuständigen Leistungssystems besonders schwierig

  Nur selten betreffen (drohende) Behinderungen im Kindes- und Jugendalter lediglich einen Funktionsbereich. Zum Beispiel können körperliche oder geistige Behinderungen bei Kindern und Jugendlichen zu schweren psychischen Fehlentwicklungen und damit zu einer Folgebehinderung in Form einer (drohenden) seelischen Behinderung führen. Bei Mehrfachbehinderungen bereitet die Feststellung des zuständigen Leistungsträgers besonders große Schwierigkeiten.

– Die gemeinsame Förderung von Kindern mit und ohne Behinderung in Tageseinrichtungen wird durch strukturelle Barrieren erschwert

  Die gemeinsame Förderung behinderter und nicht behinderter Kinder in Tageseinrichtungen ist nicht nur ein gesellschaftspolitisches Ziel von zentraler Bedeutung, sondern auch ein gesetzlicher Auftrag. So hat der Gesetzgeber über den Grundsatz der uneingeschränkten Teilhabe (§ 4 Absatz 3, § 19 Absatz 3 SGB IX) hinaus in § 22a Absatz 4 SGB VIII einen integrativen Förderauftrag normiert, wonach Kinder mit und ohne Behinderung grundsätzlich in Gruppen gemeinsam gefördert werden sollen. Aufgrund der geteilten Verantwortung für körperlich/geistig und seelisch behinderte Kinder kann dieses Ziel nur durch eine enge Zusammenarbeit der Träger der Kinder- und Jugendhilfe und der Träger der Sozialhilfe erreicht werden. Je nach Art der Behinderung haben Kinder- und Jugendhilfe oder Sozialhilfe den behinderungsspezifischen Bedarf, der über den im Zuständigkeitsbereich der Kinder- und Jugendhilfe liegenden allgemeinen Förderbedarf hinausgeht, zu decken. Hier zeigen sich in der Praxis noch Umsetzungsdefizite.

3.2.2.2 Die Lebenslage „Kindheit und Jugend“ als Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung der Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung

Die Bundesregierung hält es angesichts der beschriebenen Abgrenzungsprobleme für notwendig, Optionen für eine Neugestaltung der Verantwortungsbereiche von Kinder- und Jugendhilfe und Sozialhilfe zu entwickeln.

Die Rückführung der Hilfen für junge Menschen mit seelischer Behinderung in die Sozialhilfe als Konzeptansatz

Bereits in der Vergangenheit wurden infolge der Reibungsverluste an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Sozialhilfe immer wieder Forderungen nach einer Neuordnung der Zuständigkeiten laut. Eine hierbei intendierte Konzeption, die zuletzt im Rahmen des Gesetzentwurfs des Bundesrates zur Entlastung der Kommunen im sozialen Bereich (KEG, Bundesratsdrucksache 712/04) vertreten wurde, sieht die Rückführung der Hilfen für seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte junge Menschen in die Sozialhilfe vor. Damit würde die bis zur Einführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) im Jahre 1990 geltende Rechtslage wiederhergestellt. Das Leistungssystem der Sozialhilfe wäre dann für alle behinderungsspezifischen Leistungen unabhängig vom Lebensalter des behinderten Menschen zuständig. Für alle erzieherischen Hilfen bliebe es bei der Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe.

Die Alleinzuständigkeit der Sozialhilfe für behinderte junge Menschen würde die entwicklungsbezogenen Bedürfnisse von behinderten Kindern und Jugendlichen in den Hintergrund rücken

Die Bundesregierung plädiert dafür, die Lebenslage „Kindheit und Jugend“ als Ausgangspunkt den Überlegungen zu einer Neukonzeption der Zuständigkeitsordnung für die Förderung von jungen Menschen mit Behinderung voranzustellen. Eine Rückverlagerung der Eingliederungshilfe für junge Menschen mit (drohender) seelischer Behinderung in die Sozialhilfe hätte den Nachteil, dass das Paradigma der Behinderung und nicht die spezifischen Bedarfslagen der Entwicklungsstufe „Kindheit und Jugend“ im Vordergrund stünden. Kinder und Jugendliche mit und ohne Behinderung wären (weiterhin) unterschiedlichen Leistungssystemen zugeordnet. Zwar entfielen Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen seelischer und geistiger Behinderung. Es wäre jedoch mit erheblichen Streitigkeiten zu rechnen, die im Hinblick auf behinderte Kinder und Jugendliche zwischen einem erzieherischen und einem behinderungsspezifischen Bedarf zu differenzieren versuchen. Diese haben seinerzeit den Gesetzgeber zur Einführung von § 35a SGB VIII bewogen. Insbesondere infolge der Wechselwirkungen zwischen Behinderung und erzieherischem Bedarf würden mit dieser Option Abgrenzungsprobleme nicht gelöst. Darüber hinaus würde dieser Ansatz auch zu keiner Verbesserung im Bereich der integrativen Kindertagesbetreuung führen.

Die Verlagerung der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit körperlicher und geistiger Behinderung in die Kinder- und Jugendhilfe als Lösungsoption

Der Handlungsauftrag des Leistungssystems „Kinder- und Jugendhilfe“ bezieht sich auf die Realisierung des allgemeinen Rechtes junger Menschen auf umfassende Förderung ihrer Entwicklung. Eine konsequente Umsetzung des Anliegens, die Lebenslage „Kindheit und Jugend“ mit ihren spezifischen Bedarfslagen in den Vordergrund zu stellen, könnte demnach durch eine (altersdifferenzierte) Zusammenführung aller Kinder und Jugendlicher mit Behinderung in der Kinder- und Jugendhilfe herbeigeführt werden. Eine solche Zusammenführung wurde bereits von den Kommissionen für den 10. Kinder- und Jugendbericht (Bundestagsdrucksache 13/11368, S. 280) und den 11. Kinder- und Jugendbericht (Bundestagsdrucksache 14/8181, S. 229) gefordert. Die Kinder- und Jugendhilfe wäre dann für alle pädagogisch-therapeutischen Leistungen an junge Menschen unabhängig von der Ursache und Art der Behinderung

und der zu ihrer Bewältigung notwendigen Hilfen zuständig. Die Unterscheidung nach Behinderung und Erziehungsschwierigkeiten wäre für die Hilfegewährung unerheblich. Kinder und Jugendliche mit und ohne Behinderung wären demselben Leistungssystem zugeordnet.

Die Alleinzuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe kann nur dann eine Lösung sein, wenn die damit verbundenen Herausforderungen geschultert werden können

Die Bundesregierung weist ausdrücklich darauf hin, dass mit der Umsetzung dieses Ansatzes immense Herausforderungen, insbesondere für die Kommunen als örtliche Träger der Kinder- und Jugendhilfe, verbunden wären. Die Alleinzuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe könnte aus Sicht der Bundesregierung daher nur dann als Lösungsoption in Betracht kommen, wenn die damit verbundenen finanziellen, personellen und strukturellen Fragen gelöst werden können. Deshalb muss zunächst eingehend geprüft werden, welche finanziellen, personellen und strukturellen Verschiebungen mit der Realisierung dieses Ansatzes verbunden wären. In Abhängigkeit vom Ergebnis dieser Prüfung wären dann gegebenenfalls weitere Schritte zur Umsetzung zu prüfen und Konzepte zu entwickeln.

Großen Herausforderungen stehen erhebliche Synergien und fachliche Vorteile einer Zuständigkeitskonzentration bei der Kinder- und Jugendhilfe gegenüber

Trotz dieser zweifelsohne großen und vielfältigen Herausforderungen hält es die Bundesregierung für notwendig, die Möglichkeit einer Zuständigkeitskonzentration bei der Kinder- und Jugendhilfe intensiv zu prüfen. Denn den genannten Herausforderungen stehen nicht nur Synergien durch den Wegfall problematischer Schnittstellen, sondern insbesondere fachliche Vorteile gegenüber. Beispielsweise würde dadurch das seitens der Kommission geforderte „Behinderten-Mainstreaming“ im Rahmen jugendhilfepolitischer Planungen und Maßnahmen ebenso erleichtert wie die integrative Förderung behinderter Kinder in Tageseinrichtungen oder der Zugang von Eltern körperlich oder geistig behinderter Kinder zur Erziehungs- und Familienberatung.

3.2.3 Vom Nebeneinander zum Miteinander in der Leistungserbringung für Kinder und Jugendliche mit Integrationsrisiken – Herausforderungen für ein ganzheitliches Hilfesystem

3.2.3.1 Die Komplexleistung „Frühförderung“ – Ganzheitliche Leistungserbringung in gemeinsamer Verantwortung von Sozialhilfe, Kinder- und Jugendhilfe und Krankenkassen

Je früher in der kindlichen Entwicklung eine Auffälligkeit oder Beeinträchtigung erkannt wird, desto besser kann vorgebeugt und geholfen werden. Denn gerade die frühkindlichen Entwicklungsphasen sind durch eine hohe Beeinflussbarkeit gekennzeichnet. Dabei können die Ursachen für eine Behinderung oder eine Entwicklungsauffälligkeit ganz unterschiedlich sein. Behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder haben deshalb regelmäßig einen Bedarf an einem Ineinandergreifen von medizinisch-therapeutischen und pädagogisch-psychologischen Hilfen, die auch das familiäre Umfeld gezielt einbeziehen.

Eine ganzheitliche Betrachtungsweise des Kindes und seiner Familie ist unabdingbar und muss mit einem ganzheitlichen Hilfeansatz einhergehen

Die Regelungen des SGB IX zur Früherkennung (Diagnostik) und Frühförderung tragen diesem Ziel Rechnung. Unter dem Begriff „Frühförderung“ werden auf interdisziplinärer Basis medizinische, pädagogisch-psychologische und soziale Maßnahmen für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder von der Geburt bis zum Schuleintritt zusammengefasst. Während für medizinische Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung von Kindern mit (drohender) Behinderung die Krankenkassen zuständig sind, richtet sich die Zuständigkeit für nicht ärztliche sozialpädiatrische, psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen nach der Art der (drohenden) Behinderung und obliegt demnach entweder dem Träger der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe oder dem Träger der Sozialhilfe; es sei denn, Landesrecht ordnet diese Leistungen unabhängig von der Behinderungsart nur einem der beiden Leistungsträger zu (vgl. § 10 Absatz 4 Satz 3 SGB VIII).

Die Komplexleistung ermöglicht eine ganzheitliche Hilfe für Kinder mit (drohender) Behinderung trotz geteilter Verantwortung

Bis zum Inkrafttreten des SGB IX im Jahr 2001 gab es keine gesetzliche Grundlage für eine interdisziplinäre Leistungserbringung aus einer Hand. Das hat sich mit dem SGB IX und der Frühförderungsverordnung aus dem Jahr 2003 geändert. Der Gesetzgeber hat durch diese Regelungen die Grundlage dafür geschaffen, dass Leistungen der Sozialhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe und Leistungen der Krankenkassen als eine „Komplexleistung“ durch Interdisziplinäre Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren erbracht werden können.

Trotz des hohen Bedarfs ist Frühförderung als Komplexleistung bundesweit relativ wenig verbreitet

Aus Sicht der Bundesregierung sind hierfür insbesondere folgende Gründe ausschlaggebend: Die Frühförderungsverordnung regelt die Leistungserbringung und -finanzierung nicht im Detail, sondern überlässt wesentliche Aspekte, insbesondere die Frage der Kostenteilung zwischen den Leistungsträgern, der Regelung durch Landesrahmenempfehlungen. Voraussetzung dafür, dass die Frühförderung als Komplexleistung tatsächlich in Anspruch genommen werden kann, ist damit eine Einigung der beteiligten Leistungsträger und der Leistungserbringer auf Ebene des jeweiligen Bundeslandes bzw. auf regi-

onaler Ebene über die Entgelte für die Frühförderleistungen, die Aufteilung der Entgelte und die Anforderungen, die an Interdisziplinäre Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren zu stellen sind.

Obwohl in den meisten Bundesländern inzwischen Landesrahmenempfehlungen abgeschlossen wurden, fehlt es vielfach noch an der Vereinbarung von konkreten Leistungsvereinbarungen vor Ort. Dafür gibt es mehrere Gründe. Zwischen den Leistungsträgern besteht oft Uneinigkeit darüber, wer in welcher Höhe für welche Leistungsbestandteile der Frühförderung aufzukommen hat. Dabei wird außer Acht gelassen, dass die Komplexleistung Frühförderung nach dem SGB IX und der Frühförderungsverordnung eine neue eigenständige Leistung ist, die sich nicht in der Addition bislang vorhandener Leistungspflichten der beteiligten Leistungsträger erschöpft. Sofern sich die Leistungsträger einigen können, wird seitens der Leistungserbringer immer wieder vorgetragen, dass die angebotenen Vergütungssätze zu niedrig seien und sie damit keine den Anforderungen gerecht werdende Frühförderleistung erbringen könnten. Darüber hinaus wird die Komplexleistung „Frühförderung“ nach wie vor in erheblichem Umfang durch anderweitige Mittel finanziert.

Die flächendeckende Etablierung der Frühförderung als Komplexleistung ist ein zentrales Anliegen der Bundesregierung

Die Bundesregierung beabsichtigt in einem klarstellenden gemeinsamen Rundschreiben der zuständigen Ressorts gegenüber den zuständigen Landesministerien und den Spitzenverbänden der beteiligten Leistungsträger, auf die bestehende Rechtslage hinzuweisen. Das Rundschreiben soll vorher mit den Spitzenverbänden der Träger der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe sowie der Krankenkassen abgestimmt werden. Die Spitzenverbände haben zugesagt, dieses Rundschreiben an ihre Mitglieder weiterzuleiten und um eine entsprechende Handhabung zu bitten.

3.2.3.2 Kooperation und Koordination in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS – die Entwicklung multimodaler Versorgungsnetze

Der Bericht beschreibt die Probleme in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätssyndrom (ADHS). Die Kommission vermutet insbesondere bezüglich der Pharmakotherapie mit Stimulanzien eine zu leichtfertige Verordnung dieser Arzneimittel durch die Ärztinnen und Ärzte insbesondere außerhalb des Fachgebietes der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Bundesregierung und Krankenkassen fördern die Entwicklung eines multimodalen Versorgungssystems für junge Menschen mit ADHS

Die Versorgung der Betroffenen im Sinne eines in den Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften festgelegten multimodalen Therapiekonzeptes wird durch zahlreiche Maßnahmen der Selbstverwaltung und auch des Bundesgesundheitsministeriums gefördert. Dies erfordert u. a. ein flexibles und zielgruppengerechtes Informationssystem, das im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums entwickelt werden wird. Dieses Informationssystem soll sich streng an empirischer Evidenz orientieren und nicht nur die Fachkreise, sondern insbesondere auch – unter Nutzung kommunikationswissenschaftlicher Expertise – die breite Öffentlichkeit erreichen.

Der Aufbau eines „Zentralen ADHS-Netzes“, das vom Bundesgesundheitsministerium gefördert wurde, hatte positive Auswirkungen auf die Entwicklung regionaler, alle relevanten Akteure einbindender Versorgungsnetze.

Mit den bereits erfolgten Gesundheitsreformgesetzen wurden wirksame Instrumente zur Kooperation und Koordination in der Behandlung von Menschen mit ADHS eingeführt

Die vergangenen Gesundheitsreformgesetze stärken mit neuen Vergütungs- und Vertragsinstrumenten Kooperation und Koordination in der Behandlung von Menschen mit ADHS. Diese neuen Möglichkeiten werden auch bereits in verschiedenen Regionen genutzt (z. B. über Verträge zur Integrierten Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V oder zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V).

Insbesondere der im vergangenen Jahr vorgestellte Mustervertrag nach § 73c SGB V, der in der „Vertragswerkstatt“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) entwickelt wurde, zeigt, dass die Selbstverwaltungspartner die Notwendigkeit einer leitliniengerechten Qualifizierung der Versorgung erkannt haben und in die richtige Richtung gehen. Wenn seitens der Leistungserbringer und der Krankenkassen zukünftig die von der Bundesregierung geschaffenen Instrumente vermehrt genutzt werden, können die vielerorts noch bestehenden Lücken bei der Umsetzung einer multimodalen vernetzten Behandlung der Jugendlichen mit ADHS, die insbesondere auch nicht-medikamentöse Maßnahmen wie Eltern- und Lehrerberatung oder Verhaltenstherapie des ADHS-kranken Kindes umfasst, weitgehend geschlossen werden. Auf Basis des Mustervertrages der KBV haben die Betriebskrankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung in Baden-Württemberg zum 1. April 2009 einen ersten Vertrag zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS geschlossen.

3.2.4. Von der Ausgrenzung zur Integration – Herausforderungen für die Förderung von jungen Menschen mit Lernstörungen

Aus Sicht der Bundesregierung sollte das Verhältnis von Kinder- und Jugendhilfe und Schule als weitere Schnittstelle im Rahmen einer Überprüfung der für die Förderung junger Menschen mit Behinderung verantwortlichen Leistungssysteme besondere Aufmerksamkeit erfahren. Die Bundesregierung hält eine Betrachtung dieser Schnittstelle deswegen für notwendig, weil sie einen Zu-

sammenhang zwischen dem seitens der Kommission festgestellten Anstieg gesundheitlicher Belastungen von Kindern und Jugendlichen im Schulalter und den gestiegenen Ausgaben der Kommunen für Leistungen im Bereich der Hochbegabung oder vor allem der so genannten Teilleistungsstörungen sieht. Hierzu zählen insbesondere Entwicklungsstörungen bei schulischen Fertigkeiten wie die Lese-Rechtschreibstörung (Legasthenie) und die Rechenstörung (Dyskalkulie).

Schulische Probleme gehen häufig mit der Ausgrenzung der davon betroffenen Kinder und Jugendlichen einher

Lernstörungen an sich stellen keine (seelische) Behinderung dar, die eine Leistungsverpflichtung der Kinder- und Jugendhilfe auslöst. Bei der Kompensation spezifischer Lernschwierigkeiten nehmen die Schulen eine Schlüsselrolle ein. In den einzelnen Landesgesetzen bzw. Empfehlungen finden sich dazu landesspezifisch unterschiedliche Regelungen und Verpflichtungen.

Aus einer Lernstörung kann jedoch eine seelische Störung resultieren, die wiederum zu einer Teilhabebeeinträchtigung führen kann, wenn die notwendigen Fördermaßnahmen nicht oder zu spät erfolgen. Erst dann liegt eine (drohende) seelische Behinderung vor, die die gegenüber der Schule nachrangige Leistungsverpflichtung der Kinder- und Jugendhilfe auslöst.

Die steigende Zahl der infolge von Lernproblemen seelisch beeinträchtigten jungen Menschen unterstreicht die Bedeutung eines ausreichenden Förderangebotes in der Schule, um einer Ausgrenzung der betroffenen Kinder und Jugendlichen entgegenzuwirken.

Ausgrenzung vermeiden und durch verbesserte individuelle Förderung die Teilhabe von Kindern und Jugendlichen mit Lernstörungen sichern

Vor diesem Hintergrund ist es aus Sicht der Bundesregierung wichtig, individuelle Fördermaßnahmen zur Kompensation von Lernstörungen zu verbessern. Die Kommission bezeichnet unter Bezugnahme auf die föderale Struktur Deutschlands eine systematischere Berücksichtigung des Förderpotentials der Schule als Desiderat ihres Berichts.

4. Schlussbemerkungen

Der 13. Kinder- und Jugendbericht weist wiederholt darauf hin, dass Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit. Im Anschluss an die Ottawa-Charta und den Befähigungsansatz plädiert er für ein Verständnis von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen, die auf „eine Stärkung der Lebenssouveränität von Heranwachsenden durch die Verminderung bzw. den gekonnten Umgang mit Risiken und eine Förderung von Verwirklichungschancen, Entwicklungs- und Widerstandsressourcen“ zielen.

Zu Recht betont der Kinder- und Jugendbericht daher, dass dafür die bisher weitgehend auf den Erwerb von sozialem Lernen, auf die Vermittlung von kulturellen und personalen Kompetenzen sowie auf die Befähigung zu praktischem Handeln ausgerichtete pädagogische außerschulische Praxis in einem ganzheitlichen Sinne weiterzuentwickeln ist: Stärker als bisher müssen Körper bzw. Leiblichkeit sowie Gesundheit und Wohlbefinden Inhalte fachlicher Praxis der Kinder- und Jugendhilfe werden. Denn die Befähigung zur selbstverantwortlichen Lebensführung lässt sich nur angemessen denken, wenn dabei Gesundheit und Wohlbefinden und damit auch die Achtsamkeit gegenüber dem Körper, dem eigenen wie dem der anderen, einbezogen sind.

Insofern stellt der 13. Kinder- und Jugendbericht auch eine Erweiterung des 12. Kinder- und Jugendberichts dar. Während dort Bildung – im durchaus sonst auch üblichen Sinne – weitgehend losgelöst von Körpererfahrung und Leiblichkeit, von Wohlbefinden und Gesundheit diskutiert wurde, betont der 13. Kinder- und Jugendbericht, dass der eigene (gesunde) Körper nicht nur eine Voraussetzung für gelingende Bildungsprozesse darstellt, sondern dass der eigene Körper selbst ein Medium für Bildungsprozesse darstellt.

Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland
– 13. Kinder- und Jugendbericht –

Inhaltsverzeichnis

		Seite
Mitglieder der Sachverständigenkommission		28
Mitglieder der Arbeitsgruppe am Deutschen Jugendinstitut		28
Vorwort		29
Zusammenfassung		33
Teil A	**Ausgangspunkte: Gesellschaftliche Bedingungen des Aufwachsens und konzeptionelle Grundlagen des Berichts**	43
1	Einleitung	43
2	Aufwachsen in der Spätmoderne	44
2.1	Kindheit und Jugend in der globalisierten Gesellschaft	44
2.2	Entwicklungsressourcen und Verteilungsgerechtigkeit	45
3	Prävention und Gesundheitsförderung – Die Grundkonzepte	50
3.1	Begriffsklärungen	50
3.1.1	Gesundheitsbezogene Prävention	50
3.1.2	Gesundheitsförderung	53
3.2	Gesundheitswissenschaftliche Bezugspunkte	54
3.2.1	Die Zielperspektive der WHO: Die Ottawa-Charta	54
3.2.2	Von der Pathogenese zur Salutogenese	56
3.2.2.1	Die salutogenetische Perspektive	56
3.2.2.2	Der Körper als soziale Wirklichkeit	60
3.2.2.3	Gesundheitskapitalien	62
3.2.2.4	Risiko- und Schutzfaktoren	63
3.2.2.5	Resilienz	68
3.2.2.6	Zur Wirkung des Kohärenzgefühls auf Gesundheit	69
3.2.2.7	Integration von Pathogenese und Salutogenese	69
3.2.3	Empowerment: Eine Förderperspektive	70
3.2.4	Partizipation	72
3.2.5	Verwirklichungschancen	73
3.2.6	Synopse: Befähigung und Befähigungsgerechtigkeit	73
3.2.7	Ein notwendiger Exkurs: Inklusionsperspektive für Kinder- und Jugendliche mit Behinderungen	74

		Seite
Teil B	**Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland**	77
4	Entwicklungsbedingungen von Gesundheit und Krankheit bei Kindern und Jugendlichen	77
4.1	Gesundheit und Krankheit unter sich wandelnden gesellschaftlichen Bedingungen	78
4.2	Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen	79
5	Kinder unter drei Jahren	82
5.1	Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen: Bindung und Autonomie	82
5.2	Gesundheit, Krankheit und Behinderung	84
5.2.1	Das ungeborene Leben: Gesundheit beginnt schon vor der Geburt	84
5.2.2	Säuglingssterblichkeit und Unfälle	85
5.2.3	Stillverhalten und Ernährung bei Säuglingen und Kleinkindern	85
5.2.4	Impfungen und Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung	86
5.2.5	Einschätzung von Gesundheit und Auftreten von Krankheiten	87
5.2.6	Regulationsstörungen	88
5.2.7	Psychische Gesundheit	88
5.2.8	Kindeswohlgefährdung	89
5.3	Zusammenfassung	90
5.4	Fazit	91
6	Kinder im Alter von drei bis unter sechs Jahren	91
6.1	Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen: Bewegen, Sprechen, Achtsamkeit	91
6.2	Gesundheit, Krankheit und Behinderung	94
6.2.1	Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten	95
6.2.1.1	Bewegung und Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung	95
6.2.1.2	Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung und Sprachkompetenz	96
6.2.1.3	Psychische Gesundheit und Verhaltensauffälligkeiten	97
6.2.2	Ernährung und Essverhalten	98
6.2.3	Somatische Gesundheit und ärztliche Versorgung	98
6.2.4	Umweltbelastungen	99
6.3	Zusammenfassung	99
6.4	Fazit	100

		Seite
7	Kinder von sechs bis unter zwölf Jahren	100
7.1	Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen: Sich bewähren, Beziehungen eingehen, sich die Welt aneignen	100
7.2	Gesundheit, Krankheit und Behinderung	103
7.2.1	Kinder mit speziellen Versorgungsbedarfen	103
7.2.2	Chronisch-somatische Erkrankungen	105
7.2.3	Mädchen und Jungen mit Behinderungen	105
7.2.4	Auswirkungen von besonderen Versorgungsbedarfen, chronisch-somatischen Erkrankungen und Behinderungen auf den sozialen Nahraum	107
7.2.5	Stresserleben und Lebensqualität	108
7.2.6	Psychische Gesundheit und Verhaltensauffälligkeiten	110
7.2.7	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen	112
7.2.8	Angststörungen	114
7.2.9	Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	114
7.2.10	Körperlich-sportliche Aktivität	115
7.3	Zusammenfassung	116
7.4	Fazit	116
8	Kinder und Jugendliche von zwölf bis unter achtzehn Jahren	116
8.1	Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen: den Körper spüren, Grenzen suchen, Identität finden	116
8.2	Gesundheit, Krankheit und Behinderung	119
8.2.1	Sexualität und Schwangerschaften Minderjähriger	119
8.2.2	Medienkonsum	121
8.2.3	Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum	122
8.2.3.1	Tabakkonsum	122
8.2.3.2	Alkoholkonsum	125
8.2.3.3	Konsum von legalen und illegalen Suchtmitteln	127
8.2.4	Gewalterfahrungen und Delinquenz	129
8.2.4.1	Körperliche Gewalt und Delinquenz	129
8.2.4.2	Sexuelle Gewalt	130
8.2.5	Psychische Gesundheit und Verhaltensauffälligkeiten	131
8.2.6	Essstörungen	133
8.2.7	Übergewicht und Adipositas	134
8.2.8	Depressive Erkrankungen	136
8.2.9	Selbstverletzendes Verhalten	137
8.2.10	Suizidalität	137

Seite

8.3 Zusammenfassung 138

8.4 Fazit 139

9 Junge Erwachsene von achtzehn- bis siebenundzwanzig Jahren . . . 139

9.1 Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen: Sich entscheiden, Intimität leben, Verantwortung übernehmen 139

9.2 Gesundheit, Krankheit und Behinderung 142

9.2.1 Psychische Gesundheit 142

9.2.2 Missbrauch und Abhängigkeit von Substanzen 143

9.2.2.1 Missbrauch und Abhängigkeit von Nikotin, Alkohol und Medikamenten 143

9.2.2.2 Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Suchtmitteln 144

9.2.2.3 Nichtstoffgebundene Süchte 145

9.2.3 HIV/AIDS 146

9.2.4 Gesundheitsrelevante Aspekte am Ausbildungs- und Arbeitsplatz 148

9.2.5 Gesundheitsrelevante Aspekte von Arbeitslosigkeit 150

9.3 Zusammenfassung 152

9.4 Fazit 153

9.5 Zwischenbilanz: Kindheit und Jugendalter als gesundheitspolitische Herausforderung 153

Teil C Strukturen und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe, der Gesundheitsversorgung und der Eingliederungshilfe/ Rehabilitation: eine erste Annäherung 155

10 Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention an der Schnittstelle von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem 155

11 Strukturen und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe 155

11.1 Kurzer Überblick über die wesentlichen Strukturen 155

11.2 Der Beitrag der Kinder- und Jugendhilfe zur Gesundheitsförderung – der gesetzliche Rahmen 158

12 Das Gesundheitssystem 160

12.1 Strukturen und Aufgaben in Bezug auf Kinder und Jugendliche . . 161

12.1.1 Ambulante kinder- und jugendmedizinische und -psychiatrische Versorgung 162

12.1.2 Stationäre kinder- und jugendmedizinische/-psychiatrische Versorgung 166

12.1.3 Besondere Probleme in der Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche 169

Seite

12.2 Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) 170

12.3 Aktuelle Entwicklungen an der Schnittstelle von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem 172

13 Eingliederungshilfe und Rehabilitation 173

13.1 Konzepte der Behindertenhilfe und inklusive Angebote 174

13.2 Funktionsfähigkeit, Teilhabe und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen 174

13.3 Leistungskanon der Rehabilitation 176

13.4 Aktuelle Entwicklungen an der Schnittstelle Kinder- und Jugendhilfe und Eingliederungshilfe und Rehabilitation 180

14 Suchtkrankenhilfe als ein Praxisfeld zwischen den Systemen 180

Teil D Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe für junge Menschen im Bereich der Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogenen Prävention 183

15 Zum Stand der Diskussion um gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe 183

16 Frühe Kindheit, Vorschul-, Kindergarten- und Grundschulalter . . . 183

16.1 Familien- und Elternbildung 183

Schwangerschaft und die ersten drei Jahre 187

16.2 Kindertagesbetreuung 192

16.2.1 Inanspruchnahme von Betreuung, Bildung und Erziehung in Tageseinrichtungen für Kinder 193

16.2.1.1 Ausbildungssituation der Tagespflegepersonen, Erzieherinnen und Erzieher sowie Kinderpflegerinnen und Kinderpfleger 193

16.2.1.2 Die pädagogische Qualität von Betreuungsangeboten 194

16.2.2 Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention in Krippe, Kindergarten, Hort und Tagespflege 195

16.2.2.1 Konzeptionelle Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention in den Bildungsplänen 195

16.2.2.2 Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in der Kindertagesbetreuung 196

16.3 Schnittstellen 200

16.3.1 Ganztagesbetreuung im Grundschulbereich 200

16.3.2 Gesundheitssystem 201

16.3.2.1 Krankenkasse und Kindergarten 201

Seite

16.3.2.2 Kooperation zwischen dem öffentliche Gesundheitsdienst, Ärzten/Zahnärzten und Einrichtungen der Kindertagesbetreuung 201
Mehrgenerationenhaus (MGH) 202
Familienzentren 203
16.3.3 Frühförderung: Aufgaben, rechtliche Verankerung und Formen . . 204

17 Jugendalter 207

17.1 Jugendarbeit 207
17.1.1 Verbandliche Jugendarbeit 207
17.1.2 Sportjugend 209
Gesundheitsbezogene Schwerpunkterweiterung des organisierten Sports 210
Gesundheitsbezogene Leistungen der Jugendarbeit im Sport 212
17.1.3 Offene und mobile Jugendarbeit 213
17.1.4 Geschlechtsspezifische Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit 214

17.2 Hilfen zur Erziehung 215
17.2.1 Gesetzliche Grundlagen 215
17.2.2 Entwicklung von Mitteln, Plätzen, Personal und Inanspruchnahme 216
17.2.3 Gesundheitssituation der Nutzer und Nutzerinnen 217
17.2.4 Gesundheitsförderung und Prävention in den Hilfen zur Erziehung 218
17.2.4.1 Begrifflichkeiten 218
17.2.4.2 Sozialraumbezogene ambulante Hilfen 219
17.2.4.3 Erziehungs- und Familienberatung 219
17.2.4.4 Teilstationäre und stationäre Hilfen in Einrichtungen 221

17.3 Jugendschutz 223

17.4 Prävention von Delinquenz, Kriminalität und Gewalt 225
17.4.1 Unspezifische Strategien mit gewaltpräventivem Anteil 226
17.4.2 Strategien der Jugendhilfe für Zielgruppen mit unmittelbarem Gewaltbezug 226
17.4.3 Mit gewalttätigem Verhalten auffällig gewordene Jugendliche . . . 227
17.4.4 Strategien des Opferschutzes 227
17.4.5 Gewaltprävention durch Information, Qualifikation, Beratung, Aus-, Fort- und Weiterbildung, Koordination und Forschung 228

17.5 Schnittstellen 228
17.5.1 Gesundheitsbezogene Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Schule 228
17.5.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 230
17.5.3 § 35a SGB VIII und Behindertenhilfe 232

Seite

18 Junge Erwachsene 234

18.1 Jugendberufshilfe 234

18.2 Junge Erwachsene mit Behinderungen 234

19 Altersübergreifende Herausforderungen 235

19.1 Kinder chronisch und psychisch kranker Eltern 235

Kinder psychisch kranker Eltern 236

Kinder suchtkranker Eltern 237

Kinder chronisch körperlich kranker und behinderter Eltern 237

19.2 Traumatisierte Kinder und Jugendliche 238

20 Eine Zwischenbilanz 240

20.1 Vielfältige Projektpraxis 240

20.2 Konzeptionelle Unschärfen 241

20.3 Formen von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe 241

20.3.1 Information und Aufklärung 242

20.3.2 Gesundheitspädagogische Projekte und Aktionen 242

20.3.3 Gesundheitsbezogene Prävention 243

20.3.4 Eingebettete Gesundheitsförderung 243

20.4 Implizite Gesundheitsförderung 244

20.5 Gesundheitspädagogik zweiter Ordnung 245

20.6 Qualitätsüberprüfung 246

Teil E Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen: Empfehlungen für den Beitrag der Kinder- und Jugendhilfe zu gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung 247

21 Perspektiven auf gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung durch die Kinder- und Jugendhilfe 247

21.1 Der Berichtsauftrag 247

21.2 Gesundheitliche Herausforderungen und institutionelle Angebote im Kontext des aktivierenden Sozialstaates 247

21.3 Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe: Möglichkeiten und Grenzen 249

22 Zwölf Leitlinien 250

Seite

23 Empfehlungen 251

23.1 Kinder- und Jugendhilfe 251

23.1.1 Gesundheitsförderung als fachlicher Standard 251

23.1.2 Förderung eines achtsamen Körperbezugs 251

23.1.3 Förderung eines kommunikativen Weltbezugs 252

23.1.4 Förderung eines reflexiven Bezugs auf das eigene Selbst 252

23.1.5 Stärkere Berücksichtigung unterschiedlicher Entwicklungspfade und Ressourcen 252

23.1.5.1 Aufwachsen in Armutslagen 253

23.1.5.2 Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund 253

23.1.5.3 Kinder und Jugendliche mit Behinderungen 253

23.1.5.4 Kinder von psychisch, sucht- und chronisch erkrankten Eltern oder von Eltern mit Behinderungen sowie Heranwachsende mit behinderten Geschwistern 254

23.1.6 Kindheit bis 12 Jahren: Erziehungspartnerschaften, frühe Förderung und Herausforderungen der Gesundheitsförderung mit dem Schuleintritt 254

23.1.7 Jugendalter: Unterstützung bei der Entwicklung von Lebenskohärenz und Selbstwirksamkeit 256

23.1.8 Junge Erwachsene: Übergänge unterstützen 257

23.1.9 Fort-, Aus- und Weiterqualifizierung der Fachkräfte 257

23.1.10 Gesundheitsfördernde institutionelle Kulturen in den Einrichtungen und Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe 257

23.1.11 Wirkungsorientierte Qualitätsentwicklung und die Entwicklung von Standards und Leitlinien 257

23.1.12 Forschungsbedarfe und Evaluation 258

23.2 Arbeitsfeldübergreifende Herausforderungen 258

23.2.1 Strategien kommunaler Inklusion 258

23.2.2 Strategien kommunaler Armutsbekämpfung 259

23.2.3 Gesundheitsberichterstattung/Monitoring 259

23.2.4 Netzwerkbildung 259

23.3 Herausforderungen an die Politik auf Bundes- Landes- und kommunaler Ebene 260

23.3.1 Verringerung ungleicher Gesundheitschancen als vorrangiges nationales Gesundheitsziel 260

23.3.2 Erhalt eines universellen Zugangs zum Gesundheitssystem und gesunder Lebensbedingungen für alle Eltern und Kinder 260

23.3.3 Verbesserung von Voraussetzungen für Netzwerkbildung und von deren Absicherung 260

23.3.4 Gesetzesfolgenabschätzung und Prüfaufträge 260

23.3.5 Verbesserung der Voraussetzungen für die Kooperation von Schule, Gesundheitssystem und Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen der Ganztagsangebote und der Schulsozialarbeit 261

Seite

23.3.6 Förderung eines achtsamen Körperbezugs als Bildungsziel 261

23.3.7 Sicherstellung der strukturellen Arbeitsbedingungen für gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in den Arbeitsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe 261

23.4 Gesundheitsziele und überprüfbare Fortschritte 261

24 Literaturverzeichnis 263

Anhang 299

25 Liste der Expertisen 299

26 Fachgespräche und Hearings 300

27 Abkürzungsverzeichnis 301

28 Tabellenverzeichnis 306

29 Abbildungsverzeichnis 309

30 Verzeichnis der Exkurse 310

31 Tabellen zu den Bildungsplänen der Bundesländer 311

Mitglieder der Sachverständigenkommission

Prof. Dr. Heiner Keupp (Vorsitzender): Professor für Sozial- und Gemeindepsychologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München

Dr. Wolfram Hartmann: Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin; Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

Prof. Dr. Holger Hassel: Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, ab 1. März 2009 Professor für Gesundheitspädagogik und Gesundheitspsychologie an der Fakultät für Soziale Arbeit und Gesundheit an der Fachhochschule Coburg

Prof. Dr. Hans Günther Homfeldt: Professor für Sozialpädagogik / Sozialarbeit an der Universität Trier

Dr. Hermann Mayer: Chefarzt Klinik Hochried – Zentrum für Kinder, Jugendliche und Familien, Murnau am Staffelsee.

Dr. Heidemarie Rose: Leiterin der Obersten Landesjugendbehörde und der Abteilung Junge Menschen und Familie, Bremen; stellvertretende Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ)

Prof. Dr. Elisabeth Wacker: Professorin für Rehabilitationssoziologie an der Universität Dortmund

PD Dr. Ute Ziegenhain: Leiterin der Sektion Pädagogik, Jugendhilfe, Bindungsforschung und Entwicklungspsychopathologie am Universitätsklinikum Ulm

Kooptiertes Mitglied

Dr. Christian Lüders: Leiter der Abteilung Jugend und Jugendhilfe am Deutschen Jugendinstitut/München

Mitglieder der Arbeitsgruppe am Deutschen Jugendinstitut

Dr. Hanna Permien

Gisela Dittrich M.A.

Dr. Tina Gadow

Angela Keller MPH (bis 1. Dezember 2008)

Dipl.-Soz. Wiss. Sonja Peyk (ab 1. Oktober 2008)

Dr. Ekkehard Sander

Susanne Schmidt-Tesch (Sachbearbeitung)

Vorwort

Die Sorge um die gesundheitliche Verfassung unserer Kinder und Jugendlichen ist in den letzten Jahren immer mehr zu einem öffentlichen Thema geworden. Wissenschaftliche Studien, wie z. B. der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) des Robert-Koch-Institutes (RKI), trugen dazu ebenso bei wie nationale und internationale Berichte zur Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, wie z. B. die 2007 und 2008 vorgelegten UNICEF-Berichte zur Lage der Kinder in Deutschland. Eine nicht zu vernachlässigende Rolle spielten schließlich einige dramatische Fälle von Kindesvernachlässigung, zum Teil mit Todesfolgen, die durch die große Resonanz in den Medien auch politisches Handeln herausforderten. So wurden in kurzer Zeit die Verbesserung des Kinderschutzes, die Weiterentwicklung früher Förderung in der Familie und die Förderung der Kindergesundheit zu wichtigen Themen im politischen Diskurs, zum Gegenstand von Beschlüssen bis hin zum Bundeskabinett und zu Obliegenheiten für die Gesetzgebung. In diesen Kontext gehört auch der 13. Kinder- und Jugendbericht.

Nach 15 Monaten intensiver Arbeit legt die Sachverständigenkommission zur Erstellung des 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung hiermit ihr Arbeitsergebnis vor.

Am 24. September 2007 übernahm sie den Auftrag der Bundesregierung, gemäß § 84 SGB VIII einen Bericht mit dem Thema „gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe“ zu erstellen. In den beiden genannten Feldern sollte der Bericht also eine Bestandaufnahme der Leistungen und Bestrebungen der Kinder- und Jugendhilfe vornehmen und entsprechende Vorschläge für die Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe formulieren.

Zum ersten Mal wurden damit die Themen Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention zum Gegenstand eines Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung gemacht. Begründet wurde der Auftrag wie folgt: „Die Bundesregierung will die Rahmenbedingungen für das Aufwachsen der nachfolgenden Generationen verbessern. Dazu gehört auch das soziale, psychische und physische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen. Die bestmögliche Förderung der Gesundheit ist ein zentrales Anliegen der Bundesregierung. Hierfür zu sorgen, stehen in der Bundesrepublik unterschiedliche Systeme in der Verantwortung. Die verteilte Verantwortung hat jedoch nicht selten Versorgungseinbrüche an den Übergängen von einem System zum anderen zur Folge. Eine möglichst optimale Gestaltung dieser Übergänge ist daher ein wichtiges Ziel.“ In den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt wurde damit einerseits das soziale, psychische und physische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen; zugleich wurde auf der anderen Seite auf eine wesentliche Voraussetzung dafür, nämlich das Zusammenspiel bzw. das in Teilen nur unzureichende Zusammenspiel der beteiligten gesellschaftlichen Teilsysteme, verwiesen. In den Blick genommen werden sollten also die jeweiligen Systeme, ihre Möglichkeiten und Grenzen, die Brüche zwischen den Systemen, Chancen der Kooperation und Vernetzung und wie „eine möglichst optimale Gestaltung“ der Übergänge ermöglicht werden kann.

Schließlich enthielt der Berichtsauftrag noch ein weiteres Thema, das anders als in den bisherigen Kinder- und Jugendberichten mit großer Aufmerksamkeit bedacht wurde. Der 13. Kinder- und Jugendbericht wollte ausdrücklich auch die Heranwachsenden mit Behinderungen bzw. von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche in seine Berichterstattung einbeziehen.

Dieses Ziel hat die Sachverständigenkommission im Anschluss an die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung, aber auch im Sinn des SGB IX über eine konsequent inklusive Perspektive zu bewältigen versucht.

Diese Fokussierung wurde auftragsgemäß auf eine Weise angegangen, die das System der Behindertenhilfe und die Kooperation mit ihr berücksichtigte. Damit galt es drei sehr unterschiedliche Hilfe- und Fördersysteme im Blick zu haben: das System der Kinder- und Jugendhilfe, das der Gesundheitsversorgung und das der Behindertenhilfe. Jedes der drei Systeme folgt eigenen Regeln, die wenig aufeinander abgestimmt sind, unterliegt unterschiedlichen gesetzlich definierten institutionellen Strukturen und wird – nicht zuletzt – abhängig von unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern finanziert. Und jedes dieser Systeme hat eigene Denkstile und Sprachcodes entwickelt.

Im Rahmen einer Berichterstattung können Reibungsverluste an Schnittstellen und Übergängen zwischen den Systemen nicht minimiert, aber thematisiert werden. Diesen Weg wählte die Kommission ebenso, wie sie versuchte, Perspektiven für verbesserte Kooperationsformen zu eröffnen, die dem Ziel einer verbesserten Förderstruktur im gesundheitlichen Aufwachsen aller Kinder und Jugendlichen dienen.

Ein wichtiger Ausgangspunkt für die Arbeit der Sachverständigenkommission für den 13. Kinder- und Jugendbericht war es insbesondere an den Schnittstellen und Übergängen zwischen der Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheitssystem und dem System der Behindertenhilfe die jeweiligen Strukturen und Voraussetzungen der beteiligten Systeme bzw. die vorhandenen Kooperationsstrukturen in den Blick zu nehmen. Darüber hinaus war das in den Praxisfeldern jeweils verfügbare *Kooperationswissen* wichtiger Ausgangspunkt. Die Berichtskommission, die aus Fachleuten zusammengesetzt war, die die drei Leistungsbereiche bestens kennen, kam sehr schnell zu dem Ergebnis, dass innerhalb der einzelnen Systeme das Wissen über die beiden anderen „Mitspieler“ sehr begrenzt ist.

Diese Einsicht hatte für die Architektur des Berichtes Konsequenzen. Ausgehend davon, dass die drei Systeme sich in der Praxis überwiegend relativ fremd gegenüberstehen, war es ein Ziel sie – wie Fremde, die sich begegnen – einander bekannt zu machen. Das konnte nicht in allen Details erfolgen, sondern nur so, dass die Basis für ein besseres Kooperationswissen gelegt wurde.

Dem gesetzlichen Auftrag folgend stehen in diesem Bericht die Kinder- und Jugendhilfe und ihre Schnittstellen im Mittelpunkt der Darstellung. Die gegebenen Rahmenbedingungen des Berichtes, wozu u. a. auch die föderale Struktur der Bundesrepublik Deutschland gehört, brachten es allerdings mit sich, dass aus der Sicht der Sachverständigenkommission einer gerade im Kindes- und Jugendalter unter der Perspektive von Gesundheit und Wohlbefinden zentralen Institution, der Schule, zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet werden konnte. So geht der Bericht zwar an den Schnittstellen zur Kinder- und Jugendhilfe immer wieder auf den Lern- und Bildungsort Schule und ihre zugleich gesundheitsförderlichen Möglichkeiten wie auch nicht selten erhebliche gesundheitliche Belastungen verursachenden Bedingungen ein; es bleibt jedoch ein Desiderat dieses Berichtes, die Schule zukünftig bei Ansätzen zur Verbesserung der Gesundheit im Kindes- und Jugendalter systematischer zu berücksichtigen.

Da der Kinder- und Jugendbericht in erster Linie an das System der Kinder- und Jugendhilfe adressiert ist, galt es diesen Anspruch auch praktisch umzusetzen. Deshalb unternimmt dieser Bericht in einem kürzeren Kapitel C im Sinne eines ersten Schrittes den Versuch, wenigstens die wichtigsten Informationen zu den jeweiligen Teilsystemen zusammenzufassend darzustellen.

In einem zweiten Schritt ging die Sachverständigenkommission davon aus, dass Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitssystem und Behindertenhilfe dann eine Chance haben, Synergieeffekte zu entwickeln und Übergänge zu verbessern, wenn sie füreinander anschlussfähige Konzepte nutzen können. Der Sachverständigenkommission schienen dafür vor allem jene Konzepte geeignet, in deren Mittelpunkt die Stärkung von Ressourcen Heranwachsender steht, die Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowohl in der Auseinandersetzung mit den Risiken und Belastungen in ihrer jeweiligen Lebenswelt als auch für die produktive Gestaltung ihrer eigenen Lebensprojekte benötigen. Sowohl aus den Gesundheitswissenschaften als auch aus den sozialwissenschaftlichen Grundlagen sozialer und rehabilitativer Arbeit werden dementsprechend im Kapitel A Theoriebausteine vorgestellt, die zu einer begehbaren Brücke verknüpft werden können. Aus den Gesundheitswissenschaften stammen die Konzepte zur Prävention und Gesundheitsförderung, die sowohl Zugänge zur Risikobearbeitung als auch zur Förderung von Entwicklungsressourcen ermöglichen sollen, sowie die unterschiedlichen und sich ergänzenden Perspektiven von Pathogenese und Salutogenese. Vonseiten der Sozialwissenschaften wurde auf die Diskussion um Empowerment und die Befähigungs- bzw. Capability-Konzepte zurückgegriffen, die ebenfalls auf die Ressourcenstärkung ausgerichtet sind und die nach den Bedingungen der Möglichkeit fragen, die Befähigung von Menschen zu einer selbstbestimmten Lebensführung zu stärken.

In der Brückenbildung auf der Grundlage gesundheits- und sozialwissenschaftlicher Konzeptbausteine hat dieser Bericht auch eine gemeinsame Sprache mit der Behindertenhilfe genutzt. Kompetenzorientierung, Befähigung Selbstbestimmung und Selbstständigkeit sind inklusive Konzepte für alle Heranwachsenden, die Jungen und Mädchen mit Behinderungen konsequent einbeziehen.

Als zentrale Grundorientierung für die Entwicklung von Strategien und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention bezieht sich der vorliegende Bericht auf die salutogenetische Perspektive. Diese fragt im Unterschied zu Theorien der Krankheitsentstehung (Pathogenese) danach, wie es Menschen gelingt, gesund zu leben. Sie bietet eine Reihe von empirisch begründeten Ansatzpunkten, gelingendes alltägliches Umgehen mit Anforderungen und auch Belastungen zu fördern. Dies ist das Anliegen jeder Gesundheitsförderung. Danach soll sich Gesundheitsförderung auf Gesundheit statt auf Krankheit konzentrieren und positive Zustände fördern, statt negative zu vermeiden. Insofern steht diese Perspektive nicht im Widerspruch zu empirisch abgesichertem Wissen über die Entstehung von Krankheiten oder über Risikokonstellationen, die häufig die Bewältigungskompetenzen von Menschen überfordern. Die Frage danach, welche Konsequenzen aus dem Wissen über die Entstehung von Störungen und Krankheiten in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu ziehen sind, stellt sich vor einer salutogenetischen Perspektive als Ansatzpunkt für eine gesundheitsbezogene Prävention, die letztlich auch auf die Stärkung von Ressourcen zielt, die für eine Bewältigung von Risikobedingungen erforderlich sind.

Damit ist allerdings der Handlungsauftrag der Kinder- und Jugendhilfe im Feld der Gesundheitsförderung noch nicht ausreichend spezifiziert. Dazu ist es erforderlich, die disziplinäre und professionelle Eigenständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe als ein im Wesentlichen pädagogisch geprägtes Praxisfeld zu erkennen. Sie sieht Heranwachsenden als Akteure, die ihre eigenen Vorstellungen von sich und ihren Lebensperspektiven haben und die in spezifischen Lebenswelten verortet sind. Diese ernst zu nehmen und die Möglichkeit zu eröffnen, sie einbringen bzw. die eigenen Lebensbedingungen entsprechend mitgestalten zu können, gerade auch in Fragen des eigenen Körpers und der eigenen Gesundheit, sind wichtige Voraussetzungen für gelingende Prozesse der Gesundheitsförderung. Der Beitrag der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung besteht also in der besonderen *pädagogischen* Unterstützung von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung aufseiten ihrer Adressatinnen und Adressaten. Hierin ist ihre besondere Stärke zu sehen, zugleich stellt sie aber auch eine Begrenzung dar.

Diese konzeptionellen Überlegungen wurden von Beginn der Kommissionsarbeit an mit Fragen der Gerechtigkeit angesichts zunehmender sozialer Ungleichheit verknüpft. Die Sachverständigenkommission rückt deshalb immer wieder die gesundheitlichen Herausforderungen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Armuts- und sozial benachteiligenden Lebens- und Problemlagen in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Als

normativer Bezugspunkt fungiert dabei – im Anschluss an die gerade erwähnte Theorieperspektive – das Kriterium der Befähigungsgerechtigkeit.

Diese skizzierten Überlegungen, die in diesem Bericht ausführlich dargestellt und begründet werden, haben Konsequenzen für die Architektur des Berichtes. In seinem Aufbau orientiert er sich an dem folgenden roten Faden:

- Teil A zeigt einerseits die Herausforderungen auf, die für Kinder und Jugendliche in der Spätmoderne entstehen und fragt nach den gesundheitsrelevanten Folgen dieser gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Die für eine positive Lebensentwicklung erforderlichen Ressourcen werden thematisiert und die Frage nach der Chancengleichheit im Zugang zu diesen Ressourcen gestellt. Weiterhin werden die Grundkonzepte für die gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung vorgestellt, die von einer salutogenetischen Perspektiven ausgehen, die in weiteren Schritten mit Überlegungen zu Verwirklichungschancen und dem Konstrukt der Befähigungsgerechtigkeit verknüpft werden.
- Teil B gibt auf der Basis der verfügbaren Studien einen Überblick über die Gesundheitssituation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Leitend bei der Darstellung war dabei der Blickwinkel der Kinder- und Jugendhilfe. Dieser ist einerseits durch eine Lebensverlaufsperspektive bestimmt, die von der frühen Kindheit bis ins junge Erwachsenenalter fünf charakteristischen Altersabschnitten folgt. Die von der Sachverständigenkommission für jede dieser Altersstufen definierten gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen wurden um Erkenntnisse zu Gesundheit, Krankheiten und Behinderungen angereichert, die als besonders gesundheitsrelevant eingeschätzt werden und die aus der Sicht der Sachverständigenkommission absehbare Herausforderungen für die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe darstellen. Intendiert war also weniger ein grundlegender Report zur gesundheitlichen Lage von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland, sondern die Beschreibung einer Hintergrundfolie für die Fachdiskussion in der Kinder- und Jugendhilfe, die ihre Arbeit bereichern wird.
- Teil C bringt basale Informationen über die Struktur und das Aufgabenspektrum der Kinder- und Jugendhilfe und beleuchtet speziell die Schnittstellen zum Gesundheitssystem und zum System der Behindertenhilfe und Rehabilitation. Mit diesem Teil wird Basis für das erforderliche Kooperationswissen gelegt.
- Teil D orientiert sich auch an einer Lebensverlaufsperspektive und gibt einen differenzierten Überblick über die vorhandenen Angebote und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich der Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogenen Prävention. Der Versuch einer Zwischenbilanz rundet dieses Kapitel ab.
- Im Schlussteil E wird in Form von Empfehlungen und Forderungen dargestellt, was in der Fachpraxis der Kinder- und Jugendhilfe, in der Entwicklung neuer struktureller Arrangements im Kooperationsfeld von Kinder- und Jugendhilfe mit den anderen Partnern und auf der politischen Gestaltungsebene getan werden sollte, um die Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention von Heranwachsenden zu optimieren.

Der vorliegende Bericht musste im Vergleich zu den letzten Kinder- und Jugendberichten der Bundesregierung in ungewöhnlicher kurzer Zeit erstellt werden. Zugleich war das Thema breit angelegt; und über die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe in den Bereichen gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung lagen kaum empirische Daten vor, sodass viele weitere Recherchen erforderlich waren. Die geforderte Erweiterung des Blicks auf die Situation behinderter bzw. von Behinderung bedrohter Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener stellte eine weitere nicht zu vernachlässigende Herausforderung für die Sachverständigenkommission dar.

Bewältigt werden konnten die Herausforderungen, weil die Arbeit der Kommission in den 12 jeweils zweitägigen Sitzungen von einem kooperativen Klima geprägt war. Wenn man bedenkt, welch unterschiedliche fachliche Voraussetzungen die Kommissionsmitglieder mitbrachten, war die gute Arbeitsatmosphäre keinesfalls selbstverständlich. Die eigenständigen fachlichen Perspektiven aus der Sozialpädagogik/Sozialarbeit, der Medizin, der Soziologie, der Psychologie und der Public Health-Forschung wurden respektiert und konnten in den Bericht integriert werden. Auch die aus der praktischen Erfahrung und aus fachwissenschaftlichen Diskursen kommenden Beiträge konnten mit wechselseitigem Gewinn miteinander verbunden werden. Der außerordentlich gedrängte Zeitrahmen, der zur Erstellung dieses Berichtes zur Verfügung stand, verlangte von den ehrenamtlich tätigen Kommissionsmitglieder neben ihren sonstigen hauptberuflichen Tätigkeiten ein hohes Maß an Engagement. Dafür, für ihre kooperative Grundhaltung, für ihre fachlichen Impulse und für die menschlich sympathische Präsenz möchte ich allen Kommissionsmitgliedern ganz herzlich danken.

Die Komplexität der Aufgabenstellung dieses Kinder- und Jugendberichtes wäre ohne die Unterstützung vieler ausgewiesener Fachleute nicht zu bewältigen gewesen. Die Möglichkeit für spezielle Themenaspekte Expertisen vergeben zu können, ist 17 Mal genutzt worden. Es ist gelungen, 24 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler und ihre fachliche Kompetenz für ausführliche Stellungnahmen zu gewinnen. Auch hier ist ein besonderer Dank abzustatten, weil auch für die Erstellung dieser Beiträge sehr enge Zeitgrenzen gesetzt werden mussten. Trotzdem sind alle Stellungnahmen zeitgerecht eingetroffen. Die geplante Veröffentlichung dieser Expertisen wird zu einer wichtigen Quelle für die Kinder- und Jugendhilfe, aber auch für das Gesundheits- und das Behindertenhilfesystem werden.

Eine weitere wichtige Informationsquelle für die Kommission ergab sich aus Anhörungen von Sachverständigen. So wurde schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt der

Kommissionsarbeit die theoretische Grundlinie des Berichtes mit Fachleuten aus den Gesundheitswissenschaften diskutiert. Die fruchtbaren Anregungen dieses Fachgespräches waren für Basiskonzepte des Berichts besonders hilfreich. Zu einem zweiten Hearing der Gesamtkommission wurden Vertreterinnen und Vertreter der freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe zumThema: „Konzepte und Strategien zur Gesundheitsförderung, speziell in Bezug auf Familien mit Armuts- und/oder Migrationshintergrund“ eingeladen. Ein drittes Hearing richtete sich an wichtige Verbände aus dem Bereich des Behindertenhilfesystems. In diesem Hearing ging es vor allem um die Schnittstellen der unterschiedlichen Angebote des Behindertenhilfesystems zur Kinder- und Jugendhilfe, die gesellschaftliche Teilhabe junger Menschen mit Behinderung fördern bzw. behindern. Dieses sehr ertragreiche Hearing hat der Kommission wichtige Impulse für gezielte Empfehlungen zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung sowie zur Unterstützung ihrer Familien vermittelt. Diese wurden noch durch eine Delphi-Studie zur Lage der Gesundheitsförderung und –chancen für Kinder und Jugendliche mit Behinderung fundiert, die von einem Team an der Fakultät für Rehabilitationswissenschaften der TU Dortmund unter Leitung von Frau Prof. Dr. Elisabeth Wacker durchgeführt wurde.

Neben den Hearings der Gesamtkommission gab es weitere ausführliche Fachgespräche des Kommissionsvorsitzenden und Mitgliedern der DJI-Arbeitsgruppe zum Ansatz der Salutogenese. mit Vertreterinnen des *Nationalen Zentrums Frühe Hilfen*, mit Fachleuten für den Migrationsbereich, *Early-Excellence-Projekten* und der Begleitgruppe des *Bundesmodellprogramms Mehrgenerationenhäuser.*

Zu den Aufgaben des Deutschen Jugendinstituts gehört die Geschäftsführung der Kinder- und Jugendberichte. Bei diesem Bericht hatte die zugeordnete DJI-Arbeitsgruppe eine ganz besondere Funktion. Wegen des knappen Zeitfensters für die Erstellung des Berichtes wurden vom BMFSFJ Mittel bereitgestellt, um die Berichtserstellung durch fachlich versierte Mitarbeiterinnen aktiv zu unterstützen. Das haben Frau Dr. Tina Gadow, Frau Angela Keller und Frau Sonja Peyk in hervorragender Weise getan. Sie wurden zu Mitarbeiterinnen in einem hocheffizienten Team, zu dem auch Frau Gisela Dittrich und Herrn Dr. Ekkehard Sander aus dem DJI gehörten. In enger Abstimmung mit einzelnen Kommissionsmitgliedern konnte so ein System gelingender Koproduktion entstehen. Zum Gelingen des ganzen Unternehmens trug auch als kompetente Sachbearbeiterin Frau Susanne Schmidt-Tesch erheblich bei.

Von unschätzbarem Wert waren für mich aber noch zwei Personen aus dem DJI, ohne die dieser Bericht nicht hätte entstehen können. Frau Dr. Hanna Permien hatte die Geschäftsführung des Berichtes und sie hat diese Aufgabe mit enormen persönlichem und fachlichem Engagement erfüllt. Sie hat nie den Gesamtüberblick verloren und sie hat durch ihren entschlossenen und einfühlsamen persönlichen Stil den Entstehungsprozess begleitet und gesteuert. Ihr und dem gesamten DJI-Team gilt mein ganz besonderer Dank. Und schließlich ist der für mich wichtigste Partner beim Zustandekommen dieses Berichtes zu nennen: Dr. Christian Lüders. Als Leiter der Abteilung Jugend und Jugendhilfe am Deutschen Jugendinstitut hatte er seitens des DJI die fachliche Zuständigkeit für diesen Bericht. Als kooptiertes Mitglied der Kommission konnte er in den Bericht seine enorme Fachkompetenz und seine Erfahrung mit der Erstellung von Kinder- und Jugendberichten voll einbringen. Gerade in den Zeiten, in denen Zweifel aufkamen, ob das ferne Ziel der zeitgerechten Berichtsverfertigung erreichbar sein würde, waren die Energie, der Ideenreichtum, der Pragmatismus, aber auch die – manchmal grenzüberschreitende – Arbeitskraft von Herrn Dr. Lüders eine unschätzbare Ressource. Mit ihm und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im DJI diese 15 Monate in enger Kooperation gestanden zu haben, war für mich eine persönlich und fachlich bereichernde Erfahrung. Dafür sei ihm ganz persönlich gedankt.

In meinem eigenen Arbeitsumfeld konnte ich mir auf der Basis der Ressourcen zur Erstellung dieses Berichtes wichtige Unterstützung sichern: Frau Dr. Renate Höfer (Institut für Praxisforschung und Projektberatung) hat wichtige Zuarbeit zum salutogenetischen Fundament des Berichtes geleistet. Eine besondere fachliche Achtsamkeit für die Gesundheitsförderung von Heranwachsenden und ihren Familien mit Migrationshintergrund und für das Thema Traumasensibilität hat Frau Dr. Angela Kühner (Department Psychologie, Universität München) mit ihrer Zuarbeit eingebracht. Schließlich hat Frau Dipl.-Psych. Monika Kleeblatt (Department Psychologie, Universität München) durch intensive Recherche- und Dokumentationsarbeit meine Arbeit sehr erleichtert. Auch diesen Kolleginnen und Mitarbeiterinnen möchte ich ganz herzlich danken.

Last but not least ist auch für die vielfältige Unterstützung aus dem BMFSFJ Dank zu sagen. Herr Dr. Sven-Olaf Obst hat mit seinen Mitarbeiterinnen Frau Beate Hoves, Frau Friederike Kirner und Frau Judith Veltmann nicht nur die Brücke zum politischen Feld gesichert, sondern kontinuierlich die Arbeit begleitet und ermutigt.

München, im Dezember 2008

Prof. Dr. Heiner Keupp

Zusammenfassung

Bewegungsarmut, Fettleibigkeit, Magersucht und problematisches Ernährungsverhalten bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind Phänomene, die in der jüngeren Vergangenheit in Öffentlichkeit und Politik bis zur europäischen Ebene hinauf diskutiert wurden – ebenso wie exzessiver Alkoholkonsum von Jugendlichen und Gewalttätigkeit. Mit großer Sorge beobachtet wurden auch vereinzelte Fälle von massiver Kindesmisshandlung und -vernachlässigung sowie der Anstieg psychosozialer Auffälligkeiten im Jugendalter. Alle diese Problemanzeigen lösten vielfältige Aktivitäten in Politik und Praxis aus: von der Gesetzgebung über die Durchführung bundesweiter und lokaler Aktionspläne und Kampagnen bis hin zu ungezählten Präventionsprojekten, Informationsveranstaltungen und Aufklärungsbemühungen vor Ort.

Neben diesem sorgenvollen Blick auf die aktuellen gesundheitlichen Probleme von Heranwachsenden gewinnt das Thema Gesundheitsförderung noch aus einem zweiten Grund zunehmend an Bedeutung: Denn – vergleichbar etwa mit dem Bereich Bildung – setzt sich auch im Gesundheitsbereich in den letzten Jahren die Einsicht durch, dass wichtige Weichen vergleichsweise früh in der Biografie gestellt werden. Entsprechend wächst das Interesse daran, möglichst früh und möglichst alle Mädchen und Jungen zu einer sich selbst wie auch anderen gegenüber achtsamen Lebensweise zu befähigen. Die wirtschaftliche Notwendigkeit, später drohende Kosten im Gesundheitssystem möglichst frühzeitig zu vermeiden, ist für diese wachsende Aufmerksamkeit ebenso verantwortlich wie der schon länger andauernde gesellschaftliche und sozialstaatliche Wandel: Dieser verlangt immer mehr, dass jede und jeder Einzelne aktive Verantwortung für sich selbst übernimmt, also auch für die gesundheitliche Vorsorge und das eigene Wohlbefinden.

Gesundheit und Wohlbefinden von Heranwachsenden hängen in hohem Maße mit ihren gesellschaftlichen Chancen zusammen. Ungleiche Lebensbedingungen beeinflussen die körperliche, psychische und soziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Alle verfügbaren Daten zeigen auf, dass soziale Benachteiligung und Armut – besonders, wenn sie Heranwachsende mit Migrationshintergrund betrifft – in hohem Maße mit gesundheitlichen Belastungen verbunden sind. Diese Tatsache beschäftigt die einschlägigen Fachdebatten schon seit langem, ist aber bislang noch nicht ins Zentrum der öffentlichen und politischen Aufmerksamkeit gerückt.

Der vorliegende 13. Kinder- und Jugendbericht knüpft unmittelbar an diese Entwicklungen und Debatten an. Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gemäß § 84 Sozialgesetzbuch VIII und dem Berichtsauftrag stehen im Mittelpunkt dieses Berichts die Bestrebungen und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in den Bereichen gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung.

Dieser Themenzuschnitt des 13. Kinder- und Jugendberichts spiegelt insofern eine Veränderung wider, als Gesundheit und Wohlbefinden von Heranwachsenden nicht mehr vorrangig oder gar allein in der Zuständigkeit des Gesundheitssystems gesehen werden. Gerade wenn es um die Förderung von gesundem Aufwachsen geht, reicht die vorherrschende Ausrichtung des Gesundheitssystems auf die Verhütung und Behandlung von Krankheiten nicht aus. Zunehmende Bedeutung erlangen deshalb andere öffentliche Angebote, die das Aufwachsen begleiten, wie das Bildungssystem und die Kinder- und Jugendhilfe. Der Kinder- und Jugendhilfe steht nun vor der Frage, was sie zur Verhinderung gesundheitlicher Belastungen und zur Förderung von Gesundheit im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter mit ihren Mitteln beitragen kann. Die Schule hat sich in den letzten Jahren bereits in Ansätzen dieser Frage gestellt; dort haben Angebote wie Gesundheitstage und -projekte deutlich zugenommen.

Diese Anfrage an die Kinder- und Jugendhilfe ist zunächst geradezu naheliegend. Laut Gesetz ist es ihr Anspruch, alle Heranwachsenden in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden, Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen und dazu beizutragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien zu erhalten bzw. zu schaffen (§ 1 SGB VIII). Diesen Anspruch zu erfüllen ist gar nicht vorstellbar, ohne dass Gesundheit im Sinne von sozialem, seelischem und körperlichem Wohlbefinden mitbedacht wird. Kinder- und Jugendhilfe hat also schon immer im Rahmen ihrer fachlichen Möglichkeiten mit der Förderung von Gesundheit zu tun – und in vielen Fällen auch mit gesundheitlichen Belastungen unterschiedlicher Artikel Dies gilt vor allem für den Bereich der Hilfen zur Erziehung sowie für die verschiedenen Schnittstellen, von denen eine, die Schnittstelle zur Behindertenhilfe und Rehabilitation, für den vorliegenden Bericht besonders an Bedeutung gewann.

Ausgangspunkt war dabei der Anspruch der Kinder- und Jugendhilfe, *alle* Heranwachsenden in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern. Somit hatte der Bericht sich auch mit der Gruppe der jungen Menschen mit Behinderung zu befassen. Diese Gruppe von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen war in den bisherigen Kinder- und Jugendberichten der Bundesregierung weitgehend vernachlässigt worden.

Im Anschluss an die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung, aber auch an das SGB IX hat die Kommission sich bemüht, dieser Aufgabe durch das konsequente Einnehmen einer inklusiven Perspektive gerecht zu werden. Die Kommission geht davon aus, dass Heranwachsende mit drohenden oder bereits manifesten Behinderungen das gleiche Recht und das gleiche Bedürfnis haben, die für ihr soziales, psychisches und physisches Wohlbefinden bestmögliche Förderung zu erfahren, wie Kinder und Jugendliche ohne Behinderungen.

Als eine ernsthafte Herausforderung erwies sich die Beantwortung der Fragen, die mit den beiden Begriffen „Gesundheitsförderung“ und „gesundheitsbezogene Prävention“ in der Kinder und Jugendhilfe unweigerlich verknüpft sind: Was bedeutet diese Aufgabe in Bezug auf die Angebote der Kinder- und Jugendhilfe? Was genau vermag die Kinder- und Jugendhilfe zu leisten? Wie sind ihre

Aufgaben im Verhältnis zum Gesundheitssystem, zur Eingliederungshilfe und zur Rehabilitation sowie zu den anderen für Kinder und Jugendliche zuständigen Institutionen, vor allem der Schule, zu sehen? Eine besondere Herausforderung waren diese Fragen aus drei Gründen:

- *Erstens* muss die Antwort angesichts der Vielfalt der Praxisfelder in der Kinder- und Jugendhilfe jeweils anders ausfallen. Gesundheitsförderung in den Einrichtungen der Kindertagesbetreuung bedeutet etwas anderes als z. B. im Bereich mobiler Straßensozialarbeit oder in der Heimerziehung. Es kann also nicht *die* eine Antwort geben, sondern nur praxisfeldbezogen unterschiedliche Antworten.

- *Zweitens* zeigte die Arbeit an dem vorliegenden Bericht, dass in der Kinder- und Jugendhilfe gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung zwar an vielen Stellen mittlerweile auf der Tagesordnung stehen – aber: Deutlich wurde auch, dass mit diesen beiden Begriffen und den damit jeweils verbundenen Herausforderungen für die Fachpraxis sehr unterschiedliche Konzepte verbunden werden. Hier gibt es Klärungsbedarf. Von einem erkennbaren Konsens und einem weithin anerkannten Selbstverständnis, was gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe bedeuten, ist die Fachdiskussion noch ein gutes Stück entfernt. Überraschend ist das insofern nicht, als auch außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe seit Langem intensive Diskussionen darüber geführt werden, was jeweils unter Gesundheit und Krankheit zu verstehen ist.

- *Drittens* schließlich machen die kurzen Hinweise zu Beginn deutlich, dass das Verhältnis des Gesundheitssystems zu den anderen gesellschaftlichen Teilsystemen, also auch der Kinder- und Jugendhilfe, in den letzten Jahren in Bewegung gekommen ist. Abgeschlossen ist diese Entwicklung noch nicht. Die Debatten um die Zukunft der Krankenkassen, um medizinische Wahlleistungen, individuelle Gesundheitsleistungen bzw. so genannte Selbstbehalte, die Diskussion um das so genannte Präventionsgesetz u. a. m. deuten darauf hin, dass auch in absehbarer Zeit die Frage, wer welche gesundheitsförderlichen Leistungen erbringt bzw. erbringen kann, aktuell bleiben wird. Die Frage nach den Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung enthält damit unvermeidlich auch einen auf Zukunft bezogenen Aspekt. Es geht, mit anderen Worten, auch um die bislang offene Frage: Wie könnten gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter als gemeinsame Aufgabe von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem künftig aussehen? Sollten sie gar zum Aufgabenbereich einer integrierten Gesamtpolitik entwickelt werden?

Nicht auf alle diese Fragen kann der vorliegende 13. Kinder- und Jugendbericht Antworten liefern. Er verfolgt vielmehr drei Ziele:

- Wichtige Grundlagen für die anstehenden Diskussionen zu schaffen,

- Eine aktuelle Zwischenbilanz zu ziehen, soweit dies möglich war,

- In Form von Leitlinien Perspektiven für die zukünftigen Entwicklungen zu formulieren und in Form von Empfehlungen nächste Schritte aufzuzeigen, die aus der Sicht der Sachverständigenkommission dringend notwendig sind.

Der Bericht gliedert sich in fünf Teile, die mit den Buchstaben A bis E markiert sind. Er wird ergänzt durch 17 Expertisen, die von der Sachverständigenkommission in Auftrag gegeben worden sind und im Sommer 2009 publiziert werden.

Zu Teil A (Kapitel 1 bis 3): Konzeptionelle Grundlagen

Wie bereits angedeutet, war für die Sachverständigenkommission schnell klar, dass es einen erheblichen konzeptionellen Klärungsbedarf hinsichtlich der zentralen Begriffe gab. Entsprechend des Berichtsauftrages werden im Teil A die beiden leitenden Konzepte *gesundheitsbezogene Prävention* und *Gesundheitsförderung* eingeführt und ihre konzeptionellen und normativen Hintergründe erläutert. Als zentral herausgestellt werden dabei zunächst die Konzepte von *Gesundheit* im Sinne der *WHO-Charta*, wie *Salutogenese*, *Lebenskohärenz*, *Resilienz*, *Befähigung* und weiter *Kompetenzorientierung*, *Empowerment* und *Beteiligung* als praktische Strategien zur Umsetzung dieser Konzepte. Diese werden in Beziehung gesetzt zu dem vor allem in der Medizin vertrauten Verständnis von *Risiko- und Schutzfaktoren*.

Gesundheit wird dabei nicht als das Gegenteil oder die Abwesenheit von Krankheit verstanden, sondern als ständige Bewegung auf einem Kontinuum zwischen den zwei Polen Gesundheit und Krankheit. Das heißt: Jeder Mensch bewegt sich zwischen diesen beiden Polen und ist immer nur relativ gesund bzw. relativ krank. Entscheidend ist dabei der Blickwinkel. Während mit guten Gründen sowohl in der Medizin als auch im Alltag große Anstrengungen zur Vermeidung oder Minderung von gesundheitlichen Belastungen bzw. Krankheiten unternommen werden, wird diese Perspektive im vorliegenden Bericht um die so genannte *salutogenetische Frage* erweitert: Warum bleiben Menschen trotz vieler potenziell gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund bzw. werden wieder gesund? Und: Welche Bedingungen und Ressourcen sind dafür verantwortlich? Aus der Sicht der Sachverständigenkommission bezeichnen deshalb *gesundheitsbezogene Prävention* und *Gesundheitsförderung* zwei unterschiedliche Formen des Umgangs mit gesundheitlichen Belastungen bzw. mit Krankheit und Gesundheit. Zugleich ergänzen sich die beiden Perspektiven auch, sodass sie erst im Zusammenspiel ihre Wirkung entfalten können. Wichtig ist diese Einsicht, da sie auch einen Ansatzpunkt für die Bestimmung des Verhältnisses von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem enthält: Zwar verfügt die Kinder- und Jugendhilfe auch über

begrenzte Handlungsmöglichkeiten zur Verhinderung von gesundheitlichen Belastungen und Krankheiten; ihre Stärke liegt jedoch eindeutig im Bereich der Gesundheitsförderung. Dort hat sie – aus der Sicht der Sachverständigenkommission – ihre Potenziale noch gar nicht richtig erkannt, geschweige denn offensiv genutzt.

Im Durchgang durch die verschiedenen Gesundheitskonzepte wird auch sichtbar, dass sie über einen gemeinsamen Nenner verfügen: In ihrem Mittelpunkt steht ein möglichst selbstbestimmt entscheidendes, handlungsfähiges eigenverantwortliches Subjekt, das spezifische Ressourcen benötigt. Zu diesen gehören das Gefühl der Selbstwirksamkeit und der Sinnhaftigkeit des eigenen Handelns, die Erfahrung, mit sich selbst identisch zu sein, sowie soziale Anerkennung und kulturelle Einbettung. Wichtig sind diese Fähigkeiten, um in Belastungssituationen Stress und Krisen zu bewältigen, und um so die eigene Gesundheit zu erhalten oder wiederzugewinnen. In diesem Verständnis ist es die Aufgabe von Institutionen, Heranwachsende bei der Entwicklung dieser Ressourcen zu fördern. Entscheidend dafür ist auch die Schaffung von Strukturen, die Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene ermutigen, stärken und befähigen in der Wahrnehmung ihrer Rechte – und ihnen zu mehr Handlungsfähigkeit im Sinne der selbstbestimmten Nutzung ihrer Ressourcen verhelfen.

Doch hier liegt ein Problem: Alle Daten zeigen, dass die Verfügbarkeit derartiger Ressourcen ungleich verteilt ist. Damit sind die Chancen für eine gute Entwicklung von Lebensbeginn an verschieden. So erschweren ein benachteiligender sozio-ökonomischer Status und je nach Kontext auch Geschlechtszugehörigkeit und Migrationshintergrund den Zugang zu Erfahrungen von Selbstwirksamkeit. Vor diesem Hintergrund rückt die Sachverständigenkommission das Kriterium der Befähigungsgerechtigkeit als Maßstab für politisches, institutionelles und professionelles Handeln in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Denn es geht darum, alle Heranwachsenden zu befähigen, „selbst Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie darum, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen“, wie dies die *Ottawa Charta* treffend formuliert.

Weil es Befähigungsgerechtigkeit nicht geben kann, ohne dass die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gesichert ist, stellt die Sachverständigenkommission der Befähigungsperspektive die Notwendigkeit gesellschaftlicher *Inklusion* und *Beteiligung* zur Seite. Inklusion und Beteiligung werden dabei als Herausforderung, Verpflichtung und Aufgabe einer sozialen Gemeinschaft verstanden, alle Menschen in vergleichbarer Weise von Geburt an bis ins Alter am Leben in allen gesellschaftlichen Bereichen aktiv zu beteiligen und nicht Sonderbezirke oder so genannte Schonbereiche für bestimmte Gruppen von Menschen (z. B. Menschen mit Behinderung, aus anderen Ländern Zugewanderte, sozial Benachteiligte etc.) zu schaffen. Dies wird als ein wesentliches Merkmal einer demokratischen, solidarischen und freiheitlichen Gesellschaftsordnung begriffen.

Die Sachverständigenkommission erhofft sich, mit Teil A nicht nur eine konzeptionelle Sortierung, Klärung der Prämissen und Einführung in das Denken von *gesundheitsbezogener Prävention* und *Gesundheitsförderung* als Grundlage für den Bericht selbst geschaffen zu haben, sondern auch einen fachlichen Impuls für die Weiterentwicklung der Fachpraxis.

Zu Teil B (Kapitel 4 bis 9): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Der *Teil B* des Berichts gibt einen Überblick über die wichtigsten Daten zur gesundheitlichen Situation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die Sachverständigenkommission war sich dabei von Beginn an einig, dass es nicht darum gehen kann, einen vollständigen Bericht zur gesundheitlichen Lage dieser Altersgruppen in Deutschland vorzulegen. Dies bleibt Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung. Doch kann man sich über Aufgaben der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe nur dann angemessen verständigen, wenn wenigstens in groben Zügen bekannt ist, wie es um die gesundheitliche Situation der Adressatinnen und Adressaten der Kinder- und Jugendhilfe aktuell bestellt ist. Die Sachverständigenkommission versuchte den damit angedeuteten Balanceakt durch zwei Vorentscheidungen zu bewältigen. Zum einen erfolgt die Darstellung *entlang des Lebenslaufes* und sie wurde in *fünf Altersgruppen* unterteilt. Zum anderen sollten vorrangig nur diejenigen Daten zur gesundheitlichen Lage von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland aufbereitet werden, bei denen mit guten Gründen davon ausgegangen werden konnte, dass die damit beschriebenen Herausforderungen auch die Kinder- und Jugendpraxis betreffen. Um den Blick entsprechend zu fokussieren, hat die Sachverständigenkommission deshalb versucht, die für die gesundheitliche Förderung in der jeweiligen Altersgruppe zentralen gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen zu benennen. Dabei wurden für die fünf Altersgruppen folgende Themen besonders herausgestellt:

- Für Kinder unter 3 Jahren: Bindung und Autonomie.
- Für Kinder von 3 bis 6 Jahren: Sprechen, Bewegen und Achtsamkeit.
- Für Kinder von 6 bis 12 Jahren: Aneignen und Gestalten, Beziehungen eingehen und sich bewähren.
- Für Jugendliche von 12 bis 18 Jahren: Körper spüren, Grenzen suchen, Identität finden.
- Für junge Erwachsene von 18 bis 27 Jahren: Sich entscheiden, Intimität leben, Verantwortung übernehmen.

Jedes dieser Entwicklungsthemen beinhaltet sowohl gesundheitliche Risiken als auch gesundheitsfördernde Chancen. Entscheidend ist, diese in der pädagogischen Praxis zu erkennen und die Chancen gezielt zu fördern.

Das Ziel dieser Darstellung ist, neben einigen wichtigen Grundinformationen für jede Altersgruppe, die jeweiligen Risiken und Ressourcen bzw. Schutzfaktoren zu benennen, soweit dafür das entsprechende Wissen verfügbar ist.

Es ist der Sachverständigenkommission wichtig, darauf hinzuweisen, dass sie an dieser Stelle an ihre Grenzen kam. Die Beschreibung der Risiken nimmt in Teil B deutlich mehr Raum ein, als es der Kommission lieb war. Verantwortlich dafür ist der verfügbare Forschungsstand: Medizin und Gesundheitsforschung wissen bisher überproportional mehr und Konkreteres über Krankheitsverläufe, -ursachen und Ansätze der Prävention als über gesundheitsfördernde, salutogenetische Bedingungen und Ressourcen.

Die Daten zeichnen ein komplexes Bild. Zu betonen ist aber: Anders als öffentlichkeits- und medienwirksame Schlagzeilen suggerieren, ist der Großteil der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen gesund – und wächst unter gesundheitsförderlichen sozialen Rahmenbedingungen auf. Das gilt auch für Neugeborene und Kleinkinder, die aufgrund dramatischer Einzelfälle als besonders gefährdet gelten. Und im Blick auf Gesamtdeutschland zeigen die Daten: Fast 20 Jahre nach der Wiedervereinigung gibt es keine gravierenden Unterschiede im gesundheitsbezogenen Aufwachsen zwischen Heranwachsenden in Ost und West.

Trotz dieser insgesamt positiven Bilanz gibt es indes bei etwa 20 Prozent der Heranwachsenden in Deutschland gesundheitliche Auffälligkeiten, wobei diese Belastungen nicht selten kumulativ auftreten. Zusammengefasst unter dem Schlagwort der „neuen Morbidität“, ist in den letzten Jahrzehnten eine Verschiebung des Krankheitsspektrums bei Kindern und Jugendlichen zu beobachten, und zwar von (a) akuten zu überwiegend chronisch-körperlichen Erkrankungen und (b) von somatischen zu psychischen Auffälligkeiten. Diese Verschiebung im Krankheitsspektrum wird nachhaltig durch die aktuellen Daten des *Kinder- und Jugendgesundheitssurveys* (KiGGS) des *Robert-Koch-Instituts* untermauert.

Die Daten zeigen aber zugleich auch die Chancen, die mit den gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen für die verschiedenen Altersstufen verbunden sind. Werden diese Chancen genutzt, stellen sie wichtige Ressourcen für die eigene Gesundheit dar. Gelingt die erfolgreiche Umsetzung der Themen nicht, erwachsen daraus Risiken. Diese können vor allem bei mehrfacher Belastung – wie etwa bei Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status und/oder mit Migrationshintergrund – zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen, die sich zum Teil erst im späteren Lebensverlauf zeigen. So können Belastungen im Säuglings- und Kleinkindalter eine sichere Bindung des Kindes zu seinen Hauptbezugspersonen verhindern und später im Kindergarten- und Vorschulalter zu Entwicklungsauffälligkeiten in den Bereichen Sprache, Ernährung, Bewegung und Verhalten führen. Im Grundschulalter nehmen Verhaltensauffälligkeiten wie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), chronisch-somatische Erkrankungen (z. B. Asthma bronchiale) und stressbedingte Belastungsreaktionen deutlich zu. Derartige Beeinträchtigungen können sich im Entwicklungsverlauf zu manifesten Störungen entwickeln. Diesen negativen Lebensverlaufperspektiven gilt es durch entsprechend frühzeitige Prävention zu begegnen.

Im Jugend- und jungen Erwachsenenalter sind die wichtigsten gesundheitlichen Beeinträchtigungen Übergewicht und Adipositas, Essstörungen (Anorexie und Bulimie), depressive Erkrankungen (bis hin zu Suizidalität) sowie psychosoziale Auffälligkeiten und Missbrauch bzw. Abhängigkeit von Alkohol und Drogen. Alle genannten gesundheitlichen Beeinträchtigungen wirken häufig langfristig (z. B. bei Adipositas in Form von Gelenkerkrankungen oder Diabetes-Typ 2 oder der Steigerung des Depressionsrisikos im Erwachsenenalter). Hier sind aus gesundheitsökonomischer Perspektive erhebliche Kostenwirkungen für die Sozial- und Gesundheitskassen zu erwarten.

Sind also erfreulicherweise die meisten Kinder und Jugendlichen in Deutschland gesund, so kippt dieses positive Bild, wenn man Kinder und Jugendliche aus benachteiligenden Lebenslagen ansieht. Hier zeigen sich zum Teil erhebliche Belastungen. Betrachtet man die Altersgruppen im Vergleich etwas näher, zeigt sich: Besondere Herausforderungen bestehen im Schul- und Jugendalter. Mit dem Schuleintritt steigen die gesundheitlichen Belastungen im Durchschnitt allgemein erkennbar an. Besonders ausgeprägt ist dies jedoch, geschlechtsspezifisch differenziert, bei Mädchen und vor allem bei Jungen aus sozial benachteiligenden Lebensverhältnissen und mit Migrationshintergrund. Die Daten zeigen auch, dass in einigen Bereichen wie Bewegung, Ernährung und psychosoziale Entwicklung mit deutlich höheren gesundheitlichen Belastungen zu rechnen ist, wenn diese Jugendlichen erwachsen sind.

Zugleich machen die verfügbaren Daten deutlich: Gezielte Angebote sowie entsprechende sozio-ökonomische Voraussetzungen erweisen sich als wichtige Schutzfaktoren. Diese erleichtern die erfolgreiche Umsetzung der gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen, was wichtige gesundheitsfördernde Effekte hat.

Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung sind auch Bereiche, die Einfluss auf die Lebensqualität von Heranwachsenden mit Behinderungen nehmen können. Zwar können geeignete Maßnahmen in diesem Bereich manifeste Behinderungen nicht rückgängig machen, aber zu einem Rückgang von zusätzlich bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen – etwa von aggressivem Verhalten gegenüber Außenstehenden oder gegen sich selbst. Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe muss demnach zweierlei leisten. Sie muss alle Altersstufen einbeziehen – und für alle Heranwachsenden mit und ohne Behinderungen gelten.

Zu Teil C (Kapitel 10 bis 14): Schnittstellen – Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitssystem sowie Eingliederungshilfe und Rehabilitation

Im Zentrum des Berichtes stehen die Bestrebungen und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung. Schon angedeutet wurde, dass die Kinder- und Jugendhilfe in diesem Bereich als ein Akteur neben anderen zu begreifen ist und dass erfolgreiche Gesundheitsförde-

rung im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter nur kooperativ erbracht werden kann. Vor diesem Hintergrund kommt dem Wissen über die anderen beteiligten Akteure, dem so genannten Kooperationswissen, eine zentrale strategische Rolle zu. Man kann nur zielführend kooperieren, wenn man den Partner und seine Möglichkeiten und Grenzen kennt und das eigene Vorgehen entsprechend darauf abstimmt. Um ein Beispiel zu nennen: Wenn die Kinder- und Jugendhilfe mit niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten kooperieren will, muss sie wissen, wie diese finanziert werden und innerhalb des Systems der Abrechnung von Arztleistungen entsprechende Lösungen suchen. Bewusst wurde deshalb vor dem Kapitel über die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe der vergleichsweise kurze *Teil C* eingeschoben. In ihm werden die drei gesellschaftlichen Teilsysteme Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitssystem und Eingliederungshilfe/Rehabilitation wenigstens in ihren wesentlichen Zügen dargestellt. Dies ersetzt keine gründliche Befassung mit den drei Teilsystemen, zielt aber darauf ab, die für die Kooperation zwischen den beteiligten Systemen wichtigsten allgemeinen Informationen kurz zusammen zu stellen. So wird auch wenigstens ansatzweise verständlich, warum es trotz guten Willens aller Beteiligten vor Ort immer wieder zu Problemen bei der Kooperation an den Schnittstellen kommt.

Zu Teil D (Kapitel 15 bis 20): Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe

Der *Teil D* stellt, im Sinne des gesetzlichen Auftrages, den Kern des Berichts dar. Er widmet sich der Bilanzierung der Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung, also den auf Gesundheit bezogenen Angeboten in der Praxis und der darauf bezogenen Fachdiskussion.

Die Arbeit an diesem Teil erwies sich als sehr aufwändig. Denn obwohl gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung immer wieder Thema in der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe sind, gibt es bis heute weder eine breite und differenzierte Fachdiskussion dazu, noch entsprechende Überblicksdarstellungen. Die vorliegende Literatur konzentriert sich auf ausgewählte Bereiche. Der Schwerpunkt liegt dabei deutlich auf der Kindertagesbetreuung; zu einer ganzen Reihe von Handlungsfeldern fehlt Literatur dagegen gänzlich. Sie ist zudem weitgehend exemplarisch, d. h. es werden einzelne mehr oder weniger vorbildhafte Projekte oder Ansätze vorgestellt. Bis auf wenige Ausnahmen fehlen dagegen verlässliche Daten zur Verbreitung einzelner Konzepte. Die Sachverständigenkommission hat mit den ihr zur Verfügung stehenden Mitteln (Expertisen, Hearings, Fachgesprächen, eigenen Recherchen u. a.) unter den gegebenen Bedingungen das Feld soweit wie möglich ausgeleuchtet. Sie hofft, damit einen Anstoß dafür zu geben, dass gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung künftig mehr Aufmerksamkeit in der Fachpraxis und -diskussion der Kinder- und Jugendhilfe und ihren Schnittstellen zuteil wird.

Die erkennbar höchste fachliche Aufmerksamkeit genießt Gesundheit im Sinne von sozialem, seelischem und körperlichem Wohlbefinden von Kindern in den Angeboten für junge Familien und in den Einrichtungen der Kindertagesbetreuung. Vor allem im Bereich der Familienbildung gibt es eine lange Tradition der Vermittlung gesundheitsrelevanten Wissens für Eltern von Kleinkindern. Allerdings besteht Bedarf an Konzepten und Strategien, bildungsferne und Familien aus sozial benachteiligenden Lebenslagen besser zu erreichen. Dies gilt insbesondere für Familien mit Migrationshintergrund.

Die wohl wichtigsten Impulse für die Thematik gingen in jüngerer Zeit von der bundesweit geführten Diskussion um die so genannten frühen Hilfen aus, also den Angeboten zur Unterstützung junger Eltern, v. a. in belastenden Lebenslagen und zur Vermeidung von Kindeswohlgefährdung. Dabei war von Beginn an Konsens, dass diese Aufgabe nur gemeinsam und systemübergreifend zu lösen ist. Dies führte dazu, dass in der Debatte um die frühen Hilfen in nuce alle Themen diskutiert wurden, die auch im Mittelpunkt des 13. Kinder- und Jugendberichts stehen, vor allem auch Fragen der Zusammenarbeit und der Zuständigkeiten von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem.

Der Bericht widmet vor diesem Hintergrund einen längeren Abschnitt dem gesamten Bereich der frühen Förderung für Familien mit Kindern unter drei Jahren. Anhand der drei Aufgabenbereiche *Förderung*, *Hilfe* und *Schutz* werden die aktuelle Diskussion eingeordnet und Herausforderungen benannt. Neben den Datenschutzfragen, die derzeit eine gesetzliche (Neu)Regelung erfahren, beziehen sich diese Herausforderungen aus der Sicht der Kommission vor allem auf die nach wie vor bestehenden Unklarheiten und mangelnden Kenntnisse in Bezug auf die Aufgaben- und Kompetenzbereiche der an der notwendigen Kooperation beteiligten Institutionen und Fachdisziplinen. Nicht immer ist klar definiert: Welche sind die eigenen Zuständigkeiten? Was leisten andere Akteure? Wo liegen die jeweiligen Grenzen? Was kann nur gemeinsam erbracht werden? Als unzureichend müssen außerdem die zur Verfügung stehenden Ressourcen für eine Vernetzung bezeichnet werden.

Ein wichtiges Thema der Eltern- und Familienbildung ist der Zusammenhang von früher Förderung und Bindung, der von der elterlichen Feinfühligkeit und der Förderung gelingender Eltern-Kind-Beziehungen abhängt. Sie bilden das Fundament für die Entwicklung wichtiger Kompetenzen von Kindern und bestimmen, wie später im Leben mit Belastungen und Stress umgegangen wird.

Schließlich bedarf es der Regelung, in welchen Kooperationsformen dringend benötigte Angebote früher Förderung von gerade volljährigen jungen Eltern in belastenden Situationen erbracht werden können, die über die medizinische Versorgung hinausgehen.

Im Bereich der Kindertagesstätten wurden in den letzten Jahren in allen Bundesländern Bildungspläne mit Schwerpunkt auf den Elementarbereich (3- bis 6-Jährige) entwickelt, die verschiedene Bildungsbereiche auswei-

sen. In allen 16 Bildungsplänen gibt es Bildungsbereiche, die sich mit dem Thema Gesundheit beschäftigen. Die meisten Bildungspläne greifen die Themen Bewegung, Gesundheit und Ernährung auf. Nur ein Bundesland verfügte zum Erhebungszeitpunkt neben dem Bildungsbereich Bewegung über keinen weiteren gesundheitsrelevanten Bereich. Daneben gehören Hygiene und Früherkennung zu den klassischen Themen, auf die in fast allen Bildungsplänen eingegangen wird. Zur sozialen Kompetenz gibt es in elf Bildungsplänen einen eigenen Abschnitt oder einen Bildungsbereich, der neben dem Gesundheitsbereich steht. Eine Verzahnung der Bereiche findet allerdings nicht unbedingt statt.

Die Bildungspläne enthalten zudem häufig gesundheitsrelevante Themen, die nicht unter dem Oberbegriff „Gesundheit“ erfasst wurden – dazu zählen zum Beispiel Resilienz oder Partizipation. Daneben werden in den Plänen noch weitere implizit gesundheitsfördernde und/oder störungspräventiv wirkende Bildungsthemen genannt, darunter geschlechtersensible Erziehung, Sprache, Beteiligung der Eltern und andere. Es trägt indirekt zur Gesundheit bei, wenn das Kind sich als selbstwirksam erfahren kann, Möglichkeiten der Beteiligung hat und eine angemessene Sprachkompetenz erwirbt. Das Thema Bindung wird in den Bildungsplänen der Länder nicht immer aufgegriffen und nur zum Teil ausführlich behandelt. Die erkennbaren Unterschiede in Art und Inhalt der Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in der Praxis ergeben sich aber nicht nur durch die jeweiligen Bildungspläne, sondern auch durch die verschiedenen Trägerschaften der Einrichtungen, die Arbeitsbedingungen des Personals sowie durch die Sozialräume, in welche die Einrichtungen jeweils eingebettet sind.

Die Qualitätsstandards und Bildungsbereiche für die Kindertagespflege (Tagesmütter) sind nicht in den Bildungsplänen der Länder festgeschrieben. Für dieses Angebot muss das Thema Gesundheit erst noch in die Bildungsbausteine der grundlegenden Fortbildung aufgenommen sowie eine Einigung über einen angemessenen Umfang dieser Fortbildung erzielt werden. Ein weiterer Schritt zur Qualifizierung der Tagespflege läge in Unterstützungsnetzwerken. Sie könnten die Isolierung der dort Tätigen aufheben, indem etwa Arbeitsgruppen zur kollegialen Beratung entstehen, in die dann Fortbildungsinhalte einfließen könnten. Denkbar wäre auch eine Anbindung der Tagespflegepersonen an die Teams der Kindertagesstätten. Auch das könnte kollegiale Beratung ermöglichen und verankern.

Im Vergleich zur Kindertagesbetreuung zeigt der Blick auf das Schulalter: Mit Beginn der Schule steigen die gesundheitlichen Belastungen, gleichzeitig nehmen die Angebote eher ab. In der Diskussion zur Kooperation der Kinder- und Jugendhilfe mit der Schule und in den Angeboten zur Ganztagesbetreuung ist das Thema noch nicht angekommen. Hier wird derzeit eine Chance verspielt.

In Bezug auf die Altersgruppen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen befasste sich die Kommission vor allem mit den Praxisfeldern der offenen und verbandlichen Jugendarbeit. Den Angeboten der Sportjugend wurde aus thematischen Gründen ein eigener Abschnitt gewidmet. Gleiches gilt für die Hilfen zur Erziehung, den Jugendschutz, die Präventionsangebote im Bereich jugendlicher Delinquenz, Kriminalität und Gewalt, die Jugendberufshilfe und die Angebote für junge Erwachsene mit Behinderung. Miteinbezogen wurden die Schnittstellen zur Schule bzw. schulbezogenen Jugendarbeit sowie zur Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie und zur Behindertenhilfe.

Vor allem der Bereich Jugendarbeit, mit Ausnahme der mobilen Jugendarbeit, erweist sich dabei als Praxisfeld, in dem zwar viele Angebote als gesundheitsförderlich verstanden werden können, es jedoch an einem entsprechenden fachlichen Selbstverständnis fehlt. Insbesondere die Angebote verbandlicher, aber auch offener Jugendarbeit stellen Beispiele dafür dar, was die Sachverständigenkommission als implizite Formen der Gesundheitsförderung beschreibt.

Um Aussagen über konkrete Ansätze zu Gesundheitsförderung und Prävention in dem unübersichtlichen Feld der Erziehungshilfen in ihrer Vielfalt treffen zu können, wurden zum einen allgemein zugängliche Quellen sowie die im Rahmen dieses Berichts in Auftrag gegebenen Expertisen, darunter eine empirisch gut abgesicherte Studie zur Erziehungs- und Familienberatung, genutzt. Zum anderen wurden die Ergebnisse der im Rahmen der Berichtserstellung durchgeführten Hearings und Fachgespräche sowie die einer eigenen kleinen „Blitzumfrage“ bei Trägern und Einrichtungen herangezogen – wobei allerdings der Pflegekinderbereich nicht einbezogen werden konnte.

Dabei zeigte sich, dass in den Feldern der Hilfen zur Erziehung der Umgang mit gesundheitlichen Belastungen in vielfältiger Form Bestandteil der Praxis ist. Bedarfsorientiert bestehen bewährte Kooperationen. Weniger Aufmerksamkeit findet hingegen bislang der salutogenetische Aspekt. Ansätze wie Gesundheitserziehung, gesundheitsbezogene Information/Aufklärung, Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention scheinen in vielen Einrichtungen in vielfältigen, oft ineinander übergehenden Formen zur täglichen Arbeit zu gehören. Allerdings wird nur in Einzelfällen ein Hintergrundwissen zu den Konzepten erkennbar. Auch wird nur selten die Allgemeinheit des Begriffs Gesundheitsförderung problematisiert und von dem allgemeinen Förderauftrag der Kinder- und Jugendhilfe (§ 1 SGB VIII) zu wenig nachvollziehbar abgegrenzt. So wurden die „klassischen Aufgaben“ der Kinder- und Jugendhilfe, die Stärkung von Identität, Selbstbewusstsein, sozialer Kompetenz und praktischen Lebenskompetenzen häufig der Gesundheitsförderung zugeordnet, zum Teil aber auch der Prävention.

Versucht man den aktuellen Stand über die Praxisfelder hinweg zu bilanzieren, lassen sich folgende Feststellungen treffen:

– In allen Handlungsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe – wenn auch mit erkennbaren Unterschieden – stehen gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung mittlerweile auf der Tagesordnung.

- Ein Großteil der Angebote ist allerdings projektförmig organisiert. Das bedeutet: Sie sind zeitlich und thematisch begrenzt und mehr oder weniger deutlich vom Alltag abgehoben. Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung als integrierte Regelangebote finden sich demgegenüber – mit Ausnahme der Kindertagesbetreuung – noch zu selten.
- In der Kinder- und Jugendhilfe besteht erheblicher konzeptioneller Klärungsbedarf, um das eigene gesundheitsfördernde Potenzial auszuschöpfen.
- Immer wieder lassen sich vier Formen expliziter gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung ausmachen: Information und Aufklärung, gesundheitspädagogische Projekte und Aktionen, gesundheitspädagogische Prävention sowie eingebettete Gesundheitsförderung. Diese Formen sind nicht immer ganz trennscharf und werden in der Praxis häufig kombiniert.
- Eine besondere konzeptionelle Herausforderung stellen jene zahlreichen Angebote dar, die, ohne dass dies ausdrücklich formuliert bzw. beabsichtigt wird, gesundheitsfördernd angelegt sind. Kennzeichnend für diese Angebote ist, dass sie sich zwanglos als bislang nicht bewusst wahrgenommene Formen der Gesundheitsförderung bzw. – in anderen Feldern – der gesundheitsbezogenen Prävention begreifen lassen. Dabei handelt es sich nicht nur um gleichsam implizite, nicht unmittelbar intendierte Nebenwirkungen einer gelungenen pädagogischen Praxis, sondern in vielen Fällen um konstitutive, aber bislang nicht als solche thematisierte Momente dieser Praxis. Was unter einem pädagogischen Blick als Unterstützung bei der Persönlichkeitsbildung oder Identitätsbildung erscheint, ließe sich unter dem Blickwinkel von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung als wichtiger Beitrag zur Ausbildung von Schutzfaktoren, Resilienz oder unter salutogenetischer Perspektive als konstitutiver Bestandteil von Lebenskohärenz beschreiben.
- Für alle Altersgruppen gilt: Besonders an kontinuierlichen Angeboten für Kinder chronisch sucht- und psychisch kranker Eltern ist der Mangel groß – ebenso wie an Sensibilität und pädagogischen und therapeutischen Hilfen für die Folgen von Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen.
- Es besteht ein ausgewiesener Mangel an Evaluation der Wirksamkeit der in der Praxis realisierten Angebote.

Allerdings ergibt sich bei alledem ein nicht unwichtiges Problem. Begriffe wie Gesundheit und Krankheit, aber auch Erziehung, Bildung u. ä. sind Begriffe, deren Bedeutung im hohen Maße kontextabhängig ist. Das widerspricht zunächst dem Alltagsverständnis. Denn im Alltag nimmt man üblicherweise an, dass relativ klar ist, was Gesundheit und Krankheit jeweils bedeuten und wie Gesundheit zu fördern bzw. Krankheit zu vermeiden sind. Demgegenüber geht die Sachverständigenkommission davon aus, dass das Ziel Gesundheit keineswegs so eindeutig leitend ist, wie dies auf den ersten Blick erscheinen mag und wie dies die Orientierung an evidenten Beispielen wie der Vermeidung von Krankheiten, schweren Störungen sowie psychischen, psychischen und geistigen Einschränkungen nahe legt.

Hintergrund für diese Uneindeutigkeit ist das Gesundheitsverständnis der WHO-Charta. Wenn Gesundheit in diesem Sinne als „ein positives Konzept (verstanden wird), das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten“, dann wird damit ein konzeptionell sehr offener Horizont umrissen. Dies bedeutet: Je nach Konstellation und kulturellem, sozialem und ökonomischem Hintergrund wird Gesundheit auf sehr unterschiedliche Weise begriffen. Es bedarf dabei *erstens* der Konkretisierung – etwa durch Konzepte wie Selbstwirksamkeit, Balance von Schutz- und Risikofaktoren, Befähigung, Beteiligungs- und Verwirklichungschancen. *Zweitens* ist zu berücksichtigen, dass Gesundheit nicht einfach ein anzustrebender Zustand ist bzw. eine wie auch immer gegebene Existenzform. Sie ist vielmehr als etwas zu begreifen, das gesellschaftlich in konkreten Handlungsvollzügen definiert, realisiert, ausbalanciert und auch inszeniert wird. Gesundheit gibt es nicht als solche, sondern sie wird gesellschaftlich hergestellt. Dabei ist von Bedeutung, dass Kinder und Jugendliche u. U. sehr eigene Vorstellungen über ihre Gesundheit haben, so dass *ihre* Deutungen von und Umgangsformen mit Gesundheit in jedem Fall mit zu berücksichtigen sind. In pädagogischen Feldern ergibt sich *drittens* die Notwendigkeit, den Gesundheitsbegriff auf die jeweiligen Altersgruppen zu beziehen. Gesundheitsförderung im Kleinstkindalter muss sich, nach allem, was man weiß, vor allem auf die Ausbildung stabiler Bindungen konzentrieren, während im Grundschulalter andere Themen, wie z. B. Selbstwirksamkeit, und im Jugendalter wiederum andere Aspekte, wie z. B. Identitätsentwicklung, im Vordergrund stehen.

Im Hinblick auf die Notwendigkeit, zumindest vorläufig zu klären, worum es im Kern geht, schlägt die Sachverständigenkommission deshalb vor, in Bezug auf die Kinder- und Jugendhilfe von „Gesundheitsförderung und Prävention mit pädagogischen bzw. bildenden Mitteln“ zu sprechen. Damit soll zunächst angezeigt werden, dass Gesundheitsförderung deutlich mehr umfasst, als die Kinder- und Jugendhilfe allein zu leisten vermag. Mit ihren pädagogischen Angeboten, Arbeitsformen ebenso wie Settings ist bzw. ist sie aber in der Lage, wichtige Beiträge zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen zu leisten.

Zu Teil E (Kapitel 21): Gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen – Leitlinien und Empfehlungen

Im Zentrum des fünften Teils, dem *Teil E*, stehen die Empfehlungen. Zunächst werden 12 Leitlinien vorgestellt. Vor dem Hintergrund der im Teil A vorgestellten Konzepte formulieren diese Leitlinien die dem Bericht und den Empfehlungen zugrunde liegende Philosophie.

Die Leitlinien sind – wie der gesamte Bericht – orientiert an der Idee der Stärkung der Lebenssouveränität. *Mehr*

Chancen für gesundes Aufwachsen wurde deshalb auch das Motto des 13. Kinder- und Jugendberichtes. In diesem Sinne zielen gesundheitliche Prävention und Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen auf eine Stärkung der Lebenssouveränität von Heranwachsenden durch die Verminderung von Risiken bzw. die Bewältigung von schwierigen Lebensbedingungen und die Förderung von Verwirklichungschancen, Entwicklungs- und Widerstandsressourcen Dabei gilt es, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und die unterschiedlichen Lebenswelten der Mädchen, Jungen und jungen Erwachsenen zu berücksichtigen. Da zudem Kinder und Jugendliche in ihrer großen Mehrheit gesund, selbstbewusst und kompetent aufwachsen, wäre es verfehlt, sie vorrangig unter der Risikoperspektive zu sehen. Notwendig sind vielmehr der Blick auf die positiven Entwicklungsbedingungen dieser Heranwachsenden und Antworten auf die Frage, wie solche Bedingungen für *alle* Kinder und Jugendlichen gefördert werden können.

Nichtsdestoweniger gibt es gesellschaftliche Segmente, in denen ein gesundes Aufwachsen bedroht ist. In ihnen sind die erforderlichen Entwicklungs- und Widerstandsressourcen nur unzureichend vorhanden und können nicht genügend an Heranwachsende weitergegeben werden. Hier ist vor allem die wachsende Armut zu nennen, die gerade Kinder und Jugendliche mehr betrifft als jede andere Bevölkerungsgruppe. Die Orientierung am Ziel der Befähigungsgerechtigkeit verpflichtet zu Fördermaßnahmen, die *allen* Heranwachsenden die Chance gibt, die Entwicklungsressourcen zu erwerben, die zu einer selbstbestimmten Lebenspraxis notwendig sind. Es gilt, allen Kindern und Jugendlichen möglichst früh formelle und informelle Bildungsmöglichkeiten zu eröffnen, um so einen Beitrag zu leisten, sozialer Ungleichheit entgegen zu wirken und damit gesundheitliche Ressourcen zu stärken.

Im Sinne der UN-Kinderrechtskonvention § 24 haben *alle* Kinder, unabhängig von ihrem Rechtsstatus, ein Recht „auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit“. Insofern sind alle Maßnahmen an einer Inklusionsperspektive auszurichten, die keine Aussonderung akzeptiert. Gender-, Sprach-, Status- und Segregationsbarrieren sind abzubauen und die Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung sind in allen Planungs- und Entscheidungsprozessen zu berücksichtigen (disability mainstreaming).

In jedem Lebensalter müssen Mädchen und Jungen spezifische Kompetenzen erwerben, die für ein gesundes Heranwachsen von zentraler Bedeutung sind und die in ihrer Gesamtheit die Handlungsbefähigung ermöglichen. Sie reichen von frühen Bindungserfahrungen, Autonomiegewinnung, Sprache und kommunikativer Verständigung, Bewegungserfahrungen, Beziehungsgestaltung, Welterschließung, Beheimatung im eigenen Körper, Grenzerfahrungen und Identitätsbildung bis hin zu Entscheidungsfähigkeit und Verantwortungsübernahme.

Vor diesem Hintergrund wurde zu Recht in den letzten Jahren den frühen Lebensphasen gerade auch im Hinblick auf Gesundheit und Wohlbefinden besondere Priorität eingeräumt, um möglichst gute Bedingungen für die weitere Entwicklung zu schaffen. Trotzdem dürfen die späteren Lebensphasen nicht vernachlässigt werden. Gerade das Schul- und Jugendalter zeigt einen besonderen Förder- und Unterstützungsbedarf. Dort müssen Verwirklichungschancen erhöht werden, damit Mädchen wie Jungen die anstehenden gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen für sich selbst und bezogen auf die gesellschaftlichen Anforderungen befriedigend umsetzen können.

Dabei haben sich Förderprogramme und Angebote an den Bedürfnissen und Handlungsmöglichkeiten von Heranwachsenden und deren Familien auszurichten. In der Konsequenz bedeutet dies eine verbindliche Partizipation der Heranwachsenden und ihrer Familien an den Leistungsangeboten der Kinder- und Jugendhilfe.

Zugleich sind Gesundheitsförderung und Prävention gesellschaftliche Aufgaben. Sie bedürfen der Kooperation der verantwortlichen Akteure auf allen Ebenen ebenso wie einer gesellschaftspolitischen Rahmung und Prioritätensetzung. Sozialpolitik, Armutsbekämpfung, Integration von Migrantinnen und Migranten und Menschen mit Behinderung, Bildung, Ökologie: Sie umreißen die Zusammenhänge, in denen Heranwachsende Förderung und Unterstützung benötigen und die in hohem Maße gesundheitsrelevant sind. Hier ist eine integrierte Gesamtpolitik erforderlich. Die Handlungsmächtigkeit der Kinder- und Jugendhilfe, des Eingliederungs- und des Gesundheitssystems sind begrenzt und bedürfen einer gezielten Unterstützung von Bildungs-, Arbeitsmarkt-, Steuer- und Familienpolitik sowie der Gesundheitspolitik.

Auf der Basis dieser Leitlinien wurde schließlich vonseiten der Kommission eine ganze Reihe von Empfehlungen im Sinne von „nächsten Schritten“ formuliert. Diese richten sich erstens an die *Fachpraxis der Kinder- und Jugendhilfe,* zweitens arbeitsfeldübergreifend an *die beteiligten Institutionen in den gesundheitsbezogenen Netzwerken* (neben Kinder- und Jugendhilfe vor allem Gesundheitssystem, Behindertenhilfe/Rehabilitation, Schule) und drittens an die *Politik* auf kommunaler, Landes- und Bundesebene.

Zentrale Punkte sind dabei unter anderem:

– Gesundheitsförderung muss fachlicher Standard in der Kinder- und Jugendhilfe werden; besondere Bedeutung als Aufgaben für die Praxis kommen dabei der Förderung des achtsamen Umgangs mit dem eigenen und fremden Körper, der Sprache und Kommunikation sowie der Ausbildung von Kohärenz bzw. Selbstwirksamkeit zu. Daraus ergeben sich eine Reihe von Herausforderungen, so u. a. für die Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Ausbildung entsprechender institutioneller Kulturen.

– Die Strategien zur gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung müssen in allen Feldern der Kinder- und Jugendhilfe konzeptionell stärker an den unterschiedlichen Verläufen gesundheitlicher Entwicklung und den jeweiligen Ressourcen bei Mädchen und Jungen ausgerichtet werden. Zu beachten sind da-

bei vor allem Genderaspekte und die Bedingungen des Aufwachsens in Armutslagen, mit Migrationshintergründen und mit Behinderung. Entscheidend ist, dass diese Strategien vor allem auf der kommunalen Ebene ansetzen und greifen.

– Angebote für Kinder chronisch und psychisch kranker Eltern müssen verbessert und die entsprechenden kooperativen Angebote ausgebaut werden.

– Die Hilfsangebote für traumatisierte Kinder und Jugendliche müssen mehr Aufmerksamkeit erhalten. Im Kompetenzprofil der Fachkräfte muss die Sensibilität für die Situation von traumatisierten Kindern und Jugendlichen einen höheren Stellenwert erhalten.

– Notwendig ist der flächendeckende Auf- und Ausbau von Netzwerken, in denen die Angebote von Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitssystems und der Behindertenhilfe zielgruppenspezifisch gebündelt werden. Das gilt für die frühe Förderung von Familien ebenso wie für die Kindertagesbetreuung, die Schnittstelle zur Schule und inklusive Unterstützungssysteme für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Behinderung.

– Notwendig ist eine stärkere fachliche und politische Aufmerksamkeit für die gesundheitlichen Herausforderungen und Risiken des Schul- und Jugendalters, beginnend mit dem Schuleintritt.

– Bereits volljährige junge schwangere Frauen, die sich in belastenden, unsicheren Lebenssituationen befinden, bedürfen ergänzend zur medizinischen Schwangerschaftsvorsorge der besonderen Unterstützung – ggf. zusammen mit ihrem Partner. Viele dieser Frauen übernehmen die Verantwortung, ihr Kind alleine zu versorgen und zu erziehen. Sie gehen damit das höchste Armutsrisiko in unserer Gesellschaft ein. Ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden und auch das ihrer Kinder sind häufig in hohem Maße bedroht. Im Interesse der gesunden Entwicklung und zum Schutz des Kindes stellt sich der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem eine komplexe Aufgabe: Sie schließt sowohl die berufliche und psychosoziale Förderung der Mütter ein als auch die Entwicklungsförderung der Kinder. Es bedarf der gesetzlichen Regelung, dass diese notwendige Unterstützung zukünftig vonseiten der Kinder- und Jugendhilfe in verbindlicher Kooperation mit dem Gesundheitssystem regelhaft erbracht werden kann.

– Gefordert wird ein bundesweites Register für Fälle von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung sowie ein besseres Gesundheitsmonitoring (u. a. auch auf kommunaler Ebene, das mit der Bildungsplanung und Jugendhilfeplanung gekoppelt ist).

– Unter dem Stichwort „Verringerung ungleicher Gesundheitschancen als vorrangiges nationales Gesundheitsziel“ fordert die Sachverständigenkommission das Zusammenwirken aller beteiligten Ressorts. Dazu gehört neben der Investition in Bildung und Qualifikation auch die Verbesserung der materiellen Lage armer Haushalte mit Kindern – unter besonderer Berücksichtigung der sozio-ökonomischen Lage Alleinerziehender, Arbeitsloser und Migrantinnen und Migranten sowie die allgemeine Verbesserung der materiellen Lage von Haushalten mit Kindern.

Um den eigenen Empfehlungen Nachdruck zu verleihen, hat die Sachverständigenkommission schließlich fünf aus ihrer Sicht besonders dringliche Gesundheitsziele für die nächsten fünf Jahre formuliert und sie an überprüfbare Erfolgskriterien gekoppelt. Diese richten sich an alle für die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen Verantwortlichen:

– **Frühe Förderung der Entwicklung von Kindern:** Auf- und Ausbau einer flächendeckenden, breit angelegten und umfassenden kommunalen Infrastruktur zur frühen Förderung und Unterstützung von allen Familien von der Schwangerschaft bis ins Vorschulalter. *Die Ziele:* die systematische und frühe Förderung der Entwicklung von Kindern und die Reduktion der Fälle von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung in den nächsten fünf Jahren.

– **Ernährung und Bewegung:** Kontinuierliche, fachlich qualifizierte Angebote der Bewegungsförderung und kostenfreie, gesunde Verpflegung für alle Heranwachsenden in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung und Schule, ohne dass dies zu Kürzungen an anderer Stelle führt. *Das Ziel:* In den nächsten fünf Jahren steigt das Übergewicht bei Heranwachsenden nicht weiter an.

– **Sprache/Kommunikation:** Verbesserung der frühen Sprachförderung, mit dem Ziel Sprachkompetenzen zu steigern – insbesondere von Kindern aus belastenden Lebenslagen und mit Migrationshintergrund. *Das Ziel:* 95 Prozent aller Kinder verfügen bei der Einschulung über adäquate Sprachkompetenzen.

– **Schulbezogene Gesundheitsförderung:** Flächendeckender Auf- und Ausbau der Angebote und Netzwerke der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung von Heranwachsenden im Schulalter im Rahmen von Maßnahmen und Angeboten schulbezogener Kinder- und Jugendhilfe. *Das Ziel:* Aufbau von schulbezogener Kinder- und Jugendhilfe im Bereich der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung, beginnend mit dem Primarbereich und insbesondere in der schulischen Ganztagsbetreuung, in mindestens 25 Prozent aller Schulen und Schultypen in den nächsten fünf Jahren.

– **Psychosoziale Entwicklung im Jugend- und jungen Erwachsenenalter:** Umfassendere Unterstützung der psychosozialen Entwicklung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in einer immer komplexer werdenden Gesellschaft. Die Ziele: Die psychosozialen Auffälligkeiten von Jugendlichen sind in fünf Jahren um 10 Prozent vermindert. Überprüfung der Auftretenshäufigkeiten von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten bei der nächsten umfassenden Untersuchung (z. B. im Rahmen einer KiGGS-Fortschreibung).

Teil A Ausgangspunkte: Gesellschaftliche Bedingungen des Aufwachsens und konzeptionelle Grundlagen des Berichts

1 Einleitung

Im Mittelpunkt des 13. Kinder- und Jugendberichtes der Bundesregierung stehen Ansätze und Strategien gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe. Damit werden für die Kinder- und Jugendhilfe zwei Begriffe in den Mittelpunkt gerückt, die zwar in der gesundheitsbezogenen Fachdiskussion weithin bekannt sind, über deren Bedeutung und konzeptionelle Hintergründe in den meisten Feldern der Kinder- und Jugendhilfe bislang allerdings nur vage Vorstellungen vorliegen.

Dies mag insofern erstaunlich erscheinen, als ein Blick zurück zu den Anfängen der beruflichen Fürsorge und Sozialarbeit im deutschen Kaiserreich belegt, dass die Verbesserung der Gesundheit ein wichtiges Anliegen der Praxis war. Unter dem Dach der Gesundheitsfürsorge als einem zentralen Bestandteil der Wohlfahrtspflege wurden so unterschiedliche Aufgaben wie die Krankenpflege und Behindertenfürsorge, die Verbesserung der Hygiene und die Seuchenbekämpfung in den Wohnquartieren, Aufklärung, Vorbeugung und Beratung (z. B. bei der Pflege der Kinder und der Ernährung) zu selbstverständlichen Aspekten der Praxis (z. B. der sog. Wohnungspflegerinnen in Berlin), der Ausbildung, z. B. an den Sozialen Frauenschulen, und der schrittweisen Verberuflichung (vgl. z. B. Sachße 1986; Sachße/Tennstedt 1988; Hering/Münchmeier 2003).

Vor allem nach dem Zweiten Weltkrieg führten die fortschreitende Ausdifferenzierung der Aufgabengebiete, die Spezialisierung der Tätigkeitsfelder und die Fortschritte in der Forschung von wenigen Ausnahmen abgesehen jedoch zu einer weitgehenden gegenseitigen Abkoppelung der pädagogischen, medizinischen bzw. psychiatrischen und auf Rehabilitation abzielenden Praxisfelder und der dazu gehörenden Diskurse. Zu diesen Ausnahmen gehören vor allem die verschiedenen Formen der Sozialarbeit im Kontext des Gesundheitswesens, also z. B. die Sozialarbeit im Krankenhaus, in der Psychiatrie, Frühförderung, soziale Rehabilitation oder der Pflege. Innerhalb der Sozialen Arbeit förderte die Ausdifferenzierung der Kinder- und Jugendhilfe als einem weitgehend sozialpädagogisch geprägten Praxisfeld diese Entwicklung zusätzlich.

Eine analoge Entwicklung lässt sich für das Medizinsystem beobachten. Dieses hat sich immer weiter ausdifferenziert und in eine kaum überschaubare Anzahl von Subsystemen mit ihren eigenen Fachkulturen ausgebildet. Die fast vollständige Zuordnung der medizinischen Teildisziplinen zu dem naturwissenschaftlichen Forschungsparadigma hat einerseits zu einer produktiven Forschungslandschaft geführt, aber andererseits für den medizinischen Blick zu einer Entkopplung von körperlichen gegenüber psychosozialen Existenzbedingungen des Menschen geführt. Ein Bewusstsein für die biopsychosoziale Einheit der Gesundheit und Krankheit, wie es noch *Virchow* oder *Grotjahn* im 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts zeigten, ist dem Medizinsystem zunehmend abhandengekommen (vgl. Göckenjan 1985; Labisch 1991). Die immer wieder unternommenen Versuche einer integrativen Sicht, wie sie in der Sozialmedizin, Medizinsoziologie oder Psychosomatik gestartet wurden, konnten zu keiner Korrektur des medizinischen Mainstreams führen. Dieser wurde durch die Dominanz des medizinischen Versorgungssystems ebenso wie durch seine Ökonomisierung in Gestalt von Gebührenordnungen und anderen finanziellen Steuerungssystemen darin gestützt, die körperliche Sphäre menschlichen Seins von ihren psychosozialen, gesellschaftlichen und materiellen Existenzbedingungen abzutrennen. Trotz gewichtiger evidenzbasierter Gegenpositionen, die vor allem auf die gesundheitsrelevante Bedeutung sozialer Ungleichheit verweisen und die von international renommierten Forschern wie *Marmot* (2004) oder *Wilkinson* (2005; vgl. Marmot/Wilkinson 2005) ausgeführt wurden, haben zwar die gesundheitspolitischen Prioritäten der *Weltgesundheitsorganisation* (2004) und *Europäischen Union* (2007) geprägt, aber sie haben noch zu keiner nachhaltigen Neudefinition der Prioritäten geführt.

Eine starke Ausdifferenzierung, zum Teil verbunden mit gegenseitiger Abschottung der Forschungsfelder und Disziplinen sowie der entsprechenden Praxisangebote lässt sich auch im Bereich der Behindertenhilfe und der Rehabilitation beobachten.

Vor diesen Hintergründen lässt sich der vorliegende Bericht auch als ein Dokument des Bemühens um Wiederannäherung einer lange in Vergessenheit geratenen gemeinsamen Herausforderung von Medizin, Kinder- und Jugendhilfe und Behindertenhilfe begreifen. Wie weitreichend dieses Vergessen war, wurde nicht zuletzt im 11. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung betont: „Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) hat kein Verhältnis zur Gesundheit. Die Förderung der Gesundheit gehört nach § 2 nicht ausdrücklich zu den Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe; nur die Hilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche ist nach § 2 (2) Nummer 5 Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe“ (Deutscher Bundestag 2002, S. 226f.; vgl. auch Sting 2002, S. 413; Seifert 2007). Die Sachverständigenkommission empfahl damals schon „eine Neuorientierung des KJHG im Sinne einer stärkeren Einbeziehung der Gesundheitsförderung“ (Deutscher Bundestag 2002, S. 227). Die Bundesregierung unterstützte damals „die Gewichtung, die der Bericht dem körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefinden als einem umfassenden Verständnis von Gesundheit zumisst, ebenso wie die Auffassung, dass alle Erziehungs- und Bildungsinstitutionen hierzu aktiv beizutragen haben“ (Deutscher Bundestag 2002, S. 22). Zugleich wies sie allerdings darauf hin, dass die Kritik der Sachverständigenkommission insofern zu wenig differenziert sei, da „die Förderung der Gesundheit bzw. die Aufklärung über Einflüsse, die die Gesundheit gefährden, zu den Aufgaben des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes nach § 14 SGB VIII“ (ebd.) gehören würden.

Man mag darüber streiten, welchen Einfluss die Betonung des Themas Gesundheit und die Forderung, Gesundheitsförderung als Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe zu begreifen, im 11. Kinder- und Jugendbericht samt der begleitenden Expertisen (Sachverständigenkommission 11. Kinder- und Jugendbericht 2002) aufs Ganze gesehen hatten. Immerhin mehren sich in jüngerer Zeit die Anzeichen einer breiteren und intensiveren Beschäftigung mit der Thematik (vgl. z. B. Internationale Arbeitsgemeinschaft für Jugendfragen 2004; JMK 2006; AGJ/BVKJ 2008;), nicht zuletzt motiviert durch die Diskussion um die Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendhilfe mit dem Gesundheitswesen im Bereich des Kinderschutzes bzw. der sogenannten frühen Hilfen (vgl. Ziegenhain/Fegert 2007; ebenso: Beschluss der Konferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefs der Länder vom 19. Dezember 2007 zum Thema Kinderschutz[1]). Hervorzuheben ist schließlich, dass unterhalb der bundesgesetzlichen Vorgaben sich vor allem in den Bildungsplänen der Länder für die Kindertagesbetreuung und in der Praxis zahlreicher Einrichtungen in diesem Feld eine Vielzahl von Hinweisen auf die mittlerweile weithin bestehende Akzeptanz der Thematik finden lassen (vgl. Friederich 2008; Wustmann 2008).

Diese Wiederannäherung der Kinder- und Jugendhilfe an die Gesundheitsthematik beinhaltet allerdings bei genauer Betrachtung zahlreiche Voraussetzungen. Auf der einen Seite verbergen sich hinter den einschlägigen Begriffen vielfältige Diskurse. Gesundheit ist schon immer ein werbewirksamer, normativ hochaufgeladener und von vielen Mythen umrankter Begriff der öffentlichen Debatten. Zugleich werden mit den beiden Begriffen gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung umfangreiche, mittlerweile hochgradig ausdifferenzierte Theoriedebatten und Fachdiskussionen sowie langjährige Forschungstraditionen mittransportiert. Auf der anderen Seite mögen zwar die Entwicklungen der letzten Jahre alle in die Richtung weisen, dass der Themenkomplex Gesundheit, gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung sich zu einer fachlichen Herausforderung der Kinder- und Jugendhilfe entwickelt. Der Berichtsauftrag, der dahinter stehende politische Wille und die angedeuteten Entwicklungen in der Kinder- und Jugendhilfe sind jedoch nur die eine Seite. Auf der anderen Seite können die erfolgten Ausdifferenzierungen und Spezialisierungen in allen hier in Rede stehenden Feldern während der letzten 100 Jahre nicht einfach auf die Seite geschoben werden.

Die daraus resultierenden Fragen sind vielfältig. So kann man mit guten Gründen unterstellen, dass für Gesundheit in unserer Gesellschaft vorrangig das Gesundheitssystem, die Gesundheitspolitik und ggf. die Gesundheitserziehung und gesundheitliche Aufklärung zuständig sind. Damit wird aber die Frage nach den Zuständigkeiten, den Möglichkeiten und Grenzen der Kinder- und Jugendhilfe virulent. Man darf diese Frage nicht unterschätzen, denn je nach ihrer Beantwortung ergeben sich je unterschiedliche Herausforderungen für die Kinder- und Jugendhilfe. Immerhin lautet – zumindest theoretisch denkbar – eine Antwort: Die Kinder- und Jugendhilfe ist die falsche Adresse, wenn es um gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter geht.

Die Sachverständigenkommission dieses Berichtes teilt diese Position nicht. Es bedarf allerdings aus ihrer Sicht der Begründung, inwiefern die Kinder- und Jugendhilfe aufgefordert ist, mindestens expliziter als bisher Gesundheit und Gesundheitsförderung zu Bezugspunkten ihres fachlichen Handelns zu machen, und was dies für ihre Praxis und ihre Fachdebatte bedeutet. Genau in diesem Sinne strebt der vorliegende Bericht an, eine Antwort auf jene Frage zu formulieren, die *Sting* bereits 2002 an die Kinder- und Jugendhilfe adressierte: Ausgehend von der Prämisse, dass Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitserhaltung in der Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe liegen, sei aus seiner Sicht noch immer die Frage offen, „in welcher Form sozialpädagogisches Handeln als das spezifisch professionelle Tun in diesem Feld zur Förderung von Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen beitragen kann“ (Sting 2002, S. 413). Und weil dazu bisher nur verstreute Bruchstücke vorliegen und man kaum auf etablierte Wissensbestände und ausgereifte Debatten zurückgreifen kann, begibt sich dieser Bericht unvermeidlich an vielen Stellen auf konzeptionelles Neuland.

Wer Neuland betritt, benötigt erfahrungsgemäß ein paar Hilfsmittel, um sich zurechtzufinden – im vorliegenden Fall orientierende Konzepte. Zudem bedarf es der Klärung zentraler Begriffe wie Gesundheit, gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung und der Sortierung der theoretischen Prämissen im Hintergrund. Dies zu leisten, ist Aufgabe dieses ersten Kapitels. Ihm vorgeschaltet ist ein kurzer Abschnitt zum Aufwachsen in der Spätmoderne, der die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen knapp umreißt. Deutlich gemacht werden soll, warum Fragen des Wohlbefindens im Kindes- und Jugendalter heute eine neue Bedeutung gewonnen haben.

2 Aufwachsen in der Spätmoderne

2.1 Kindheit und Jugend in der globalisierten Gesellschaft

In der jüngeren Vergangenheit hat sich eine breite öffentliche Diskussion über die veränderten Bedingungen des Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen entwickelt. Seien es die aufgeregten Debatten um die vermeintliche Erziehungskatastrophe (Gaschke 2001) oder in jüngerer Zeit der Frage „Warum unsere Kinder Tyrannen werden“ (Winterhoff 2008), seien es die Diskussionen zum wachsenden Medienkonsum und den Gefahren einiger Computerspiele und des Internets. Wie immer man diese und ähnliche Debatten, die Triftigkeit ihrer Problemdiagnosen und die jeweils vertretenen Positionen einschätzen mag, in jedem Fall sind sie als Hinweise darauf zu verstehen, dass die Bedingungen des Aufwachsens in Deutschland

[1] Quelle: www.fruehehilfen.de/fileadmin/fileadmin-nzfh/pdf/Ergebnis_AGI_Vernetzung.pdf

– und nicht nur dort – im Wandel begriffen sind. Sie sind Ausdruck einer spätestens seit Beginn der siebziger Jahre des letzten Jahrhunderts andauernden Entwicklung, die der Bildungsforscher und Entwicklungspsychologe *Fend* in seinem Buch „Sozialgeschichte des Aufwachsens“ (1988) als zunehmende „Freiheitsgrade des Handelns“ und die „Erweiterung von Möglichkeitsräumen“ charakterisiert: „Erweiterte Möglichkeiten bedeuten aber auch geringere Notwendigkeiten der Einordnung in gegebene Verhältnisse. (...) Damit werden aber Tugenden, mit (unveränderlichen) Umständen leben zu können, weniger funktional und weniger eintrainiert als Tugenden, sich klug entscheiden zu können und Beziehungsverhältnisse aktiv befriedigend zu gestalten“ (Fend 1988, S. 296). Allerdings sind dabei zwei wichtige Aspekte mitzubedenken. Erstens die Freiheitsgewinne sind mit – zum Teil neuen – Risiken verbunden. Und zweitens sind die verfügbaren Möglichkeiten, die Freiheitsgewinne zu nutzen und die Risiken zu bewältigen, ungleich verteilt.

Kinder und Jugendliche wachsen heute in einer Gesellschaft auf, die durch die Pluralisierung der Lebensstile, Werthaltungen und Ziele gekennzeichnet ist und in der sich die sozialstrukturell gegebenen objektiven Lebenschancen höchst unterschiedlich darstellen. Eine solche Gesellschaft eröffnet für die Gestaltung des eigenen Lebens viele Optionen, die allerdings insofern auch mit Risiken verbunden sind, weil sich die Subjekte immer weniger auf vorgegebene Normen, Fahrpläne durch das Leben und Regeln beziehen können. Wer in dieser Gesellschaft zurechtkommen möchte, ist aufgefordert, die Verantwortung für sein Leben in die eigene Hand zu nehmen, also selbst zu entscheiden mit allen damit verbundenen individuellen Chancen und Risiken einerseits und ungleich verteilten objektiven Gestaltungsspielräumen andererseits (Beck 1997; Keupp u. a. 1999).

Der tief greifende soziokulturelle Umbruch zeigt gerade bei Heranwachsenden seine zwei Seiten: Einerseits sind auch schon für Jugendliche die Freiheitsgrade für die Gestaltung der eigenen individuellen Lebensweise sehr hoch. Andererseits gehen diese „Individualisierungschancen“ einher mit einer Lockerung von sozialen und kulturellen Bindungen. Das Aufwachsen unter den Bedingungen dieser spätmodernen Gesellschaft[2] ist, so gesehen, auch ein Aufwachsen in eine Welt hinein, die zunehmend „unlesbar“ (Sennett 1998) geworden ist, für die bisherige Erfahrungen und das vertraute Begriffsinventar nicht ausreichen, um eine stimmige Interpretation oder eine verlässliche Prognose zu erreichen. Für diese Welt existiert kein Atlas, auf den man einfach zurückgreifen könnte, um Heranwachsenden ihren möglichen Ort und den Weg dorthin erklären zu können. Insofern sind sie in gewisser Weise zunehmend auf sich selbst angewiesen, dadurch tendenziell aber auch von Ungewissheit, Widersprüchlichkeit und Überforderung bedroht.

[2] Zu der Beschreibung der Gegenwart als Spätmoderne vgl. Giddens 1992; Keupp/Hohl 2006.

Die damit verbundenen Anforderungen zur erfolgreichen Lebensbewältigung sowie Lern- und Bildungserwartungen an die Subjekte stellen für alle Kinder und Jugendliche, ihre Familien und ihre pädagogischen Umwelten neue Herausforderungen dar. Dabei ist zu konstatieren, dass aufgrund förderlicher Voraussetzungen und Rahmenbedingungen viele Kinder und Jugendliche in der Lage sind, die Herausforderungen ohne größere Auffälligkeiten zu bewältigen. Es gibt aber auch eine nicht präzise, sondern nur näherungsweise zu beziffernde Zahl von Kindern und Jugendlichen, die die Chancen nicht nutzen können, die an den Risiken scheitern und die überfordert sind. Ein sichtbarer Indikator hierfür ist die seit der ersten *PISA-Studie* sogenannte Risikogruppe, also jenes Fünftel etwa des getesteten Altersjahrganges, das nicht über die in dieser Gesellschaft notwendigen Kernkompetenzen verfügt. Ein zweiter Indikator, der in diesem Bericht eine zentrale Rolle spielt, sind die hohen Anteile sozial auffälliger sowie psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. Für Kinder und Jugendliche, die mit Behinderung leben, ergibt sich als „spezifische Belastung“ die große Zurückhaltung, ihnen die Risiken des Heranwachsens gleichermaßen zuzumuten und zuzutrauen.

Die sich in den aktuellen gesellschaftlichen Veränderungen[3] andeutenden widersprüchlichen Tendenzen lassen das „Aufwachsen heute“ (Göppel 2007) zu einer Konstellation „riskanter Chancen“ (Keupp 1988) werden. Es eröffnen sich in diesen Wandlungsprozessen durchaus neue Gestaltungsmöglichkeiten im eigenen Lebensentwurf und in der alltäglichen Lebensführung. Gleichzeitig wachsen aber auch die Risiken des Scheiterns. Denn die Bedingung für eine selbstbestimmte Nutzung dieser Chancen, für die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und Handlungsmächtigkeit, setzen Ressourcen voraus, die für viele Heranwachsende nicht erreichbar sind. Die institutionellen Ressourcen aus dem Bildungssystem, der Kinder- und Jugendhilfe- und dem Gesundheitssystem sind in ihrer gegenwärtigen Gestalt aber nur unzureichend in der Lage, die person- und milieugebundenen Ungleichheiten zu kompensieren und Ressourcen so zu fördern, dass von einer Ressourcengerechtigkeit gesprochen werden könnte. Insofern tragen sie ihrerseits unabsichtlich zur Risikoerhöhung bei.

2.2 Entwicklungsressourcen und Verteilungsgerechtigkeit

Die Suche nach positiven Entwicklungspfaden bei Heranwachsenden geht von der Annahme aus, dass alle Kinder und Jugendlichen prinzipiell über das Potenzial verfügen, sich zu handlungsfähigen Subjekten zu entwickeln, die am gesellschaftlichen Leben teilnehmen und es mit ihrem Handeln gestalten und verändern können.[4] *Lerner* (2004) bezeichnet diesen Prozess mit der Metapher des „Thriving“, also als einen Prozess des „Gedeihens“.

[3] Zu den Bedingungen des Aufwachsen heute vgl. auch Bundesjugendkuratorium 2001, Castells 1991.

[4] Vgl. hierzu die Übersicht von Weichhold/Silbereisen 2007 und Gemeindepsychologen um Cowen, Lorion und Rappaport (vgl. Cicchetti/Rappaport/Sandler/Weissberg 2000).

Diese positive Entwicklung lässt sich allerdings nicht als ein von Natur aus angelegtes Ablaufgeschehen begreifen, in dem sich eine innere Anlage entfaltet, sondern im Zentrum steht ein Modell von Entwicklung, das in einem transaktionalen Sinne als dynamisches Austauschsystem zwischen den heranwachsenden Subjekten und den unterschiedlichen sozialen Systemen (wie Familie, Schule, Peergruppe, Nachbarschaft und Gesamtgesellschaft) verstanden wird. *Lerner, Alberts und Bobek* (2007) formulieren den Kern ihrer Überlegungen zur positiven Entwicklung in der folgenden Frage: „Wie verbringen Menschen die ersten beiden Lebensjahrzehnte, um zu jungen Erwachsenen heranzuwachsen, die sich intellektuell, sozial und beruflich kompetent verhalten und überzeugt sind, Teil eines fürsorgenden Gemeinwesens zu sein, das produktive und wertgeschätzte Beiträge zur Qualität von Familien- und gesellschaftlichem Leben leisten kann?“ (S. 10). Es wird an solchen Formulierungen deutlich, dass diese nicht nur wissens-, sondern auch wertebasiert sind. Das erschließt sich noch mehr in weiteren basalen Fragen, die *Lerner u. a.* stellen: „Wie können wir jungen Menschen die Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die sie brauchen, um zu gedeihen, d. h. um ein erfolgreiches Leben zu führen und durch ihre Erwerbstätigkeit und erfolgreiches Unternehmertum einen Beitrag für die demokratische Gesellschaft in einer flachen Welt (…) zu leisten? Wie können wir gewährleisten, dass sie zu aktiven und positiven Bürgern heranwachsen, die sich gesellschaftlich engagieren und einen wertgeschätzten gesellschaftlichen Beitrag leisten?“ (ebd.). Mit dem Konzept der „flachen Welt“ von *Friedman* (2006) nehmen die Autoren auf Herausforderungen einer globalisierten Welt Bezug, die von Heranwachsenden spezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten verlangen, die Lerner und sein Team als die 5 C (vgl. Abb. 2.1) der positiven Entwicklung bezeichnen. Von *Roth* und *Brooks-Gunn* (2003a) wurden sie so zusammengefasst:

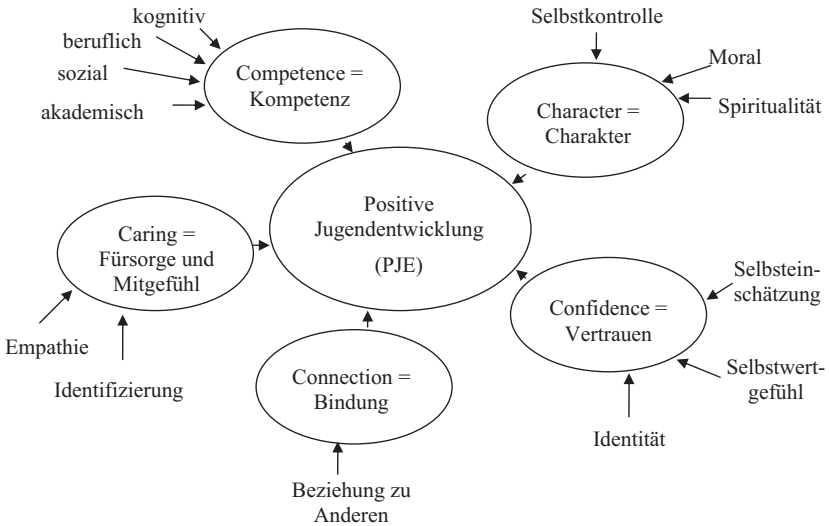
Die „5 C“ der positiven Entwicklung (vgl. Abb. 2.1)

„Die Förderung von Kompetenz, dem ersten C, zielt u. a. auf die Verbesserung der sozialen, schulischen, kognitiven und beruflichen Kompetenzen der Teilnehmer. Soziale Kompetenz umfasst interpersonale Fähigkeiten wie Kommunikationsfähigkeit, Durchsetzungsvermögen, Ablehnung und Widerstand und die Fähigkeit zur Lösung von Konflikten. Kognitive Kompetenz beschreibt kognitive Fähigkeiten, einschließlich logisches und analytisches Denken, Problemlösungsfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit, planvolles Handeln und die Fähigkeit, Ziele zu setzen. Schulnoten, Anwesenheit, Prüfungsergebnisse und Schulabschlussquoten fallen unter die schulische (akademische) Kompetenz. Berufliche Kompetenz meint Arbeitseinstellungen und Berufswahlorientierungen.

Die Förderung des Vertrauens von jungen Menschen, das zweite C, beinhaltet Ziele in Bezug auf die Erhöhung des Selbstwertgefühls, der Selbsteinschätzung, des Selbstvertrauens, der Identität und des Glaubens an die Zukunft der Jugendlichen. Die Anregung und Unterstützung von sozialen Bindungen, das dritte C, umfasst den Aufbau und die Stärkung von Beziehungen eines Jugendlichen zu anderen Menschen und Institutionen wie der Schule. Das vierte C – Charakter – lässt sich am schwierigsten definieren. Programmatische Ziele wie die Erhöhung der Selbstkontrolle und Selbstbeherrschung, die Verminderung von gesundheitsschädigendem (Problem-)Verhalten, die Achtung von kulturellen und gesellschaftlichen Regeln und Normen sowie Gerechtigkeitssinn (Moral) und Spiritualität beschreiben die Charakterkomponente. Die Entwicklung von Fürsorge und Mitgefühl, das fünfte C, zielt auf die Erhöhung der Empathiefähigkeit von Jugendlichen und ihrer Fähigkeit, sich in andere hineinzuversetzen“ (Roth/Brooks-Gunn 2003b, S. 205).

Abbildung 2.1

Positive Jugendentwicklung (PJE) umfasst „5 C“



Quelle: Lerner/Alberts/Bobek 2007 (Chartbook), S. 2

Im Sinne der transaktionalen Entwicklungsperspektive ist das Erreichen solcher Zielbestimmungen einer positiven Entwicklung als ein Zusammenwirken individueller Ressourcen und gesellschaftlichen Kontextbedingungen zu verstehen, die die Zielerreichung unterstützen und fördern. Sie bilden den Pool von 40 Entwicklungsressourcen, 20 internalen und 20 externalen (Developmental Assets, vgl. Lerner/Benson 2004), die allen Heranwachsenden zugänglich sein sollten.

Externale Entwicklungsressourcen

Unterstützung: Alle Heranwachsenden brauchen die Erfahrung der Unterstützung, Sorge und Liebe durch ihre Familien und viele andere. Sie brauchen Organisationen und Institutionen, die positive, unterstützende Umwelten schaffen.

- Empowerment: Alle Heranwachsenden brauchen die Wertschätzung der Gesellschaft und brauchen Gelegenheiten, sinnvolle Rollen einzunehmen und andere Personen zu unterstützen. Dafür müssen sie sich zu Hause, in der Schule und der Nachbarschaft sicher fühlen.
- Grenzen und Erwartungen: Alle Heranwachsenden müssen wissen, was von ihnen in der Familie, der Schule, der Nachbarschaft und von Erwachsenen erwartet wird und ob sich ihre Handlungen in den gesellschaftlichen Grenzen bewegen.
- Konstruktive Nutzung der Zeit: Alle Heranwachsenden brauchen konstruktive und bereichernde Gelegenheiten für ihr persönliches Wachstum durch kreatives Handeln, Programme für jugendliche Engagements.

Internale Entwicklungsressourcen

- Lernbereitschaft: Alle Heranwachsenden müssen eine Bereitschaft zu lebenslanger Bildung entwickeln.
- Positive Werte: Alle Heranwachsenden müssen starke Werte wie Hilfsbereitschaft, Gleichheit und Gerechtigkeit, Verantwortlichkeit, Ehrlichkeit entwickeln, die ihr Handeln bestimmen.
- Soziale Kompetenzen: Alle Heranwachsenden brauchen Fähigkeiten, für sich Entscheidungen zu treffen, Beziehungen aufzunehmen, Konflikte auszutragen, widerstandsfähig gegen Gruppenzwänge zu sein und mit kultureller Differenz umgehen zu können.
- Positive Identität: Alle Heranwachsenden brauchen ein Gefühl der Selbstwirksamkeit, des Selbstwertes, der Sinnhaftigkeit und einer positiven Zukunft.[5]

Im Zusammenwirken dieser inneren und äußeren Ressourcen entsteht – wie die Modellabbildung zeigt – der Nährboden für eine förderliche Entwicklung von Heranwachsenden. Eine Reihe von empirischen Studien (Scales/Benson/Leffert 2000; Scales, Benson/Mannes 2006) zeigen, dass die psychische Gesundheit in hohem Maße von dem Zugang zu den unterschiedlichen internalen und externalen Entwicklungsressourcen abhängt, und umgekehrt, dass bei unterschiedlichen psychosozialen Problemen wie Suizid, Depression, Drogenabhängigkeit und Gewaltbereitschaft eine „Unterversorgung“ mit diesen Ressourcen vorliegt.

Chancen(un)gleichheit

Die in der Einleitung bewusst gewählte Formulierung, dass es in diesem Bericht um die Gesundheitsförderung *aller* Kinder und Jugendlicher gehen solle, verweist auf die Einsicht, dass Heranwachsende in ihren Lebenskontexten sehr ungleiche Voraussetzungen und Chancen für ein gesundes Leben vorfinden. Daher muss eine Auseinandersetzung mit Konzepten von Gesundheitsförderung immer im Blick haben, wie diese Konzepte den Unterschieden zwischen ihren Adressatinnen und Adressaten gerecht werden können.

Diese Einsicht ist an sich nicht neu, allerdings wird ihre Umsetzung in jüngerer Zeit wieder systematischer eingefordert und zugleich ist die Auseinandersetzung mit den Themen Differenz und Heterogenität kritischer und vielschichtiger geworden.

Aus dem Bewusstsein für ungleiche Chancen und Risiken waren bereits seit den 1970er-Jahren Konzepte der Frauen- und Mädchenarbeit, der Familienberatung mit „Unterschichtsfamilien“ oder der „Ausländerpädagogik“ entwickelt worden. Analog dazu wurden in der empirischen Sozialforschung Geschlecht, Sozialstatus, Nationalität zunehmend häufiger erhoben, um in der Auswertung bestimmte Zusammenhänge sichtbar machen zu können. Die Frage nach der Unterschiedlichkeit wurde somit in der Forschung durch die genannte Kategorienbildung und in der Praxis durch zielgruppenspezifische Konzepte beantwortet.

Ebenfalls in den 70er-Jahren des letzten Jahrhunderts entfaltete sich auf der Basis sozialepidemiologischer Daten, die einen klaren Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Erkrankungsrisiko zeigten (vgl. Keupp 1974), eine intensive gesundheitspolitische Reformdiskussion. Es war von der „gesundheitspolitischen Hypothek der Klassengesellschaft“ die Rede (v. Ferber 1971). Dieses geschärfte Bewusstsein für die gesundheitlichen Folgen von Armut und sozialer Ungleichheit ist im Gefolge der weiteren wohlfahrtsstaatlichen Modernisierung zunächst zunehmend verblasst. Im neuen Jahrhundert hat sich diese Situation aber entscheidend verändert. Da Ungleichheiten wachsen und Maßnahmen sozialpolitischer Gegensteuerung zurückgenommen wurden, erfährt das Thema gesundheitliche Ungleichheit eine neue und notwendige Konjunktur. Das gilt für die internationale Forschungslandschaft (vgl. zusammenfassend Mirowsky/Ross 2003, Cockerham 2007) und zunehmend auch für die deutschsprachige Gesundheitsforschung.[6]

[5] Quelle: Synopse der 40 Entwicklungsressourcen nach Lerner/Benson 2004.

[6] Vgl. Keupp 2007; Mielck 2000; Mielck/Bloomfield 2001; Richter/Hurrelmann 2006; Richter/Hurrelmann/Klocke u. a. 2008; Dragano/Lampert/Siegrist 2008.

Das *Robert-Koch-Institut* (RKI 2001; 2003; 2005 a/b) hat sich durch mehrere Publikationen intensiv um die Dokumentation der Befunde zu den gesundheitlichen Folgen von Armutserfahrungen bemüht. Und nicht zuletzt hat jüngst der vom RKI koordinierte *Kinder- und Jugendgesundheitssurvey,* die sogenannte KiGGS-Studie, dieses Thema auf aktuellem Datenniveau in seiner Relevanz unterstrichen (vgl. RKI 2007).

Das Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation für Europa hat in seiner Publikation „Solid Facts“[7] auf die Bedeutung der gerechten Verteilung von gesundheitsrelevanten Ressourcen hingewiesen. „Die Benachteiligung kann unterschiedlichste Formen annehmen, sie kann außerdem absolut oder relativ sein. Das bedeutet beispielsweise, dass keine starken Familienbande bestehen, dass man eine schlechtere Schulbildung mit auf den Weg bekommt, dass man in einer beruflichen Sackgasse steckt oder der Arbeitsplatz nicht gesichert ist, dass man keine anständige Wohnunterkunft hat und seine Kinder unter schwierigen Umständen großziehen muss. Alle diese unterschiedlichen Formen von Benachteiligung betreffen tendenziell immer die gleichen Menschen und haben kumulative Auswirkungen auf ihren Gesundheitszustand. Je länger die Menschen unter belastenden wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen leben müssen, umso stärker machen sich körperliche Verschleißerscheinungen bemerkbar und umso unwahrscheinlicher wird es, dass sie ihre alten Tage gesund erleben können“ (WHO 2004, S. 10).[8]

Die WHO-Autoren betonen auch die biografische Akkumulation von Benachteiligungen: „Der Mensch durchläuft in seinem Leben viele entscheidende Phasen: gefühlsmäßige und materielle Veränderungen in der frühen Kindheit, den Schritt von der Schule zur weiterführenden Ausbildung, den Eintritt ins Arbeitsleben, das Verlassen des Elternhauses, die Gründung einer eigenen Familie, den Wechsel und möglichen Verlust des Arbeitsplatzes und schließlich das Rentnerdasein. Alle diese Veränderungen können gesundheitliche Auswirkungen haben, ob positive oder negative, das hängt davon ab, ob die Menschen einen Weg einschlagen, auf dem sie sozialer Benachteiligung ausgesetzt sind“ (ebd., S. 11). Bei jedem weiteren biografischen Einschnitt und Übergang sind Menschen, die einmal benachteiligt wurden, am stärksten gefährdet.

Der kumulative Effekt von benachteiligenden Lebensbedingungen wird bei Heranwachsenden mit Armutshintergrund deutlich. Einen guten Indikator zumindest für drohende Armutslagen bieten die Sozialhilfedaten. Hier zeigt sich, dass vor allem Kinder und Jugendliche selbst mit wachsender Tendenz Sozialhilfeempfänger werden und damit Armutskarrieren gebahnt werden. Wichtig erscheint dabei die häufig gegebene Kombination von mangelndem Zugang zu Bildungskapital und materiellem Kapital, die – ganz im Sinne von *Bourdieu* (1982) – eine fatale Koalition im Sinne einer doppelten Benachteiligung bilden. Und diese verschärft sich noch, wenn man den Mangel an sozialem Kapital und damit an Bewältigungsressourcen berücksichtigt, der bei Heranwachsenden in Armutslagen nachgewiesen ist. In dieser Kumulation von Benachteiligungen liegen die Ursachen für einen Mangel an sozialer Integration, für einen Mangel an gesellschaftlicher Teilhabe und das Grundgefühl, von den gesellschaftlichen Chancen ausgeschlossen zu sein. „Ausgrenzung“ (Exklusion) und „Teilhabe“ (Inklusion) sind in der Debatte um soziale Ungleichheit zu Schlüsselbegriffen geworden (vgl. Luhmann 1999). Einbezogen sind hiermit Teilhaberechte und deren Realisierungschancen. Dies bezieht die Folgen von Arbeitslosigkeit und Armut für den gesellschaftlichen Zusammenhalt ein, meint aber ebenso Gesundheitssysteme, Bildungschancen und die Freizeitgestaltung ohne Barrieren bei Behinderung (vgl. Böhnke 2005; Kronauer 2002; Callies 2004; Bude 2008; Bude/Willisch 2007; Wansing 2005; Wacker 2008a).

Nicht alle Bevölkerungsschichten sind gleichermaßen vom Risiko sozialer Ausgrenzung betroffen. Langzeitarbeitslosigkeit und Armut, insbesondere wenn sie von Dauer ist, gehen mit einer deutlichen Verschlechterung von Teilhabemöglichkeiten einher. Neben einem fehlenden Berufsabschluss und niedrigem Bildungsniveau sind auch unsichere Beschäftigung, Krankheit, Migrationshintergrund und Behinderung Faktoren, die Erfahrungen von Marginalisierung mit sich bringen und verstärken. Die Einschätzung, außen vor zu sein, beruht auf Lebenssituationen, die neben starker materieller Benachteiligung Identitätsverlust und mangelnde Wertschätzung mit sich bringen. Heranwachsende, die in einer Familie mit einem solchen Exklusionsrisiko bzw. einer dauerhaften Exklusionserfahrung aufwachsen, sind gefährdet, dieses „soziale Erbe“ anzutreten.

Es geht darum, Ungleichheit mehrdimensional zu begreifen und nicht allein auf Armut zu reduzieren. Es geht um die zivilgesellschaftliche Vorstellung von sozialer Zugehörigkeit, Anerkennung und sozialen Rechten.

Die Ursachen für ungleiche Verteilung von Gesundheit werden in der Regel im Zugang zum Gesundheitswesen, im Krankheits- und Gesundheitsverhalten und im Lebensumfeld gesehen. Damit sind zweifellos wichtige verursachende Faktoren benannt. Der englische Gesundheitsforscher *Wilkinson* (2001) hat mit einer gut belegten These Aufsehen erregt und eine intensive fachliche Diskussion ausgelöst: „Unter den entwickelten Ländern weisen nicht die reichsten den besten Gesundheitszustand auf, sondern jene, in denen die Einkommensunterschiede zwischen Reich und Arm am geringsten sind“ (S. XIX). *Wilkinson* fragt sich, warum die Niederlande, Deutschland oder Österreich die gleiche durchschnittliche Lebenserwartung haben wie etwa Costa Rica oder Kuba, obwohl deren Pro-Kopf-Einkommen nur etwa ein Zehntel des Pro-Kopf-Einkommens der reichen Länder beträgt. Er kommt zu der Antwort, dass es nicht um einen objektiven materiellen Standard geht, sondern um die Verteilungsgerechtigkeit innerhalb einer Gesellschaft. Japan hat

[7] In deutscher Sprache 2004 unter dem Titel „Soziale Determinanten von Gesundheit – Die Fakten“.

[8] Verantwortlich für diese Publikation sind Marmot (2004) und Wilkinson (2005).

z. B. die geringsten Einkommensunterschiede und gleichzeitig die höchste Lebenserwartung. In Ländern wie England oder auch Deutschland ist zwar in den letzten Jahrzehnten der Lebensstandard gewachsen, aber gleichzeitig hat sich auch die Schere zwischen Arm und Reich immer weiter geöffnet. Die skandinavischen Länder zeigen sehr viel geringere Unterschiede zwischen Arm und Reich als England und Wales, während dort die Sterbeziffern erhebliche Schichtunterschiede aufweisen. Die Gruppen mit der höchsten Sterblichkeit in Schweden weisen geringere Sterberaten auf als die höchste soziale Schicht in England und Wales.

Wilkinson argumentiert darüber hinaus, dass „gesunde, egalitäre Gesellschaften über einen größeren sozialen Zusammenhalt (verfügen). Das gemeinschaftliche Leben ist stärker ausgeprägt und nicht so leicht zu erschüttern. (…) Größere Ungleichheit bedeutet eine psychologische Last, die das Wohlbefinden der gesamten Gesellschaft beeinträchtigt. Aus den Verbreitungsmustern der modernen Krankheiten geht hervor, dass der entscheidende Punkt in diesem Zusammenhang nicht mehr länger der materielle Lebensstandard ist. Heute geht es vielmehr um die psychosoziale Lebensqualität, die durch materielle Gleichheit unterstützt werden muss“ (S. XIX). Eine in materielle Unterschiede zerfallende Gesellschaft verliert – so die These – ihren inneren Zusammenhalt, ihr „soziales Kapital“, ihre Solidaritätsressourcen, die eine entscheidende Voraussetzung für die individuelle Lebensbewältigung darstellen.

Die Datenlage zum Zusammenhang von materieller Armut, sozialer Exklusion und gesellschaftlichen Gerechtigkeitsdefiziten einerseits und gesundheitlichen Einschränkungen andererseits ist so aussagekräftig, dass sich an dieser Stelle für den vorliegenden Bericht ein besonderer Schwerpunkt ergibt.

Neben der materiellen Ungleichheit gibt es weitere gesundheitsrelevante Ungleichheitsrelationen, die in den Blick genommen werden müssen: Geschlechter- und migrationsbezogene und behinderungsbedingte Unterschiede, aber auch bildende, unterstützende oder therapeutische Orte – wie Schule oder Heime – können „ungesunde“ Wirkungen entfalten. Allerdings ist ein differenzierter Umgang mit den dadurch erfolgten Kategorisierungen erforderlich.

In der jüngeren Diskussion um Heterogenität oder Diversität werden deshalb derartige Kategorisierungen und Zuordnungen zunehmend einer kritischen Überprüfung unterzogen: Für die Praxis wird beispielsweise kritisiert, dass der zielgruppenspezifische Ansatz auf der Annahme homogener Gruppen mit bestimmten Merkmalen, meist Defiziten, basiere; dies gilt insbesondere auch für Menschen mit Behinderung (Wacker 2008b). Sowohl die Unterstellung von Homogenität als auch die Defizitorientierung würden dazu führen, dass die psychosoziale Praxis zur Verfestigung von Zuschreibungen und Stereotypen beitrage, die gerade Teil des Problems sind. Analog gilt dies für die Tendenz in der Forschung, durch Gruppenvergleiche vorschnelle Schlüsse zu ziehen und so beispielsweise soziale Probleme zu kulturalisieren bzw. zu ethnisieren.

Für die Darstellung relevanter aktueller Forschungsergebnisse in diesem Bericht war es in vielen Teilen möglich, auf differenzierende Daten zurückzugreifen. Zugleich galt es, eine wachsende Vorsicht bei den Kriterien der Zuordnung walten zu lassen. Am deutlichsten zeigt sich dies bei der ethnischen Zugehörigkeit: Diese wurde lange Zeit über „nichtdeutsche Staatsangehörigkeit“ gemessen, inzwischen gibt es sehr verschiedene Versuche, stattdessen den „Migrationshintergrund“ einer Person zu erfassen. In der *KiGGS-Studie* etwa wurde die „zu Hause gesprochene Sprache“ als ein Kriterium für die Relevanz von Migrationshintergrund verwendet. Auch diese globale Kategorie wird vielfach problematisiert, da sie wiederum eine sehr heterogene Gruppe mit völlig unterschiedlichen Lebenskontexten umfasse (vgl. z. B. Sinus-Sociovision 2007). Für die Bewertung der KiGGS-Daten etwa wurde mit Recht darauf hingewiesen, dass auch die Zuordnung zu einem Herkunftsland zu wenig differenziert. Migrantinnen und Migranten aus dem gleichen Herkunftsland können in Berlin, München oder Dortmund unter sehr unterschiedlichen Bedingungen leben (ethnische Segregation/Communities, lokale Integrationspolitik, Vorgeschichte der Gruppe an dem Ort). Viele der in solchen Untersuchungen interessierenden Phänomene scheinen stärker vom regionalen Kontext bedingt zu sein, als dies bisher untersucht wird (vgl. Gavranidou 2008b).

Darüber hinaus gibt es inzwischen verstärkt Anstrengungen, Zuordnungen nicht nur von außen vorzunehmen, sondern auch Selbstdefinitionen, d. h. subjektive Zugehörigkeiten, zu untersuchen. So fokussiert etwa eine Untersuchung von *Bude* und *Lantermann* (2006) auf den Unterschied zwischen objektiver sozialer Exklusion und subjektivem Exklusionsempfinden. *Weiß* und *Diefenbach* (2008) diskutieren in ihrer Expertise zur Integrationsberichterstattung u. a. verschiedene Möglichkeiten, die subjektive ethnische Zugehörigkeit und Diskriminierungserfahrung zu erfragen. Auch neuere Analysen zum Leben von Menschen mit Behinderung nehmen deren Behinderungserfahrung in den Blick (Schäfers 2008).

Es ist noch nicht abzusehen, ob die skizzierten Entwicklungen wirklich einen längerfristigen Trend zu einer differenzierteren Forschung markieren. Festzuhalten bleibt, dass die kritische Auseinandersetzung mit vorschnellen Zuschreibungen und (ethnisierenden und anderen stereotypisierenden) Interpretationen an Bedeutung gewinnt und dabei immer häufiger artikuliert wird, dass viele Zusammenhänge in diesem Feld noch nicht untersucht und verstanden sind (vgl. Bundesjugendkuratorium 2005, 2008; Melter 2006; Geisen/Riegel 2007; Gavranidou 2008a; RKI 2008b).

In der Praxis können ähnliche Entwicklungen beobachtet werden. Paradigmatisch ist hier die Diskussion um Geschlechtersensibilität. Schon seit Längerem wird in der feministischen Debatte anerkannt, dass die Unterschiede zwischen Frauen bisweilen entscheidender sein können als die Gemeinsamkeiten und dass verschiedene Diskriminierungserfahrungen sich überlagern (Intersektionalität): Eine schwarze Frau teilt mit einem schwarzen Mann in Deutschland die alltägliche Konfrontation mit Rassismus, die eine weiße Frau nicht kennt; zugleich kann eine schwarze Studentin in Frankfurt wesentlich mehr Teilha-

bechancen haben als eine weiße Rollstuhlfahrerin in einem Dorf. Neben zielgruppenspezifische Ansätze treten daher zunehmend diversitätsorientierte, die alle möglichen Arten von Unterschieden systematisch zu berücksichtigen versuchen. Außer „Race, Class, Gender“ werden hier Behinderung, Generation, Kohorte, sexuelle Orientierung und andere Zugehörigkeiten zu Minderheiten genannt. Die Leitidee solcher diversitätsorientierter Ansätze ist, dass (im Idealfall) alle Maßnahmen und Konzepte daraufhin überprüft werden, ob sie der gesamten Zielgruppe – also etwa der Bevölkerung eines Stadtteils – in all ihrer Vielfalt gerecht werden, wie etwa im Integrationskonzept der Stadt Wien (Struppe 2008). Analog zum Gender-Mainstreaming wird in diesem Zusammenhang dann die Einführung von diversitätsorientiertem oder Cultural-Mainstreaming diskutiert. Die Diskussion hierzu steht jedoch noch relativ am Anfang. Verbreiteter sind im Moment in der Praxis diejenigen Ansätze, die mit dem Begriff der „Interkulturellen Öffnung“ arbeiten. Auch hier ist die Leitidee, die Zielgruppe psychosozialer Angebote besser zu erreichen. Allerdings liegt der Fokus hier meist auf der „kulturellen Vielfalt“, wobei es unterschiedliche Versuche gibt, den Diversity-Gedanken zu integrieren (Waldschmidt/Schneider 2007).

All diese Bemühungen um Differenzierung in den verschiedenen Forschungs- und Praxisfeldern stoßen auf eine systematische Schwierigkeit: Abstrakt lässt sich eine unendliche Vielfalt anerkennen, die Umsetzung kommt aber an der Benennung konkreter Phänomene nicht vorbei. So impliziert etwa die Benennung „typischer Gesundheitsrisiken von …“ und daraus abgeleiteter spezifischer Bedürfnisse die genannte, vereinfachende Konstruktion homogener Gruppen. Dennoch stellt es für einen großen Teil der Mitglieder solcher Gruppen in der Regel vermutlich einen Fortschritt dar, wenn spezifische Risiken erkannt werden. Dieses „Dilemma der Differenz“ wird von Akteuren, die eine Verbesserung der Praxis anstreben, zunehmend gesehen. Es lässt sich nicht auflösen, es kann und muss jedoch immer wieder berücksichtigt werden, dass jede Zuordnung spezifische Vor- und Nachteile mit sich bringt, die gegeneinander abgewogen werden sollten. Konkret werden u. a. folgende Anforderungen an eine in dieser Hinsicht sensible Forschung und Praxis formuliert:

– Für die Forschung gilt der Hinweis, die Kriterien der Zuordnung so transparent wie möglich in ihren Vor- und Nachteilen zu diskutieren, die Zuordnungskriterien kontinuierlich zu überprüfen und der jeweiligen Fragestellung anzupassen (vgl. Diefenbach/Weiß 2006).

– Für Forschung und Praxis gilt die Aufforderung, typische „Problemstellungen“ statt Gruppenzugehörigkeiten in den Vordergrund zu rücken; so ist dann z. B. von Problemen zu sprechen, die in einer Gruppe häufig vorkommen, aber nicht ursächlich mit der Gruppenzugehörigkeit zusammenhängen müssen (vgl. Bundesjugendkuratorium (BJK) 2008).

Entsprechend dem hier skizzierten Stand der Diskussion wird Heterogenität auch im vorliegenden Kapitel als Querschnittsthema behandelt. Das bedeutet, dass es kein Sonderkapitel über Gender, Armut, Migration und Behinderung gibt. Stattdessen werden an verschiedenen Stellen einzelne Konzepte exemplarisch daraufhin befragt, inwiefern sie an Diversitätsorientierung im Allgemeinen und Migrations-, Armuts- oder Geschlechtersensibilität im Speziellen anschlussfähig sind.

3 Prävention und Gesundheitsförderung – Die Grundkonzepte

3.1 Begriffsklärungen

Die im Auftrag für diesen Bericht in den Mittelpunkt gerückten Begriffe gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung lenken den Blick auf zwei unterschiedliche Aufgabenstellungen, die jedoch beide das gleiche Ziel, nämlich die Verbesserung der Gesundheit zu erreichen versuchen, dies jedoch auf unterschiedliche Weise verfolgen. Die gesundheitsbezogene Prävention bemüht sich um eine nachhaltige Reduktion von Belastungen, und der Gesundheitsförderung geht es um die Verbesserung der Ausstattung mit Bewältigungsressourcen. Diese beiden Ansätze stehen in einem Ergänzungs- und nicht in einem Ausschließungsverhältnis zueinander (Hurrelmann/Laaser 2006).

3.1.1 Gesundheitsbezogene Prävention

Prävention im Kontext der Diskussion um Gesundheit zielt darauf, „bekannte Risiken zu vermeiden oder abzubauen, um damit spezifische Krankheiten zu verhindern“ (Faltermaier 2005, S. 299). Sie zielt also vorrangig auf die Vermeidung von Krankheiten und gesundheitlichen Belastungen. Weil Prävention dabei auf unterschiedliche Aspekte bezogen werden kann, gibt es mittlerweile ein breites Spektrum an Varianten.

Am bekanntesten dürfte die von *Caplan* (1964) eingeführte klassische Aufteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention sein, die sich an unterscheidbaren Etappen einer „Krankheitskarriere“ ausrichtet. Primäre Prävention in diesem Sinne soll ganz allgemein und im Vorfeld, also bevor Krankheitssymptome sichtbar werden oder Gefährdungslagen sich zuspitzen könnten, das Auftreten von Krankheiten und Störungen verhindern. Primäre Prävention in diesem weiten Sinn bezieht sich jedoch nicht nur auf die Vorbeugung konkreter Krankheiten, sondern auch auf die Verbesserung gesundheitsrelevanter Lebensbedingungen oder Verhältnisse in Familie, Kommune, Bildungs-, Arbeits- und Freizeiteinrichtungen. Bei der primären Prävention werden daher besonders viele Schnittstellen zur Gesundheitsförderung sichtbar – wobei zu diskutieren wäre, ob dieses weite Begriffsverständnis von Prävention nicht Gefahr läuft, seine Konturen und Inhalte zu verlieren.[9]

Spezifische Interventionen werden als sekundäre Prävention bezeichnet, wenn sie auf erste Symptomatiken, Risikoindikatoren bzw. sich abzeichnende Gefährdungslagen antworten. Es bedarf also einerseits entsprechender Hinweise oder belastender Bedingungen, die für eine dro-

[9] Vgl. für den Bereich der Kriminalprävention Lüders 2000; Deutscher Bundestag 2002, 239; für den Bereich der Gewaltprävention: Arbeitsstelle Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention 2007, S. 22 ff.

hende bzw. sich abzeichnende gesundheitliche Belastung sprechen; andererseits müssen diese so frühzeitig vorliegen, dass die Intervention noch in der Lage ist, nicht nur zu heilen, sondern die gesundheitlichen Belastungen zu verhindern oder mindestens zu mildern. Derartige Konstellationen markieren den eigentlichen Zuständigkeitsbereich von gesundheitsbezogener Prävention und gerade in diesem Feld haben präventive Strategien große Erfolge erzielt.

Tertiäre Prävention fasst Maßnahmen zusammen, die Folgeprobleme oder Chronifizierungen[10] von Krankheiten oder Störungen verhindern sollen (Naidoo/Wills 2003, S. 90; Röhrle 2008, S. 17; Homfeldt/Sting 2006, S. 159). Prävention in diesem Sinne setzt also nach der Erkrankung bzw. der Sichtbarwerdung von Belastungen ein und zielt darauf, entweder das Wiederauftreten oder die Verstetigung zu vermeiden bzw. die Folgen zu mildern. Allerdings ist wiederholt angemerkt worden, dass auch diese Verwendung des Präventionsbegriffs dazu tendiert, in die Irre zu führen, weil die Intervention erst nach dem Auftreten der Probleme einsetzt. Eine derartige Ausweitung des Präventionsverständnisses läuft Gefahr, dass der Begriff beliebig – und im Übrigen unter bestimmten Bedingungen zynisch wird (z. B. geschlossene Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe als Prävention).

Diese Unterteilung von primärer, sekundärer und tertiärer Prävention, die letztlich auch Maßnahmen, die eine Verschlechterung des Krankheitszustandes verhindern sollen (tertiäre Prävention), einbezieht, ist mittlerweile, man muss fast sagen bedauerlicherweise weit verbreitet. Mit guten Gründen wurde vielfach die in ihr angelegte Überdehnung des Präventionsbegriffes kritisiert. Bemängelt wurde, dass in diesen Konstellationen die Interventionen auf bereits eingetretene Probleme reagieren und man von Prävention nur insofern sprechen könnte, als sie möglicherweise eine zukünftige Verschärfung oder das spätere Wiederauftreten der Problematiken vermeiden würden. Eine Folge dieser Kritik war, dass vielen allein sogenannte primär präventiv angelegte Ansätze als die erstrebenswerte Form von Prävention erschienen, was aber wiederum Probleme an anderer Stelle erzeugte. Denn allzu häufig wurde nun von primärer Prävention gesprochen, ohne dass ausgewiesen werden konnte, was genau wie vermieden werden sollte. Plötzlich mutierten allgemeine sozialpolitische Maßnahmen und Bildungsangebote zu Präventivangeboten, wobei nicht selten das Problem, das vermieden werden sollte, austauschbar erschien: Mal war es Suchtverhalten, dann allgemein Delinquenz im Jugendalter, etwas später Gewalt im Jugendalter, zwischendurch Schulversagen, aktuell vor allem Adipositas und Bewegungsarmut.

Um diese Begriffsentgrenzung zu vermeiden, wird im vorliegenden Bericht der Präventionsbegriff nur in der engen Bedeutung des Wortes verwendet. Mit gesundheitsbezogener Prävention werden hier alle Formen von Praxishandeln bezeichnet, die auf die Vermeidung bzw. frühzeitige Linderung gesundheitlicher Belastungen bzw. Krankheiten abzielen. Entscheidend dabei ist, dass es einen mindestens mittelbaren bzw. begründbaren und nachvollziehbaren Zusammenhang zwischen dem praktischen Handeln und dem anvisierten Ziel der Vermeidung gesundheitlicher Belastungen gibt.

Präventionsansätze in diesem Sinne können spezifischer oder unspezifischer Natur sein. Deutlich gemacht werden soll damit, dass auf der einen Seite bei einigen Krankheiten eine bekannte Ursache (ein Erreger, Schadstoffe oder bestimmte Verhaltensweisen) durch gezielte Maßnahmen ausgeschaltet oder kontrolliert werden kann und sollte, und dass auf der anderen Seite durch unspezifische Veränderungen, z. B. in den Lern- oder den Arbeitsbedingungen, die Auftretenswahrscheinlichkeit von Krankheiten und Belastungen verringert werden kann.

Auf dieser Unterscheidung aufbauend wurde vorgeschlagen, die Trennung zwischen universaler, selektiver und indizierter Prävention (Gordon 1983) vorzunehmen. Die universale Prävention zielt auf die Gesamtbevölkerung und soll die Inzidenz[11] von Krankheiten oder Störungen reduzieren. Beispiele hierfür wären Schulprogramme, Massenmedienkampagnen, Reihenimpfungen u. Ä. Die selektive Prävention ist auf spezifische Risikogruppen gerichtet und soll bei diesen die Inzidenz gezielt verringern. Ausgehend von bekannten bzw. gut belegten Risikofaktoren bzw. -bedingungen zielen die jeweiligen Angebote auf die Vermeidung bzw. Verringerung der Risiken und der Auftretenswahrscheinlichkeit bei den jeweiligen Risikogruppen. Viele der jüngeren Bemühungen im Bereich Schutz vor Kindeswohlgefährdung wären ein Beispiel für diesen Typus. Die indizierte Prävention schließlich zielt auf Personen mit manifesten Problemen ab. Vermieden werden soll Komorbidität, also Begleiterkankungen, bei dieser Gruppe. Beispiele wären Angebote bei Schulkindern mit Depressionen oder Raucherentwöhnung bei Jugendlichen.

Eine weitere gängige Unterscheidung lenkt den Blick auf den Gegenstand, der präventiv verändert werden soll. Betont wird dabei einerseits der Aspekt der Verhaltens- und andererseits der Verhältnisprävention. Wenn es um die Modifikation riskanten Verhaltens von Personen (z. B. Rauchen) geht, spricht man von Verhaltensprävention, während Verhältnisprävention auf die Veränderung jener Lebensbedingungen zielt, die entweder krankheitsförderlich sind (z. B. gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen) oder eine gesunde Lebensweise fördern (z. B. Einführung von Schulfrühstück, Fluoridierung des Trinkwassers). Auch wenn der mittlerweile verbreitete Begriff „Verhaltensprävention“ die Sache nur begrenzt trifft, weil Kinder und Jugendliche sich nicht nur verhalten, sondern selbst aktiv und autonom handeln, wird mit der zuletzt genannten Unterscheidung ein wichtiger Aspekt thematisiert. Aufgegriffen wird damit die Frage, ob die präventiven Maßnahmen und Angebote sich vorrangig auf einzelne Personen bzw. Gruppen, ihre Einstellungen, ihr verfügbares Wissen, ihre Alltagsroutinen und ihr Handeln beziehen oder ob sich die Maßnahmen und Angebote vorrangig auf die sozialen Kontexte, wie bestimmte Gefährdungslagen, problematische Gelegenheitsstrukturen, belastende Rahmenbedingungen beziehen.

[10] Chronifizierung bezeichnet den Übergang von einer vorübergehenden zu einer dauerhaften (chronischen) Erkrankung.

[11] Mit dem Begriff Inzidenz wird die Zahl der Neuerkrankungen statistisch beschrieben.

Selbstverständlich sind Ansätze denkbar und werden auch in der Praxis realisiert, die beide Perspektiven erfolgreich verbinden. Doch Krankheit und Gesundheit werden im Alltagsverständnis – unterstützt durch einen eng geführten Medizinbegriff – häufig individualisiert gedacht, also vorrangig mit Personen bzw. Gruppen verknüpft.Von daher ist es – gerade auch im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe – wichtig darauf hinzuweisen, dass Präventionsangebote sich nicht notwendigerweise auf Personen bzw. Personengruppen beziehen müssen, sondern sich auf die sozialen Rahmenbedingungen beziehen können und dabei nicht selten erfolgreicher sind als rein personenbezogene Maßnahmen.

Die Vielfalt von Präventionskonzepten und -ansätzen verlangt, soll gesundheitsbezogene Prävention zukünftig eine wichtige Rolle im der Kinder- und Jugendalter übernehmen, dass die konzeptionellen Voraussetzungen einigermaßen präzise geklärt sind. Im Kern folgen diese und alle anderen Varianten einem ähnlichen Denkmodell:

Alle Präventionskonzepte, nicht nur im Gesundheitsbereich, basieren auf der Vorstellung, dass durch aktives Handeln in der Zukunft möglicherweise eintretende unerwünschte Zustände oder Ereignisse verhindert bzw. abgemildert werden können. Sie teilen insofern eine Ausrichtung des eigenen Handelns an der zukünftigen „Verhinderung von etwas Unerwünschtem“ (Homfeldt/Sting 2006, S. 161). Ihre Ziele sind erreicht, wenn im jeweiligen Fall gesundheitliche Belastungen abgeschwächt oder vermieden worden sind. Insofern sind auch die entsprechenden Interventionen begrenzt, als sie im Falle der Zielerreichung ihre Aufgabe erfüllt haben – anders etwa als bei Konzepten der Gesundheitsförderung oder der Persönlichkeitsbildung, weil diese Prozesse der Sache nach unabschließbar sind.

Prävention setzt voraus, dass man in der Lage ist, mit hinreichender Sicherheit nicht nur zukünftige Entwicklungen vorherzusagen, sondern auch weiß, mit welchen Mitteln sie ggf. im Vorfeld zu verhindern bzw. abzuschwächen sind. Die Lösung für das erste Problem ist üblicherweise die Bestimmung von Wahrscheinlichkeits- und Erfahrungsräumen, auf deren Basis man, wenn auch nicht mit Sicherheit und in jedem Einzelfall, aber doch ausreichend plausibel für bestimmte Konstellationen das wahrscheinliche bzw. erfahrungsgemäße Auftreten von gesundheitlichen Belastungen prognostiziert. Das zweite Problem wird in jüngerer Zeit auf der Basis von Evidence-based-Strategien zu lösen versucht. Beide Prämissen erweisen sich in vielen Fällen aber als durchaus schwer einlösbar. Unterhalb des in pädagogischen Feldern nicht realisierbaren Anspruchs von Technologien und oberhalb der situativen Beliebigkeit fachlichen Handelns versuchen diese Ansätze, bewährte Lösungsansätze für vergleichsweise klar definierte Problemkonstellationen anzubieten (zu den Hintergründen vgl. Struhkamp Munshi 2007; zu den problematischen Prämissen Ziegler 2006; Otto u. a. 2008).

Eine weitere unverzichtbare Voraussetzung von Prävention besteht darin, dass ein Konsens darüber bestehen muss, dass die mit hinreichender Sicherheit erwartbaren Entwicklungen als unerwünscht und deshalb als zu vermeiden zu betrachten sind. Grenzauslotende Verhaltensweisen Jugendlicher ebenso wie die jüngere öffentliche Diskussion zum Rauchverbot oder zum öffentlichen Umgang mit Alkohol liefern anschauliche Beispiele dafür, dass diese Grenzziehungen, was noch jeweils als akzeptabel gilt und an welchen Stellen präventiv – z. B. durch Aufklärung, Kontrollen oder Verbote – eingegriffen werden sollte, nicht immer einfach zu ziehen sind. Jedes präventive Agieren setzt aber eine derartige Entscheidung darüber, was jeweils als unerwünscht zu gelten hat, voraus. Weil diese Entscheidungen nur selten als solche sichtbar gemacht und der Diskussion anheimgestellt werden, verweisen Kritiker auf das Problem der „impliziten Normativität“ präventiver Ansätze, die nicht selten unausgesprochen „Vorstellungen vom konformen, normalen Verhalten bzw. von Normalentwicklung und von Normabweichungen“ beinhaltet (Homfeldt/Sting 2006, S. 161). Für die Fachpraxis bedeutet dies, dass es eines eigenen Schrittes bedarf, sich darüber klar zu werden, welche u. U. in der Zukunft eintretenden Ereignisse, Handlungsweisen, Konstellationen vonseiten der Kinder und Jugendlichen – etwas schematisch formuliert – als erwünscht, als problematisch, aber noch hinnehmbar, oder aber als Anlass, selbst aktiv zu werden, verstanden werden sollen und welche Kriterien dieser Einschätzung zugrunde liegen.

Die Kritik an der oftmals impliziten Normativität und der Verweis auf die häufig fehlende Diskussion der jeweils zugrunde liegenden Normalitätsvorstellungen ist insofern von weitreichender Bedeutung, weil sich bei jeder Prävention die Frage stellt, wer Situationen mit einer gewissen Plausibilität als zukünftig gefährdend definiert. Ein Blick in die Praxis offenbart, dass die Definition des Präventionsbedarfs vorrangig – gerade im Gesundheitsbereich – eine Aufgabe der jeweiligen Expertinnen und Experten ist. Meist auf der Basis von Wissenschaft und Forschung, seltener auf der Basis bewährter Praxiserfahrung, definieren vorrangig sie, welche Zustände als unter Gesundheitsgesichtspunkten unakzeptabel (z. B. Rauchen) und welche Konstellationen als besonders gefährdend zu gelten haben (z. B. Binge drinking). So plausibel in vielen Fällen diese Dominanz des Expertensystems auch ist, so führt sie dazu, dass die Sichtweisen der Kinder und Jugendlichen häufig zu kurz kommen und dass diese vorrangig unter dem Blickwinkel der Gefährdungen wahrgenommen werden – auch weil es die Erwachsenen bzw. die Expertinnen und Experten vermeintlich oder auch tatsächlich besser wissen. Prävention in pädagogischen Feldern – auch in Bezug auf Fragen der Gesundheit – kann jedoch nur gelingen, wenn die Sichtweisen und Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen systematisch einbezogen werden. Wer glaubt, gesundheitsbezogene Prävention ohne Bezugnahme auf die Körperpraktiken und die jeweiligen szenetypischen körperbezogenen Diskurse von Kindern und Jugendlichen und deren Einbeziehung realisieren zu wollen, wird in den meisten Fällen unweigerlich scheitern. Allerdings spricht auch viel dafür, dass bislang Prävention und Beteiligung von Kindern und Jugendlichen noch als zwei sehr disparate Themen in der Fachdiskussion gehandelt werden.

Die angedeuteten Herausforderungen und die in der Sache selbst eingewobenen Risiken (wie der Unsicherheit von Prognosen oder die unvermeidliche Normativität),

die mit einem reflektierten und sachlich angemessenen Verständnis von Prävention einhergehen, haben wiederholt dazu geführt, dass gleichsam das Kind mit dem Bade ausgeschüttet wird und Prävention als Ansatz abgelehnt wurde und nur noch für Bildung bzw. hier in Rede stehenden Zusammenhang für Gesundheitsförderung plädiert wurde.[12] Unterstützung erhielten derartige Argumente durch die ständige Ausweitung des Präventionsgedankens sowohl auf neue Felder als auch immer jüngere Altersgruppen, bis man kurz vor der Geburt angekommen ist. Der damit verbundenen Vorverlagerung der öffentlichen Aufmerksamkeit, die fast unvermeidlich mit jedem Präventionsansatz verbunden ist, wohne, so wird argumentiert, eine Tendenz zum Präventionsstaat im Sinne einer die Lebensformen der Bürgerinnen und Bürger bis in alle Nischen prägenden öffentlichen Normierung und Disziplinierung, auch „Nanny state“ genannt, inne.

Dieser mitunter leichtfertigen Ausweitung des Präventionsgedankens auch in der Kinder- und Jugendhilfe und der gesundheitsbezogenen Prävention, aber nicht nur dort, ist ein in der Sache begründetes, seine eigene Grenzen und Möglichkeiten, Voraussetzungen und Chancen bedenkendes Präventionsverständnis im oben angedeuteten Sinne entgegenzustellen. Dazu gehört vor allem die Konzentration des Präventionsbegriffes auf jene Bereiche, bei denen man mit guten Gründen angeben kann, was auf welchem Weg vermieden werden soll – bzw. etwas präziser formuliert –, also auf jene sich entwickelnden Problemkonstellationen, bei denen man begründet und für andere überprüfbar bzw. diskutierbar Auskunft geben kann, inwiefern zukünftig mit unerwünschten Entwicklungen zu rechnen ist, inwiefern diese Entwicklungen als unerwünscht zu betrachten sind und welche frühzeitigen Interventionen als begründet aussichtsreich erscheinen, diese zu vermeiden bzw. zu entschärfen. Auf die darin liegenden Chancen im Bereich der gesundheitsbezogenen Prävention als ein Element abgestimmter Strategien von Gesundheitsförderung zu verzichten, wäre leichtsinnig.

[12] In der internationalen und nationalen gesundheitsbezogenen Fachdiskussion haben die zuvor skizzierten Einwände und die in der Sache selbst begründeten Schwierigkeiten dazu geführt, dass die Prävention, trotz der unstrittigen Erfolge gerade in der frühzeitigen Bekämpfung von Krankheiten, mittlerweile zu einem sehr umstrittenen Denkmodell geworden ist und man stärker auf die positiv besetzten Strategien der Gesundheitsförderung bzw. auf die Verknüpfung belastungssenkender (präventiver) und ressourcensteigernder (gesundheitsförderlicher) Ansätze setzt (vgl. Rosenbrock/Michel 2007).

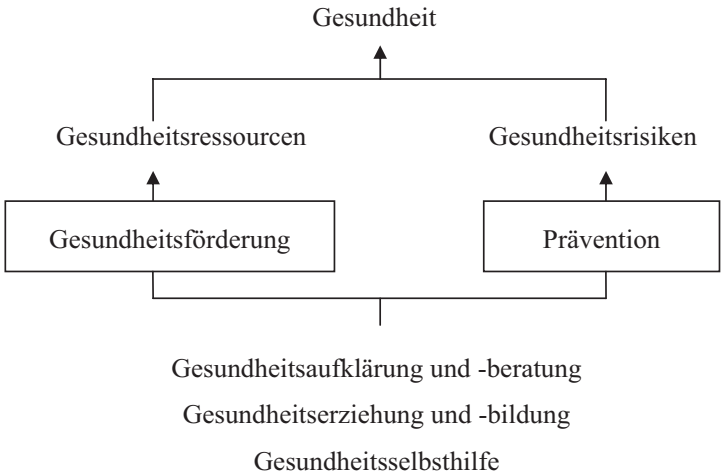
3.1.2 Gesundheitsförderung

Im Unterschied zu den Präventionsdiskursen verfolgt das Konzept der Gesundheitsförderung eine zivilgesellschaftliche Perspektive (Laverack 2007). Gesundheit wird als ein integraler Bestandteil souveräner alltäglicher Lebensführung betrachtet und was diese unterstützt, wird als gesundheitsförderlich angesehen. Dazu zählt die Förderung von selbstbestimmten Lebensweisen, Kompetenzen, von Wohlbefinden und Lebensqualität, aber auch die Pflege von förderlichen materiellen, sozialen und ökologischen Ressourcen und die Reduktion gesellschaftlich ungleich verteilter Risiken, Stressoren und Belastungen.

So wichtig es ist, die Differenz von Prävention und Gesundheitsförderung zu betonen, so klar ist aber auch, dass sie nicht völlig trennscharf vorgenommen werden kann. Eine wichtige konzeptuelle Brücke der Perspektive der Gesundheitsförderung zum Präventionsdiskurs besteht in der Annahme, dass gesundheitsförderliche Maßnahmen zugleich auch präventiv wirken. Es wird dafür plädiert, diese Orientierungen „bewusst zu kombinieren“ (Franzkowiak 2006, S. 20). Auch der *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* hat in seinem Jahresgutachten von 2000/2001 für eine sinnvolle Komplementarität von einem risiko- und ressourcenorientierten Zugang plädiert, die im Falle sinnvoller Synergie zum gemeinsamen Ziel der Verbesserung von Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit ihren je eigenen unverzichtbaren Beitrag zu leisten haben. Das wird auch in dem Ordnungsschema von *Waller* (2002, S. 119) veranschaulicht:

Abbildung 3.1

Gesundheitsförderung und Prävention: Strategien und Methoden



Quelle: Waller 2002, S. 119

Ohne unser Wissen über gesundheitliche Risiken, das eher aus einer pathogenetischen Forschungstradition kommt, zu vernachlässigen, nimmt der vorliegende Bericht in seiner Zentralperspektive eine salutogenetische Orientierung ein, die zur wichtigsten konzeptuellen Basis für die Gesundheitsförderung geworden ist. Gerade die Ansatzpunkte der Kinder- und Jugendhilfe sind hier im besonderen Maße anschlussfähig. Im Folgenden soll deshalb dargestellt werden, was es mit den beiden Begriffen Pathogenese und Salutogenese auf sich hat.

3.2 Gesundheitswissenschaftliche Bezugspunkte

3.2.1 Die Zielperspektive der WHO: Die Ottawa-Charta

Das Konzept der Gesundheitsförderung wurde 1986 von der *Weltgesundheitsorganisation* (WHO) entwickelt und in der sogenannten *Ottawa-Charta* zusammengefasst. Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind danach die Lebensbedingungen der Menschen (Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit). Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig an diese Grundvoraussetzungen gebunden:

Das WHO-Konzept der Gesundheitsförderung

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.“[13]

In Nachfolgekonferenzen zu der Tagung in Ottawa wurden einzelne Handlungsbereiche der *Ottawa-Charta* spezifiziert. Dabei wurde zwischen drei grundlegenden Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung unterschieden:

- *Anwaltschaftliches Eintreten für Gesundheit*: Dies meint, dass alle in der Gesundheitsförderung Tätigen aktiv für Gesundheit eintreten im Sinne der Beeinflussung politischer, ökonomischer, sozialer, kultureller, biologischer sowie von Umwelt- und Verhaltensfaktoren.
- *Befähigen und Ermöglichen* zielt auf Chancengleichheit auch im Bereich der Gesundheit ab. Alle Menschen sollen befähigt werden, ihr größtmöglichstes Gesundheitspotenzial zu verwirklichen. Dies bezieht sich sowohl auf Geborgenheit und Verwurzelung in einer unterstützenden sozialen Umwelt, den Zugang zu allen wesentlichen Informationen, die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten als auch auf die Möglichkeit, selber Entscheidungen in Bezug auf die eigene Gesundheit treffen zu können bzw. Einfluss zu nehmen auf die Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen.
- *Vermitteln und Vernetzen* meint eine Handlungsstrategie, in der alle Bereiche wie Politik, Gesellschaft, Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbst organisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen koordiniert zusammenwirken.

Weiter sind darin fünf Handlungsbereiche aufgeführt, in denen eine so verstandene Gesundheitsförderung realisiert werden soll und die in den Leitlinien dieses Berichtes wieder aufscheinen (vgl. Teil E, Kap 21.4.). Diese beziehen sich auf

Erstens: Die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik:

„Gesundheitsförderung beinhaltet weit mehr als medizinische und soziale Versorgung. Gesundheit muss auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden. Politikern müssen dabei die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen und ihre Verantwortung für Gesundheitsförderung verdeutlicht werden. Dazu wendet eine Politik der Gesundheitsförderung verschiedene, sich gegenseitig ergänzende Ansätze an, u. a. Gesetzesinitiativen, steuerliche Maßnahmen und organisatorisch strukturelle Veränderungen. Nur koordiniertes, verbündetes Handeln kann zu einer größeren Chancengleichheit im Bereich der Gesundheits-, Einkommens- und Sozialpolitik führen. Ein solches gemeinsames Handeln führt dazu, ungefährlichere Produkte, gesündere Konsumgüter und gesundheitsförderlichere soziale Dienste zu entwickeln sowie sauberere und erholsamere Umgebungen zu schaffen.

[13] Vgl.: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German

Eine Politik der Gesundheitsförderung muss Hindernisse identifizieren, die einer gesundheitsgerechteren Gestaltung politischer Entscheidungen und Programme entgegenstehen. Sie muss Möglichkeiten einer Überwindung dieser Hemmnisse und Interessensgegensätze bereitstellen. Ziel muss es sein, auch politischen Entscheidungsträgern die gesundheitsgerechtere Entscheidung zur leichteren Entscheidung zu machen."[14]

Zweitens: Die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten:

„Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen. Eine systematische Erfassung der gesundheitlichen Folgen unserer sich rasch wandelnden Umwelt – insbesondere in den Bereichen Technologie, Arbeitswelt, Energieproduktion und Stadtentwicklung – ist von essenzieller Bedeutung und erfordert aktives Handeln zugunsten der Sicherstellung eines positiven Einflusses auf die Gesundheit der Öffentlichkeit. Jede Strategie zur Gesundheitsförderung muss den Schutz der natürlichen und der sozialen Umwelt sowie die Erhaltung der vorhandenen natürlichen Ressourcen mit zu ihrem Thema machen."[15]

Drittens: Die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen:

„Die Stärkung von Nachbarschaften und Gemeinden baut auf den vorhandenen menschlichen und materiellen Möglichkeiten der größeren öffentlichen Teilnahme und Mitbestimmung auf. Selbsthilfe und soziale Unterstützung sowie flexible Möglichkeiten der größeren öffentlichen Teilnahme und Mitbestimmung für Gesundheitsbelange sind dabei zu unterstützen bzw. neu zu entwickeln. Kontinuierlicher Zugang zu allen Informationen, die Schaffung von gesundheitsorientierten Lernmöglichkeiten sowie angemessene finanzielle Unterstützung gemeinschaftlicher Initiativen sind dazu notwendige Voraussetzungen."[16]

Viertens: Die Unterstützung und Förderung von persönlichen Kompetenzen:

„Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten. Sie will dadurch den Menschen helfen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben, und will ihnen zugleich ermöglichen, Veränderungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zu gute kommen.

Es gilt dabei, Menschen zu lebenslangem Lernen zu befähigen, und ihnen zu helfen, mit den verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuellen chronischen Erkrankungen und Behinderungen umgehen zu können. Dieser Lernprozess muss sowohl in Schulen wie auch zu Hause, am Arbeitsplatz und innerhalb der Gemeinde erleichtert werden. Erziehungsverbände, die öffentlichen Körperschaften, Wirtschaftsgremien und gemeinnützige Organisationen sind hier ebenso zum Handeln aufgerufen wie die Bildungs- und Gesundheitsinstitutionen selbst."[17]

Fünftens: Die Neuorientierung der Gesundheitsdienste:

„Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung wird in den Gesundheitsdiensten von Einzelpersonen, Gruppen, den Ärzten und anderen Mitarbeitern des Gesundheitswesens, den Gesundheitseinrichtungen und dem Staat geteilt. Sie müssen gemeinsam darauf hinarbeiten, ein Versorgungssystem zu entwickeln, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und weit über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht.

Die Gesundheitsdienste müssen dabei eine Haltung einnehmen, die feinfühlig und respektvoll die unterschiedlichen kulturellen Bedürfnisse anerkennt. Sie sollten dabei die Wünsche von Individuen und sozialen Gruppen nach einem gesünderen Leben aufgreifen und unterstützen sowie Möglichkeiten der besseren Koordination zwischen dem Gesundheitssektor und anderen sozialen, politischen, ökonomischen Kräften eröffnen."[18]

Die Charta bietet damit ein inhaltliches und methodisches Modell an, dessen gesundheitspolitisches Leitbild als Paradigmenwechsel von der Verhütung von Krankheiten zur Förderung von Gesundheit beschrieben werden kann.

[14] Vgl. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German
[15] Vgl. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German
[16] Vgl. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German
[17] Vgl. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German
[18] Vgl. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German

Im Jahr 2005 wurde mit der *Bangkok-Charta* zur Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt die WHO-Position noch einmal unterstrichen und weiterentwickelt:

Auszug aus der Bangkok-Charta zur Gesundheitsförderung

„Die Vereinten Nationen erkennen an, dass das Erreichen des höchstmöglichen Gesundheitsstandards eines der fundamentalen Rechte aller Menschen ohne Unterschied darstellt. Gesundheitsförderung basiert auf diesem wesentlichen Menschenrecht. Dieses positive und umfassende Konzept begreift Gesundheit als einen Bestimmungsfaktor für Lebensqualität einschließlich des psychischen und geistigen Wohlbefindens. Gesundheitsförderung ist der Prozess, Menschen zu befähigen, die Kontrolle über ihre Gesundheit und deren Determinanten zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern. Gesundheitsförderung ist eine Kernaufgabe der öffentlichen Gesundheit und trägt zur Bekämpfung übertragbarer wie nicht übertragbarer Krankheiten sowie zur Eindämmung anderer Gesundheitsgefährdungen bei“.[19]

Betont wird in der *Bangkok-Charta*, dass die Gefährdung von Kindern und von Menschen mit Behinderungen zugenommen hätte und deshalb besondere Anstrengungen zur Gesundheitsförderung dieser Gruppen erforderlich seien.

Ganz im Sinne der Zielentwicklungen der WHO ist die Programmatik von New Public Health entwickelt worden (vgl. Tulchinsky/Varavikova 2000, Flick 2002). Sie knüpft an eine lange Tradition von Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung an, die als „Öffentliche Gesundheit“ (Public Health) bezeichnet wurde (vgl. MacDonald 2003). Das waren anfangs vor allem sanitäre und hygienische Reformen wie die Versorgung mit sauberem Trinkwasser, Abfallbeseitigung, Lebensmittelhygiene oder Arbeitsschutzmaßnahmen. Die Handlungsziele dieser Reformmaßnahmen unterschieden sich in wichtigen Dimensionen vom individualmedizinischen Umgang mit Gesundheitsrisiken und -problemen: Bezogen wurden die Maßnahmen auf ganze Populationen und nicht auf einzelne Individuen; es kam zu einer stärkeren Beachtung gesellschaftlicher Einflussfaktoren auf Gesundheit/Krankheit und sozial bedingt ungleicher Gesundheitschancen; ins Blickfeld gerieten die Policy-Ansätze staatlicher Instanzen, die Strukturentscheidungen der Gesundheitspolitik und die daran beteiligten Interessengruppen. In den 80er-Jahren des letzten Jahrhunderts entstand so ein neues Interesse an gesundheitsbezogenen Maßnahmen, die das Gesamtfeld der öffentlichen Förderung von Gesundheit erfassen sollten. Angezielt wurde eine „gesundheitsfördernde Gesamtpolitik“, die über die klassische Aufgabenstellung der Gesundheitspolitik hinausreicht und die Bereiche Bildung, Ökologie, Sozialpolitik (und damit auch die Kinder- und Jugendhilfe) einbezieht, weil sie die Lebenschancen, Ressourcen und damit auch die gesundheitliche Situation der Bevölkerung entscheidend mit beeinflussen.

Die Europäische Union verfolgt in ihren aktuellen gesundheitspolitischen Positionierungen diese programmatische Aufgabenstellung, z. B. im „Grünbuch“ (Kommission der Europäischen Union 2005, im „Weißbuch“ (Kommission der Europäischen Union 2007) oder auch im „Konsensuspapier: Psychische Gesundheit in den Bereichen Jugend und Bildung“ (Jané-Llopis/Braddick 2008). Der Ansatz von New Public Health stellt die konsequente Umsetzung der Prinzipien der Gesundheitsförderung dar (MacDonald 2005). Er ist anschlussfähig für Empowerment-Strategien (Laverack 2005; vgl. Kap. 3.2.3) und den Diskurs zu Verwirklichungschancen und die damit verbundene Frage nach der Gerechtigkeit im Zugang zu Ressourcen (Green/Labonté 2008; vgl. Kap. 3.2.5). Auch eine Psychologie der Gesundheitsförderung findet in der Public Health-Perspektive ein tragfähiges Fundament (vgl. v. Lengerke, 2007).

3.2.2 Von der Pathogenese zur Salutogenese

3.2.2.1 Die salutogenetische Perspektive

Die starke Betonung des Aspektes der Gesundheitsförderung in der *Ottawa-Charta* hat ihre Entsprechung in einer seit Längerem in der sozialwissenschaftlichen Gesundheitsforschung entwickelten Sichtweise, die neben Belastungen und Risiken auch den Ressourcen und Schutzfaktoren eine wesentliche Bedeutung für Gesundheit und Wohlbefinden beimisst. Für den Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit folgte daraus, dass neben den ausschließlich „objektiven“ somatischen Parametern wie Mortalitätsrisiken und Unfallstatistiken, die bislang zur Beschreibung der Gesundheit in der Gesundheitsberichterstattung herangezogen wurden, Beeinträchtigungen berücksichtigt wurden, die das Wohlbefinden und die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen nachhaltig beeinflussen. Es zeigte sich, dass diese Gruppe nicht so gesund ist, wie lange angenommen (vgl. Kolip u. a. 1995). Die Ergebnisse aus dem Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit verweisen zum einen darauf, dass eine Reihe von Kindern und Jugendlichen und auch deren Familien nicht in der Lage sind, die vielfältigen Entwicklungsanforderungen positiv zu bewältigen. Zum anderen zeigt sich aber auch, dass Kinder und Jugendliche trotz Benachteiligung und einem erhöhten Risiko des Aufwachsens nicht alle (psychisch) krank werden, wie u. a. *Werner* und *Smith* (1982) in einer Längsschnittstudie zeigen konnten. Mit dieser Studie nahm die Resilienzforschung ihren Anfang, die sich vor allem mit der Frage auseinandersetzt, welche schützenden, auch protektiv genannten Faktoren die Risiken bzw. Belastungen beeinflussen.

Eine ähnliche Frage: „Was befähigt die Menschen zu gesunder psychischer und körperlicher Entwicklung?“, beschäftigte auch den Medizinsoziologen *Antonovsky*, als er sein Modell der Salutogenese (1979, 1988, 1997) ent-

[19] Vgl. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_German_version.pdf

wickelte. Ausgangspunkt seiner Überlegungen bildete das für ihn überraschende Ergebnis einer epidemiologischen Studie zur Stressbelastung in der Menopause bei verschiedenen ethnischen Gruppen: Frauen, die den Holocaust überlebt haben, sind trotz dieser traumatischen Erfahrungen psychisch und körperlich gesund geblieben.

Mit seinem Konzept, das das Selbstbild, handlungsfähig zu sein, als ein wesentliches Moment von Gesundheit sieht, knüpft *Antonovsky* an die in der WHO formulierten zentralen Anliegen der Gesundheitsförderung an. Er stellt die Ressourcen in den Mittelpunkt, die ein Subjekt mobilisieren kann, um mit belastenden und widersprüchlichen Alltagserfahrungen produktiv umgehen zu können und nicht krank zu werden.

Antonovsky entwickelte sein Modell der sogenannten Salutogenese in einer Zeit, in der der gesellschaftliche und wissenschaftliche Hintergrund geprägt war von einer kritischen Auseinandersetzung mit dem traditionellen System der Gesundheitsversorgung. Dieses wurde als zu organ- und symptombezogen und als zu „mechanisch" kritisiert. Die Auseinandersetzung mit dem Gesundheits-Krankheitsbegriff verdeutlichte zudem, dass Gesundheit und Krankheit sehr komplexe, nur schwer definierbare Phänomene sind (vgl. Franke 1993, Faltermaier 1994).

Das Konzept der Salutogenese basiert auch auf der Feststellung, dass Gesundheit und Krankheit keine einander ausschließenden Zustände sind, sondern als ständige Bewegung auf einem Kontinuum zwischen den zwei Extrempolen – Gesundheit und Krankheit – vorstellbar sind. Jeder Mensch ist nicht nur gesund oder krank, sondern bewegt sich zwischen diesen beiden Polen und ist relativ gesund bzw. relativ krank.

Mit dem Modell der Salutogenese will *Antonovsky*, ähnlich wie die Resilienzforschung (vgl. Kap. 3.2.2.5), eine Antwort auf die für ihn zentrale Fragestellung geben: Warum bleiben Menschen trotz vieler potenziell gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund? Wie schaffen sie es, sich von Erkrankungen wieder zu erholen? Was ist das Besondere an Menschen, die trotz extremster Belastungen nicht krank werden?

Er geht davon aus, dass der menschliche Organismus als System permanent (natürlichen) Einflüssen und Prozessen ausgesetzt ist, die eine Störung seiner Ordnung, d. h. seiner Gesundheit, bewirken. Gesundheit ist kein stabiler Gleichgewichtszustand, sondern muss in der Auseinandersetzung mit äußeren und inneren Einflüssen (Stressoren) kontinuierlich neu aufgebaut werden. Leitend ist dabei die Prämisse, dass die menschliche Existenz von Ungleichgewicht gekennzeichnet ist, dass Menschen ständig mit belastenden Lebenssituationen konfrontiert sind. Welche Wirkungen diese auf den Organismus haben – pathogene, neutrale oder gesunde – hängt davon ab, wie mit dem durch die Stressoren hervorgerufenen Spannungszustand umgegangen wird. Nach dem salutogenetischen Modell sind es vor allem die *generalisierten Widerstandsressourcen*, die bedeutsam sind, um Schutz und Widerstand gegenüber Stressoren aufzubauen, bzw. die die Kraftquellen einer positiven Entwicklung darstellen. Sie beeinflussen wesentlich den Erhalt oder die Verbesserung von Gesundheit, Lebenszufriedenheit und Lebensqualität. Diese Widerstandsressourcen sind angesiedelt:

– Im Individuum: organisch-konstitutionelle Widerstandsressourcen, Intelligenz, Bildung, Bewältigungsstrategien und Ich-Stärke, die nach *Antonovsky* eine der zentralen emotionalen Widerstandressourcen darstellt, als emotionale Sicherheit, als Selbstvertrauen und positives Selbstgefühl in Bezug auf die eigene Person.

– Im sozialen Nahraum: Zu den Widerstandsressourcen zählen aber auch wesentlich die sozialen Beziehungen zu anderen Menschen. Diese beinhalten das Gefühl, sich zugehörig und „verortet" zu fühlen, Vertrauen und Anerkennung durch für einen selbst bedeutsame Andere zu erfahren und durch die Beteiligung an zivilgesellschaftlichem Engagement sich als selbstwirksam erleben zu können. Hinzu kommt die Möglichkeit, sich Unterstützung und Hilfe von anderen Menschen zu holen und sich auf diese zu verlassen.

– Auf gesellschaftlicher Ebene: Widerstandsressourcen entstehen durch die Erfahrung von Anerkennung über die Teilhabe an sinnvollen Formen von Tätigkeiten und ein bestimmtes Maß an Sicherheit, mit diesen seinen Lebensunterhalt bestreiten zu können (Verfügbarkeit über Geld, Arbeit, Wohnung …).

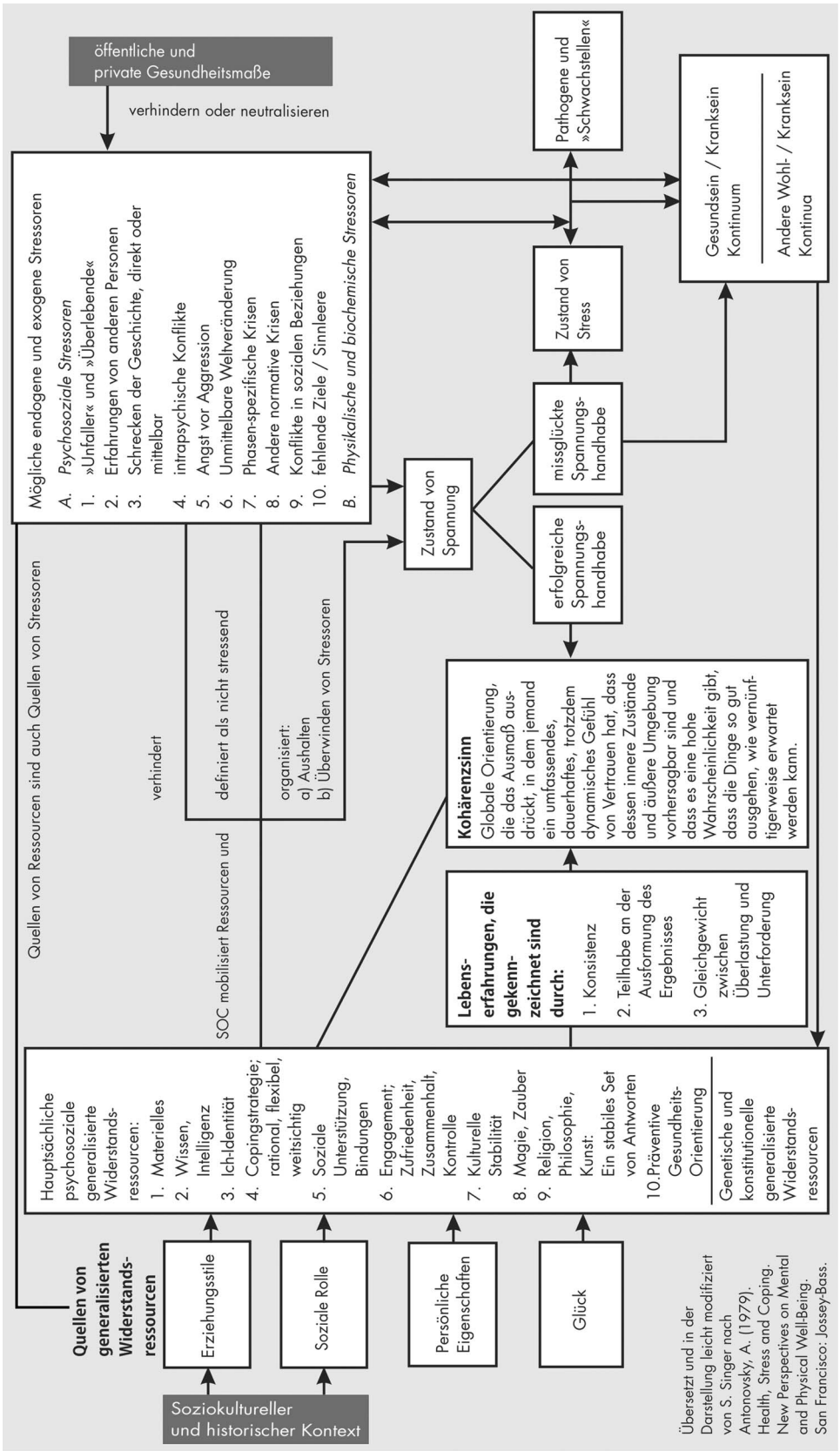
– Auf der kulturellen Ebene: Widerstandsressourcen vermittelt auch der Zugang zu kulturellem Kapital im Sinne tragfähiger Wertorientierungen (bezogen aus philosophischen, politischen, religiösen oder ästhetischen Quellen).

Der Mensch steht demnach als Ganzes mit seiner Biografie im Mittelpunkt und nicht nur seine Erkrankung bzw. seine Symptome. Fehlen diese Widerstandsressourcen, spricht *Antonovsky* von generalisierten Widerstandsdefiziten, die die Wahrscheinlichkeit gesundheitlicher Beeinträchtigungen erhöhen. Allerdings geht er auch davon aus, dass die Widerstandsressourcen allein nicht ausschlaggebend für die Bewältigung von Problemen sind, denn ein Teil der Probleme liegt in der nicht ausreichenden Nutzung der vorhandenen Ressourcen. Man muss Ressourcen erkennen und die Fähigkeit besitzen, die richtigen zu aktivieren und für sich nutzbringend einzusetzen. Diese Fähigkeit bzw. dieses Grundgefühl, das *Antonovsky* als Kohärenzgefühl bezeichnet, ist der zentrale Baustein im Modell der Salutogenese.

In dieses Modell versucht *Antonovsky* eine Vielzahl von makro-, meso- und mikrosozialen Faktoren zu integrieren, und es weist einen hohen Grad von Komplexität auf:

Abbildung 3.2

Modell der Salutogenese mit makro-, meso- und mikrosozialen Faktoren

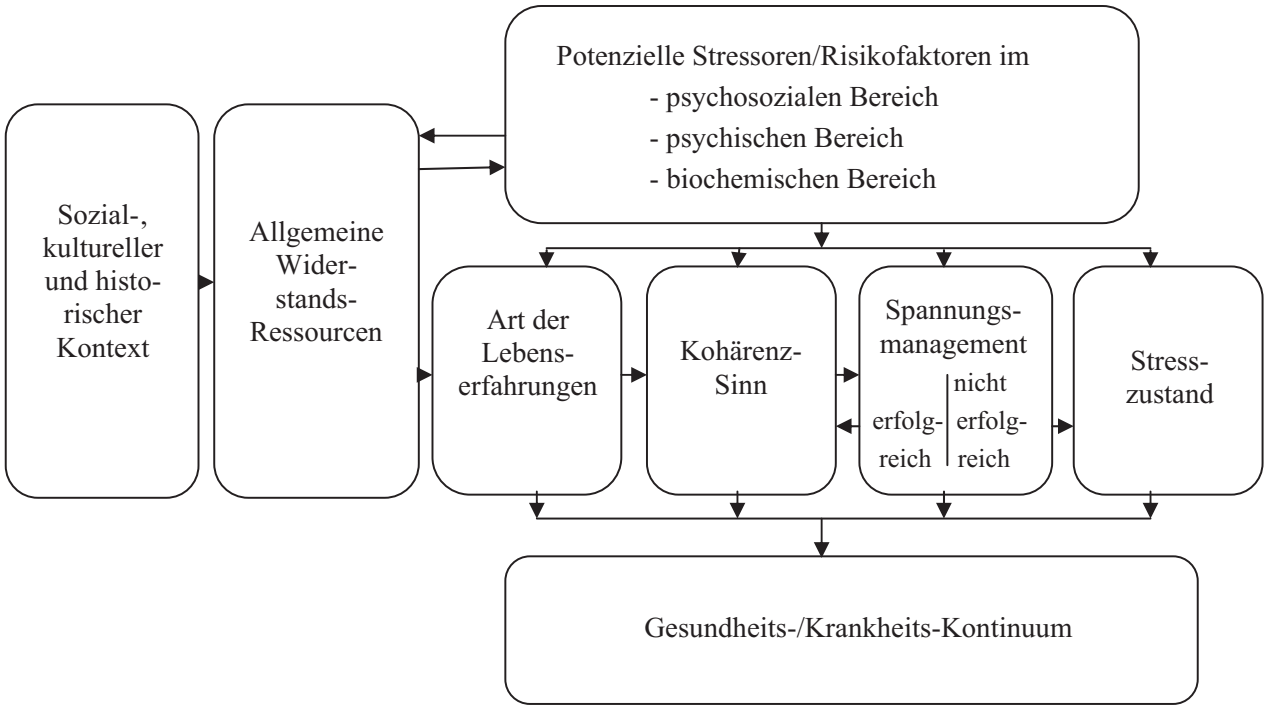


Quelle: Singer, Brähler: Die „Sense of Coherence Scale“ (2007), S.12

Wenn man die Komplexität im Sinne besserer Übersichtlichkeit zu reduzieren versucht, dann kommt man zu der folgenden Darstellung:

Abbildung 3.3

Das salutogenetische Modell nach Antonovsky



Quelle: Antonovsky 1979, S. 185

Das *Kohärenzgefühl* (SOC), das das Herzstück dieses Modells ausmacht, ist das Ergebnis eines individuellen Lern- und Entwicklungsprozesses hinsichtlich der Sinnhaftigkeit des eigenen Handelns, der Verstehbarkeit und Gestaltbarkeit der eigenen Lebensbedingungen. Das Kohärenzgefühl beschreibt eine generelle Lebenseinstellung des Individuums, in dem sich ein umfassendes und überdauerndes Gefühl des Vertrauens ausdrückt, dass

– Ereignisse, die einem im Leben passieren, strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind (= Verstehbarkeit);

– man in der Lage ist, den gestellten Anforderungen gerecht zu werden und sie konstruktiv bewältigen zu können (= Handhabbarkeit);

– diese Anforderungen Herausforderungen darstellen, für die es sich lohnt, sich zu engagieren und anzustrengen (= Bedeutsamkeit/Sinnhaftigkeit).

Pragmatisch gewendet könnte man das Kohärenzgefühl auch als *Handlungsbefähigung* beschreiben (vgl. Grundmann 2006, S. 155 ff.). Dieses basiert auf der Einschätzung dessen, „was ist, was man hat, was man kann und wozu man fähig ist“. Etwas systematischer formuliert, also auf dem

– dem Erkennen der eigenen Situation und eines Handlungsbedarfes,

– dem Erkennen und Abschätzen der verfügbaren individuellen und in der Konstellation gegebenen Handlungsoptionen und -ressourcen,

– der Überzeugung, selbst handlungsfähig zu sein, sowie

– der Fähigkeit kontextangemessen zu handeln“ (Grundmann 2006).

Die Einsicht, dass die Überzeugung, selbst handlungsfähig zu sein, eine zentrale „Variable“ für die Bewältigung der zum Teil höchst widersprüchlichen Handlungsanforderungen des Lebens darstellt, ist nicht neu. Die Arbeiten von *Bandura* aus den achtziger Jahren zu den Selbstwirksamkeitserwartungen, dem viel zitierten „*locus of control*“ (Bandura 1997) oder etwas später von *Flammer* (1990) lieferten bereits die zentralen Thesen und empirischen Argumente. Die jüngeren Diskussionen zum Konzept *agency* (Homfeldt u. a. 2008) und die Weiterentwicklungen des *capability*-Ansatzes, der in Deutschland auch unter den Begriffen *Verwirklichungschancen* oder *Befähigungsansatz* firmiert (vgl. Kap. 3.2.5), sowie die reiche Forschungstradition zum Konzept der *Selbstwirksamkeit* und zur *Salutogenese* stellen eine Fülle von Hinweisen zur Verfügung, wie Handlungsbefähigung im Verlauf der Sozialisation entsteht bzw. verhindert wird.

Die Daten belegen eindeutig, dass ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl bzw. die stark ausgeprägte Überzeugung, selbst handlungsfähig zu sein, dazu führen, dass ein Mensch flexibel auf Anforderungen reagiert und in der Lage ist, die für diese spezifischen Situationen angemessenen Ressourcen zu aktivieren. Ein Mensch mit einem gering ausgeprägten Kohärenzgefühl wird dagegen Anforderungen eher starr, rigide beantworten, da er weniger Widerstandsressourcen zur Bewältigung wahrnimmt oder zur Verfügung hat.

Ein starkes Kohärenzgefühl gibt Individuen das Vertrauen, dass Dinge gut ausgehen werden, dass Probleme nicht die eigenen Ressourcen übersteigen. Dabei werden reale Gefahren nicht bagatellisiert, sondern angemessen eingeschätzt. Personen mit starkem Kohärenzgefühl

– sehen Probleme eher als positiv, weniger konfliktreich oder weniger gefährlich, also eher als Herausforderung und weniger als Überforderung an;

– sind eher in die Lage versetzt, Bewältigungsstrategien auszuwählen, die für einen konstruktiven Umgang mit dem Stressor geeignet sind;

– empfinden im Umgang mit Stressoren weniger „negative“ Gefühle wie Angst und Panik, die ungerichtet sind und die Handlungsfähigkeit im Gegensatz zu Furcht deutlich einschränken.

Das Kohärenzgefühl stellt gewissermaßen das zentrale salutogene Selbstorganisations- und Selbststeuerungsprinzip des Menschen dar. Das Subjekt wird nicht als passives Wesen aufgefasst, das externen Kräften ausgesetzt ist, sondern als Subjekt, das im Rahmen vorhandener Bewältigungsressourcen sein eigenes Leben aktiv „beeinflusst“. Damit geht es nicht primär um die Frage nach Belastungen und deren Vermeidung, sondern um die Frage, wie Subjekte diesen Prozess steuern. Dabei nimmt *Antonovsky* an, dass die Ich-Identität als emotionale Widerstandsressource eine wichtige Quelle für das Kohärenzgefühl darstellt. Eine Identität mit flexiblen Grenzsetzungen für das, was bedeutsam und zentral für das Leben erachtet wird, erleichtert es, das Leben gerade in einer pluralistischen Gesellschaft als kohärent zu empfinden (Antonovsky 1997, S. 39). Geht man davon aus, dass über Identitätskonstruktionen Individuen ihre lebensweltlichen Erfahrungsräume auch aktiv über die von ihnen verfolgten (Identitäts-)Entwürfe und Projekte gestalten, weist dies über die Bedeutung der Ich-Identität als Potenzial, das die Lebensbewältigung sichert, hinaus (vgl. Höfer 2000 a/b). Dieses Verständnis eines aktiv gestaltenden Subjekts lässt sich auch auf den bewussten Prozess der Gesunderhaltung beziehen, beispielsweise in einer direkt auf Gesundheit bezogenen Lebensführung, die als praktischer Ausdruck von Identität erfahren werden kann (vgl. Behringer 1998).

Hurrelmann (2006) definiert Identität als die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung, Selbstbewertung und Selbstreflexion, eine Fähigkeit, die eine wichtige Voraussetzung für die Aktivierung von Bewältigungsstrategien und für die angemessene Erschließung und Nutzung der Unterstützungspotenziale des sozialen Umfelds bildet. Identitätsprozesse, die auf die eigene Gesundheit bezogen sind, lassen sich als „*Gesundheitsidentität*“ fassen (vgl. Höfer 2000a/b). Mit diesem Konstrukt „Gesundheitsidentität“ lässt sich analysieren, wie Subjekte mit dem „Doppelcharakter” gesellschaftlicher Erwartungen – mit der Anforderung an das Subjekt, Gesundheit selbst herzustellen bei gleichzeitiger Verhinderung oder Zerstörung von Gesundheit bzw. der Verpflichtung der Fürsorge für den Körper bei gleichzeitiger Forderung nach Leistungsfähigkeit jenseits der Körpersignale – zurechtkommen. *Höfer* (2000a/b) geht davon aus, dass diese Selbstthematisierungen nicht nur kursorische Eindrücke für die Identität bilden, sondern zu einem übergreifenden Konstrukt, d. h. einer Teilidentität Gesundheit gebündelt werden: konkret auf der Basis krankheits- bzw. gesundheitsbezogener Selbstthematisierungen und durch Bündelung dieser der gesellschaftlich vermittelten Gesundheits- und Krankheitsbilder und den Vorstellungen in Bezug auf ein gesundes Individuum. Daraus entwickelt das Subjekt „subjektive Standards“ von dem, was es unter Gesundheit versteht und aufgrund derer (neue) Erfahrungen interpretiert und bewertet werden. Dieser Bewertungsprozess ist handlungsrelevant, indem er bestimmt, wie Individuen ihre „Gesundheit(sidentität)“ erhalten bzw. fördern und auch verändern können und wollen. Und er hat einen konkreten Einfluss auf die alltägliche Lebensführung und das im engeren Sinne konkrete Gesundheitsverhalten (wie gesunde Ernährung, Bewegung usw.). Jedes Subjekt hat zudem zahlreiche gesundheitsbezogene Selbstentwürfe und Projekte. Dies sieht man zum einen darin, dass Gesundheit einer der am häufigsten genannten Zukunftswünsche ist. Gesundheit wird als „höchstes Gut” bezeichnet und als Voraussetzung der Realisierung von Lebenswünschen gesehen. Immer umfassendere Bereiche des individuellen Lebens werden in Begriffe von Gesundheit gefasst, bewertet und geregelt. *Herzlich* und *Pierret* drücken dies so aus: „Gesundheit ist alles und alles ist Gesundheit: von Gesundheit zu sprechen, stellt heute für uns eine der besten Arten dar, Glück zu bezeichnen und einzufordern“ (1991, S. 298).

Der Gewinn, Gesundheit auf diese Weise als Teilidentität zu analysieren, liegt vor allem darin, dass Gesundheit nicht nur als Folge von Stresserfahrungen oder -verarbeitung gesehen wird, sondern auch als aktiver Prozess der eigenen Gesundheitsgestaltung, der eine theoretische und selbstreferentielle Basis erfährt und aufgrund eines motivierten Gesundheitshandelns zu einem relativ bewussten Prozess der Gesunderhaltung beitragen kann.

3.2.2.2 Der Körper als soziale Wirklichkeit

In der neuzeitlichen Geschichte lösen sich die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit von Ordnungsvorstellungen, die diese als göttliche Fügung oder als Schicksal einordneten, die vom Einzelnen hinzunehmen sind. Gesundheit wurde zur zentralen Voraussetzung für die Realisierung diesseitiger Utopien. Mit der zunehmenden bürgerlichen Vorstellung der Selbstverantwortung für das eigene seelisch-körperliche Wohlbefinden verliert der Glaube an eine von Gott stabil geordnete Welt, in der auch Gesundheit und Krankheit vorbestimmt sind, an

Bindekraft. Gesundheit wird nun so verstanden, dass sie durch den Menschen selbst produziert werden kann; sie wird mit Selbst-Tun assoziiert; sie drückt den rationalen Umgang jedes Einzelnen mit sich selbst aus.

Diese Säkularisierung von Heilserwartungen in diesseitig gerichtete Vorstellungen vom „guten Leben“ hat die Wertschätzung für Gesundheit ungeheuer gesteigert. Diese hat seit der Aufklärung ständig an Bedeutung zugenommen. Gesundheit wird als unabdingbare Voraussetzung für eine optimale Entfaltung der eigenen Leistungsfähigkeit angesehen. Aber auch die Nutzung nichtarbeitsbezogener Angebote in der Freizeit, in der Konsumwelt, der Kultur und im Privaten setzen Gesundheit voraus.

Der beschriebene Perspektivenwechsel von einer transzendenten zu einer innerweltlichen Heilserwartung ist eng gekoppelt an den Aufstieg der modernen Medizin und die an sie geknüpften Erwartungen und Hoffnungen. Die erfahrungswissenschaftlich fundierte moderne Medizin und ihre Erfolge bestätigen die Grundüberzeugung des aufgeklärten bürgerlichen Bewusstseins, das ein gezieltes Eingreifen in naturhafte und gesellschaftliche Prozesse für möglich und notwendig hält. Mit ihren unstrittigen Erfolgen hat die Medizin nicht nur den Beweis angetreten, dass menschliches Handeln dem „blinden Walten“ des Schicksals und der Natur eine eigene handelnde Vernunft entgegensetzen kann, sondern sie ist zugleich zum Kristallisationskern der innerweltlichen Heilserwartungen geworden.

Der Siegeszug der Medizin hat erheblich dazu beigetragen, dass der Körper ins Zentrum aller Bemühungen um Gesundheit gerückt wurde. Die Biomedizin hat ihn mit ihren vielfältigen Interventionsmöglichkeiten belastbarer und langlebiger werden lassen. Der Körper galt immer weniger als nicht mehr überschreitbare Naturgrenze, sondern musste als gestaltbar verstanden werden. Körperkultur, Sport und Fitnessprogramme stehen für eine kulturelle Entwicklung, in der die Disziplinierung der Körper eine scheinbar grenzenlose Leistungssteigerung und eine beliebige Gestaltbarkeit des Körpers für möglich gehalten werden. Normalitäts- und Schönheitsvorstellungen haben sich an diesen Machbarkeitsidealen ausgerichtet. Auch sehr viele Programme der Prävention und Gesundheitsförderung setzen auf die Beeinflussbarkeit menschlicher Körpergestaltung und blenden dabei die Realität körperlicher dauerhafter Kontingenz und Einschränkungen aus (vgl. Homfeldt 1999).

In den Sozialwissenschaften und der sozialen Arbeit blieb der Körper lange Zeit „terra inkognita“. Doch das hat sich in den letzten Jahren deutlich verändert, und es ist zu einer produktiven Beschäftigung mit dem Körper, seinen sozialen Kodierungen, seiner Funktionalität für die Reproduktion der Geschlechterordnung gekommen. Die wichtige Unterscheidung von Leib und Körper, die schon *Plessner* in seinem Werk „*Die Stufen des Organischen und der Mensch*“ (1928) vorgenommen hatte, wurde wieder aufgenommen und genutzt (Gugutzer 2002). Die großen zivilisationstheoretischen Entwürfe von *Elias* und *Foucault*, die Habitustheorie von *Bourdieu* lieferten auf unterschiedliche Weise wichtige Bausteine zu einer Soziologie des Körpers (vgl. Gugutzer 2004; Schroer 2005), die im englischsprachigen Raum vor allem unter dem Stichwort „*Embodiment*“ eine erstaunliche Publikationswelle ausgelöst hat (vgl. Burkitt 1999; Crossley 2006; Shilling 2007). Einen nicht unerheblichen Einfluss auf diese Welle einer sozialkonstruktivistischen Körperbeschäftigung hatte die Geschlechterforschung. Vor allem die Arbeiten von *Butler* (1991; 1997) haben die Vorstellung einer naturdeterminierten Körperlichkeit der Geschlechtsidentität zu demontieren versucht. Aber zunehmend ist auch der Männerkörper zum Gegenstand intensiver sozialwissenschaftlicher Forschung geworden (z. B. Watson 2000). Die körperbezogenen Analysen haben inzwischen auch Erfahrungen von Menschen mit Behinderung untersucht und können aufzeigen, wie soziale Konstruktionen des unvollständigen Körpers erst zu Behinderungen mit einem spezifischen sozialen Sinn führen (vgl. z. B. Bruner 2005, Junge/Schmincke 2007). In den „*Disability Studies*“ (vgl. Albrecht u. a. 2003) hat sich ein eigener Zweig der „*Cultural Studies*“ mit gesellschaftlichen Herstellungsprozessen der Behinderung intensiv auseinandergesetzt. Am Beispiel der Kampagnen gegen Übergewicht kann gezeigt werden, wie auf den Körper bezogene Veränderungsstrategien zwar in erster Linie über gesundheitsbezogene Argumente legitimiert werden, aber gleichzeitig durch die normative Vorgabe angemessener Lebensstile soziale Kontrolle ausgeübt wird (vgl. Schmidt-Semisch/Schorb, 2008; Körner 2008).

Die (Wieder-)Entdeckung des Körpers kann damit begründet werden, dass den Lebensformen und Identitätskonstruktionen in der Gesellschaft der „flüchtigen Moderne“ (Bauman 2007 2008) Dauerhaftigkeit und Nachhaltigkeit fehlen. Der Körper aber vermittelt in seiner materiellen Gestalt einen scheinbar unverrückbaren Bezugspunkt. Die Hoffnungen auf den Körper sind aber berechtigt und illusionär zugleich. In der Körperthematik spiegeln sich die risikoreichen Chancen spätmoderner Lebensverhältnisse. Der Körper ist keine Insel, auf der ein authentischer Zugang zur eigenen Lebendigkeit, Ganzheit oder Selbstbestimmung pur möglich wären und Erfahrungen gesellschaftlicher Entfremdung, Entsinnlichung und Zerrissenheit ferngehalten werden könnten. Der Körper ist heute zum Medium subjektiver Selbstvergewisserung und -darstellung geworden. Aber auch gesellschaftliche Macht und Kontrolle vollziehen sich in diesem Medium.

Der Körper ist einerseits sperrig und widersetzt sich in seiner spezifischen Eigenlogik der vollständigen Instrumentalisierung. Insofern bindet er Hoffnungen auf feste naturhafte Bezugspunkte der Lebensgestaltung. Andererseits ist er ein bevorzugtes Objekt für Veränderungsstrategien, in denen sich Subjekte ihre Hoffnungen auf Selbstgestaltung zu erfüllen versuchen. „Die Hoffnungen auf den Körper“ sind also überdeterminiert. In ihnen mischen sich widerstreitende, zumindest ambivalente Erwartungen. In den körperbezogenen Identitätsstrategien können wir das zwangsweise spätmodernen Lebensverhältnissen ausgesetzte Subjekt in seinen Bewältigungsversuchen und spezifischen Bedürfnissen erkennen. In einer thesenhaften Verdichtung lassen sich die ambivalenten Hoff-

nungen auf den Körper und ihre gesellschaftliche Instrumentalisierung folgendermaßen zusammenfassen (vgl. ausführlicher Keupp 1999; 2000a):

1) Auf den Körper richten sich die Hoffnungen, mit ihm einen *unverrückbaren Bezugspunkt der persönlichen Identität* zu finden. Der Körper soll die Antwort auf die „ontologische Bodenlosigkeit" spätmoderner Lebensverhältnisse geben.

2) Der Körper bildet den bevorzugten *Ort für Empfindungen der eigenen Lebendigkeit*. Körperliche „Sensationen" bilden unstrittige Bestätigungsmöglichkeiten für die eigene Existenz, und sie können gegen die Flüchtigkeit der postmodernen Bilderflut und die Entsinnlichung einer Alltagswelt gesetzt werden, die kognitivistisch und rationalistisch dominiert ist.

3) Der Körper wird zum zentralen *Bezugspunkt von Authentizitätsbedürfnissen*. Das *Herdersche* Authentizitätsideal „jeder Mensch hat ein eigenes Maß", also „seine eigene Weise des Menschseins" (Taylor 1995, S. 38), spricht zunehmend eine Körpersprache. Umso weniger der jeweils gegebene kulturelle Rahmen konsensfähiger Vorstellungen dem Menschen sagt, „was gut ist", suchen Menschen in ihrem Körper das Gefühl von Stimmigkeit und Echtheit.

4) Der Körper wird zum *Ziel individualisierter Gestaltungswünsche*. Der Wunsch individuelle „Spuren" zu hinterlassen, wird immer mehr von der äußeren Welt auf den Körper projiziert. Die relative Plastizität und Formbarkeit des Körpers macht ihn zum bevorzugten Objekt der Veränderung. Die kreativen Gestaltungsansprüche sollen in einer Ästhetisierung des körperlichen Habitus, mindestens seines Outfits realisiert werden.

5) Der Körper wird zum Ort, an dem sich die *basalen Wünsche nach Anerkennung und Zugehörigkeit* festmachen. Die Erosion von Koordinaten, Kontexten und Traditionen, die Zugehörigkeit und Anerkennung verbürgen, sucht in körperbezogenen Identitätsmarkierungen und darin vorgenommenen Zuordnungen und Eingliederungen in subkulturelle Szenen ihre Kompensation. Eine auf Schlankheit, Jugendlichkeit und Gesundheit zielende Körperarbeit eröffnet sonst nicht zugängliche Chancen sozialer Anerkennung.

6) Der Körper wird zum *Symbol und Betätigungsfeld einer diffus-universellen Leistungsbereitschaft*. „Fitness" wird zum Synonym einer Haltung, die eigenen Ressourcen grenzenlos zu maximieren.

7) Der Körper bleibt aber zugleich auch *ein Symbol des Nicht-Verfügbaren*. Er kann gesellschaftlich kodiert, manipuliert und mit Hoffnungen der instrumentellen Verfügbarkeit besetzt und überladen werden, aber er bleibt zugleich Natur mit eigener Dynamik. Diese Dialektik von Instrumentalisierung und Widerstand findet ihre Sprache in der Psychosomatik, und man muss sie zu entziffern versuchen.

In diesem widersprüchlichen Spannungsfeld müssen auch die Angebote der gesundheitsbezogenen Prävention und der Gesundheitsförderung eingeordnet und bewertet werden. Im Sinne der Salutogenese kann der Körper nur dann eine Widerstandsressource sein, wenn er nicht als beliebig vermehrbares und vernutzbares „Kapital" verstanden und instrumentalisiert wird. Es kommt auf eine reflektierte „Ökologie des Körpers" (Wenzel 1986) an.

3.2.2.3 Gesundheitskapitalien

Anknüpfend an *Bourdieu* (1983) und *Coleman* (1996) setzen *Coté/Levine* (2002) diese Überlegungen fort und gehen ähnlich wie *Antonovsky* von der Fragestellung aus, warum manche Heranwachsenden besser mit der Verarbeitung von kritischen Lebenserfahrungen und Übergängen im Sinne von Handlungsaufgaben zurechtkommen als andere. Zur Erklärung dieser Unterschiede entwickelten sie das Konzept des *Identitätskapitals*. Der Erwerb von Identitätskapital geschieht über die Zeit, in der Nutzung von Ressourcen mittels verschiedener (bewusster und unbewusster) Strategien und den durch diese Anstrengung gemachten Gewinn, der wiederum zur Ressource für alle weiteren Austauschprozesse wird (Coté/ Levine 2002, S. 144). Das Identitätskapital ist demnach die Summe aller Eigenschaften bzw. Merkmale, die ein Individuum in der Interaktion mit anderen Individuen erworben bzw. zugewiesen bekommen hat. Dazu gehören soziale Ressourcen („tangible resources") wie Kreditwürdigkeit, Mitgliedschaften, Bildungszertifikate, die sozusagen als „Passport" in andere soziale und institutionalisierte Sphären fungieren. Und es gibt „*intangible resources*" wie Ich-Stärke, außerdem „*reflexive-agentic capacities*", wie Kontrollüberzeugung, Selbstwertschätzung, Lebenssinn, die Fähigkeit zur Selbstverwirklichung und eine kritische Denkfähigkeit (Coté 1997). *Coté/ Levine* (2002, S. 145) nehmen an, dass die Ich-Stärke bzw. das Identitätskapital den Individuen Kräfte und das Vermögen verleiht, die verschiedenen sozialen und persönlichen Hemmnisse und Chancen, auf die sie im spätmodernen Leben stoßen, verstehen und überwinden zu können.

Im Unterschied zu *Coté/Levine*, die ein hierarchisches Modell konzipieren, in dem alle anderen Kapitalien (soziales, Humankapital, ökonomisches) unter das Identitätskapital subsumiert sind, setzen *Schuller u. a.* (2004, S. 20) das Identitätskapital neben alle anderen Kapitalien ohne Annahme einer Vorrangstellung. Dies hat den Vorteil, dass man die Interaktionen zwischen den verschiedenen Kapitalien analysieren kann, ohne bereits vorab festlegen zu müssen, welches Eigenkapital am wirksamsten ist. Identitätskapital verweist nach *Schuller u a*. (ebd.) auf die Eigenschaften des Individuums, die seine Perspektiven und sein Selbstbild bestimmen. Es enthält spezifische Persönlichkeitseigenschaften wie Ich-Stärke, Selbstachtung oder Kontrollüberzeugung. Sie nehmen ebenso wie *Coté/Levine* und *Antonovsky* an, dass diese entscheidend sind für die meisten Lern- bzw. Anpassungsprozesse beispielsweise bezüglich der Motivation und der Selbstdarstellung. Sie sind, und darin sind sich die Ansätze einig, wiederum Ergebnisse von Lernprozessen, die gesellschaftlich zugelassen sein müssen. Insofern ist nach *Schuller u. a.* das Identitätskapital den anderen Kapitalien

ähnlich: Es ist sowohl Input als auch Outcome, Ursache und Wirkung. *Schuller u. a.* gehen davon aus, dass je mehr Kapitalien – Fähigkeiten, Qualifikationen, soziale Beziehungen – jemand hat, desto besser ist er als Person gestellt. Allerdings, so die Autoren sind die meisten Lernprozesse ein Ergebnis des Zusammenspiels von Identitätskapital als Repräsentation des psychologischen, von Humankapital als des ökonomischen und von sozialem Kapital als Repräsentation des politischen Pols.[20]

Schuller u. a. nehmen an, dass die meisten Handlungen und Erfahrungen zwischen zwei Polen platziert sind: Beispielsweise hilft ein Stimmtraining, das gemacht wird, um die Karrierechancen zu verbessern, auch das soziale Netz zu vergrößern, ist also sozio-ökonomisch angelegt. Mit ihrem („triangle") Modell gehen sie davon aus, dass Ergebnisse des Anpassungsprozesses eine Kombination von zwei oder allen drei polaren Konzepten sind. So ist z. B. Gesundheit (physische oder psychische) das Produkt von individuellen Fähigkeiten, die jemand aufbringen kann, von den sozialen Beziehungen und Netzen, in die er eingebunden ist und von der Sicht auf das Leben sowie der Selbsteinschätzung – und alle diese Faktoren interagieren miteinander.

Das salutogenetische Modell von *Antonovsky* arbeitet zwar nicht mit dem Kapitalbegriff, geht aber ebenfalls wie *Schuller u. a.* (2004) von einem interdependenten Modell zwischen Widerstandsressourcen und Kohärenzgefühl aus. Die Höhe des Kohärenzgefühls wirkt auf die Ressourcen zurück und vermehrt diese wie auch umgekehrt. Dabei nimmt er an, dass die Identität bzw. Ich-Stärke bei der Entwicklung des Kohärenzgefühls eine wichtige Rolle einnimmt. So gesehen kann das Kohärenzgefühl als Ergebnis eines Identitätsprozesses begriffen werden, das im Gesamt der Widerstandsressourcen (zu denen auch die Ich-Stärke gehört) das Aktivierungspotenzial übernimmt.

Im Unterschied zu den oben genannten Autoren betont *Antonovsky* darüber hinaus die Bedeutung gesellschaftlicher Ressourcen, die den Individuen über die Teilhabe an sinnvollen Formen von Tätigkeiten, mit denen diese ihren Lebensunterhalt bestreiten können, Erfahrungen von Anerkennung vermitteln und ein bestimmtes Maß an Sicherheit gewährleisten. Dieses Konzept erscheint direkt anschlussfähig an die Lebensrealität, in der Menschen mit Behinderung diese Teilhabe einfordern, z. B. über Selbsthilfebewegungen (Kniel/Windisch 2005).

Antonovsky nimmt an, dass das Kohärenzgefühl in der Kindheit aufgrund spezifischer Lebenserfahrungen entsteht, die geprägt sind von Konsistenz, einer Belastungsbalance und Erfahrungen von Partizipation. Insbesondere die Partizipation erscheint als zentraler Faktor in Bezug auf Ressourcenaktivierung bzw. Ressourcenförderung. Erst durch Handlungsräume, in denen Mitwirkung, aktive Gestaltung und Einflussnahme möglich sind, werden jene Voraussetzungen geschaffen, die für die Entwicklung und Stärkung des Kohärenzgefühls, aber auch anderer (ähnlicher) personaler Ressourcen wie Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitserwartung sowie Widerstandsfähigkeit notwendig sind (vgl. Lenz 2004). Auch wenn dieser Zusammenhang bislang kaum untersucht wurde, zeigt eine Studie zur Partizipation in Heimen (vgl. Straus u. a. 2008), dass eine enge Beziehung zwischen der Höhe des Kohärenzgefühls und einer erlebten und praktizierten Teilhabe an Alltagsentscheidungen besteht. „Eine Welt, die wir somit als gleichgültig gegenüber unseren Handlungen erleben, wird schließlich eine Welt ohne Bedeutung. Dies gilt für direkte persönliche Beziehungen, für die Arbeit und für alles andere, was innerhalb unserer Grenzen liegt" (Antonovsky 1997, S. 93). Entscheidend ist dabei aber auch, dass die Partizipation sich auf Bereiche bezieht, die sozial anerkannt sind. Die Bedingungen, die zu einem starken Kohärenzgefühl beitragen, unterscheiden sich kulturell und sind, wie *Antonovsky* ausführt „weit von einer Zufalls- oder Gleichverteilung entfernt" (ebd., S. 95). Die Erfahrungsmöglichkeiten von Konsistenz, Belastungsbalance und Partizipation sind auch unterschiedlich für die verschiedenen Lebenszyklen.

3.2.2.4 Risiko- und Schutzfaktoren

Wie schon deutlich wurde, gibt es eine Vielfalt biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren, die in ihrem multikausalen Zusammenspiel als ursächlich für die Förderung oder Beeinträchtigung der gesunden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen angesehen werden.

Um die Hintergründe der Entstehung von Gesundheit und Krankheit bei Heranwachsenden, aber auch der Bedingungen für die mögliche Prävention von Krankheit in ihrer Komplexität zu erfassen, ist es wichtig, über angemessene *Verlaufsmodelle* von angepasster (gesunder) und fehlangepasster (kranker) Entwicklung zu verfügen. Solche Entwicklungsmodelle beschäftigen sich im Allgemeinen mit Erklärungsversuchen über die Wechselwirkungen zwischen Menschen und ihren Lebenskontexten im Zeitverlauf. Im Zusammenhang mit dem Thema des vorliegenden Berichts erscheint das *transaktionale Entwicklungsmodell* von *Sameroff* (2000) am besten geeignet, die allgemeine und die damit eng zusammenhängende gesundheitliche Entwicklung von Heranwachsenden zu erklären. Aus seinem Blickwinkel ist Entwicklung das Produkt eines kontinuierlichen Austauschs zwischen biologischen und psychologischen Merkmalen des Kindes bzw. Jugendlichen und dessen Interaktionen mit der sozialen Umwelt. Grundlegende Annahme dieses Modells ist, dass verschiedene biologische, kognitive und psychologische Merkmale des Kindes und die Bedingungen, die Kinder und Jugendliche in ihren unmittelbaren Lebenskontexten (z. B. Familie, Peer-Gruppe, Schule etc.) erfahren, sich in ihren Wirkungen gegenseitig beeinflussen (z. B. macht das Kind Erfahrungen mit dem elterlichen Erziehungsverhalten und reagiert darauf, was wiederum Reaktionen der Eltern hervorruft). Diese Wechselwirkungen führen dazu, dass sich kontinuierlich

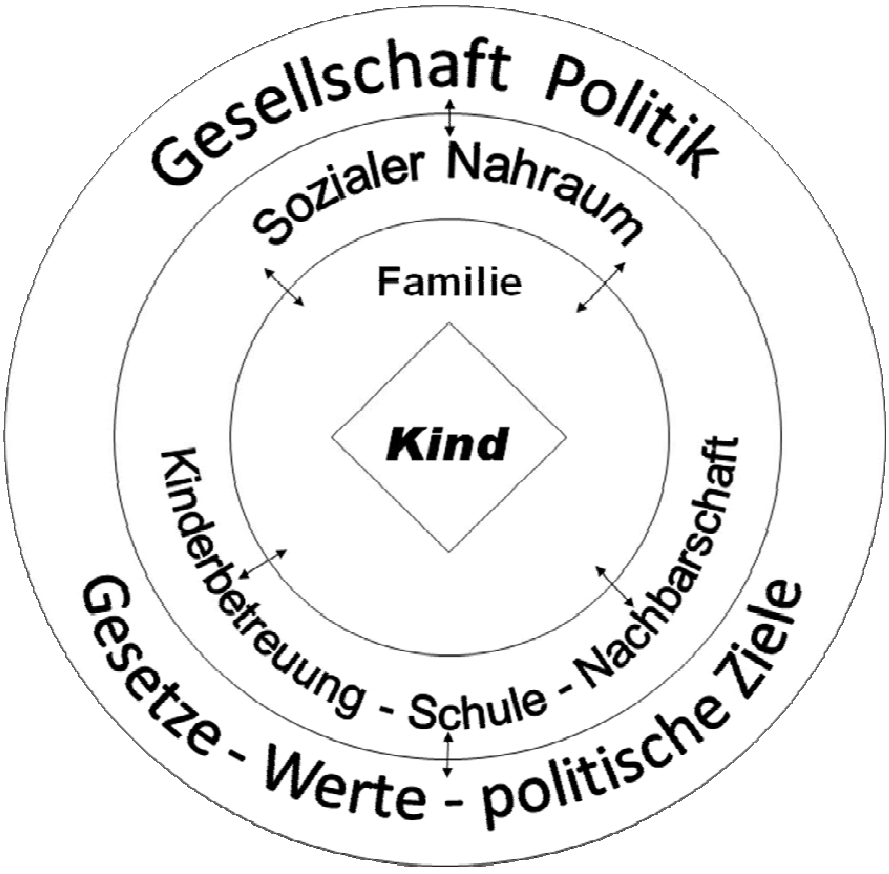
[20] Eine Münchner Studie zum Kohärenzgefühl und den Widerstandsressourcen in Bezug auf den Gesundheitsstatus hat gezeigt, dass Ressourcen nicht als „fixe" Einflussgrößen aufzufassen sind, sondern in einem interdependenten Wechselverhältnis stehen: Beispielsweise kann ein niedriges Kohärenzgefühl ausgeglichen werden durch starke soziale Bindungen (vgl. Straus/Höfer 2000).

neue Verhaltens- und Interaktionsformen bilden, die auf die Entwicklung des Heranwachsenden wiederum erneut Einfluss nehmen. Die Entwicklung eines Kindes, die auch das Maß seiner Gesundheit beeinflusst, kann also als Resultat fortdauernder, dynamischer Wechselbeziehungen zwischen dem Kind mit seinen bisherigen Erfahrungen, seinen Bezugspersonen und seinem weiteren sozialen Lebensraum verstanden werden. Die Ausgestaltung dieser unmittelbaren Lebenskontexte und damit auch ihre für die Entwicklung des Kindes förderlichen Qualitäten stehen wiederum in Wechselwirkung mit sozial- und gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen (wie z. B. Elterngeld, Zahl und Qualität der verfügbaren Betreuungsangebote, drohende Arbeitslosigkeit), die damit mittelbar Einfluss auf die Gesundheit und Krankheit der Kinder und Jugendlichen nehmen (vgl. Abbildung 3.4.). Für diese entwicklungsnotwendigen Erfahrungen „zugelassen zu sein“, ist eine Grundvoraussetzung, die für die Aufgabe des Heranwachsens mit Behinderung expliziert gegeben sein muss.

Die in Anlehnung an das systemökologische Entwicklungsmodell von *Bronfenbrenner* (1986) erstellte Grafik veranschaulicht durch die Anordnung der unmittelbaren und der mittelbaren Lebenskontexte von Kindern und Jugendlichen auf konzentrischen Kreisen, deren Mittelpunkt das Kind bzw. der Jugendliche bildet, die unterschiedliche Nähe und Distanz dieser Lebenskontexte zum Kind. Dieses wird von *Bronfenbrenner* – in Übereinstimmung mit *Sameroff* (2000) – nicht als passiver Rezipient von Einflüssen auf seine Entwicklung verstanden, sondern nimmt auch seinerseits aktiv Einfluss auf seine Lebenskontexte. Dabei sind die wechselseitigen Einflussmöglichkeiten und damit die Bedeutung für die biopsychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in den unmittelbaren Lebenskontexten, also in der Familie und im sozialen Nahraum (Gleichaltrigen-Gruppe, Kindertagesstätte etc.) am größten. Die in dem Modell weiter außerhalb liegenden Systemebenen der mittelbaren Lebenskontexte (Gesellschaft und Politik) bieten dagegen potenzielle Ansatzpunkte für aussichtsreiche Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitssystems, die die Rahmenbedingungen in den unmittelbaren Kontexten verbessern und damit indirekt positiven Einfluss auf die (gesundheitliche) Entwicklung der Kinder und Jugendlichen nehmen können, etwa durch Programme zur Stärkung der Erziehungskompetenz im Rahmen von Familienbildung, durch Frühförderung von Kindern mit drohenden oder bestehenden Behinderungen,

Abbildung 3.4

Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit aus Systemperspektive



Quelle: Eigene Darstellung

Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten und Schulen. Wieweit aber solche Programme realisiert werden können, hängt wiederum ab von der noch weiter außerhalb liegenden Ebene der gesellschaftlichen Werthaltungen und politischen Prioritätensetzungen. Von daher kommt der Politik und den dort Agierenden eine bedeutsame Rolle bei der Wahrnehmung der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe der Gesundheitsförderung und Prävention zu.

In diesem Zusammenhang ist auch das Wissen um die nachfolgend dargestellten, von der entwicklungspsychologischen und klinisch-psychologischen Forschung identifizierten Risiko- und Schutzfaktoren von großer Bedeutung für Erfolg versprechende Gesundheitsförderung, Prävention und schließlich auch Intervention.

Diese Risiko- und Schutzfaktoren nehmen wesentlichen Einfluss auf den Verlauf von (gesunden) Entwicklungsprozessen und lassen sich in Übereinstimmung mit dem salutogenetischen Modell von *Antonovsky* und in Anlehnung an das systemökologische Modell von *Bronfenbrenner* (1986), wie oben dargestellt, auf der Ebene des Kindes bzw. des Jugendlichen selbst sowie auf den Ebenen seiner unmittelbaren und mittelbaren Lebenskontexte verorten.

Risikofaktoren steigern die Wahrscheinlichkeit eines problematischen Entwicklungsverlaufs. Voraussetzung dafür ist eine Vulnerabilität[21] bzw. Verletzlichkeit aufseiten des Kindes. So sind z. B. Kinder mit Aufmerksamkeitsdefiziten und verstärkter Impulsivität stärker als unbeeinträchtigte Kinder in Gefahr, später delinquentes oder Suchtverhalten zu entwickeln, und dies vor allem dann, wenn weitere Risikofaktoren (z. B. ungünstiges Erziehungsverhalten der Eltern) dazukommen und es an ausgleichenden Schutzfaktoren fehlt (was die Vulnerabilität für den Einfluss eines Risikofaktors aufseiten des Kindes erhöht). Mit den genannten Vulnerabilitätsfaktoren aufseiten des Kindes gehen zudem Phasen gesteigerter Vulnerabilität einher, die vor allem in der Zeit von Entwicklungsübergängen (z. B. Eintritt in den Kindergarten oder Wechsel von der Grund- in die weiterführende Schule) auftreten.

Als positives Gegenstück zum Konzept der Risikofaktoren lässt sich das Konzept der Schutzfaktoren fassen. Schutzfaktoren können als grundlegende Ressource für eine gelingende Entwicklung von Kindern und Jugendlichen betrachtet werden: Ihnen kommt zum einen die bedeutsame Rolle von generell förderlichen Bedingungen in unterschiedlichen Entwicklungsdimensionen zu. Zum anderen können sie mögliche ungünstige Folgen von bestehenden Entwicklungsrisiken im Sinne einer Pufferwirkung mildern: Liegt ein starker Schutzfaktor (z. B. sichere Bindung an eine Bezugsperson) vor, kann auch ein starker Risikoeffekt (z. B. Alkoholabhängigkeit des Vaters) gemindert oder sogar völlig neutralisiert werden. Fehlen dagegen Schutzfaktoren, kommt der Risikoeffekt mit seinen kurz- und langfristigen Auswirkungen voll zum Tragen. Umgekehrt kann die positive Bewältigung von (risikoreichen) Entwicklungsübergängen und den damit verbundenen neuen Anforderungen (z. B. gute soziale Integration in einen neuen Klassenverband) auch langfristig einen positiven weiteren Entwicklungsverlauf begünstigen.

Zur Konkretisierung wird im Folgenden eine exemplarische Auswahl vor allem solcher Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen vorgestellt, die zum einen längerfristige Wirkungen haben können, zum anderen potenzielle Ansatzpunkte für Prävention und Intervention im Rahmen von Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe – ggf. in Kooperation mit anderen Systemen – aufweisen. Die Tabellen 3.1 und 3.2 geben einen Überblick zu Risiko- und Schutzfaktoren der Entwicklung auf unterschiedlichen Ebenen.

Neben der Art von Risiko- und Schutzfaktoren sind einige weitere Aspekte von Bedeutung für den Verlauf der Entwicklung – auch im Sinne der beschriebenen Ausgleichswirkung dieser Faktoren: Zum einen Zahl und Intensität von Risikofaktoren: Diese treten oftmals kumuliert auf. So vergrößert sich z. B. das Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung, wenn mehrere persönliche und soziale Risikofaktoren (z. B. chronische Krankheit des Kindes, depressive Erkrankung der Mutter, geringe Unterstützung aus dem sozialen Umfeld) zusammen auftreten (Ettrich u. a. 2002; Ihle u. a. 2002). Dabei hat die Anzahl der vorliegenden Risikofaktoren einen weit größeren Einfluss auf die Entwicklung eines Heranwachsenden als der spezifische Typ des Risikos (biologisch, psychologisch oder sozial; Fergusson/Horwood 2003). Andererseits kann eine Kumulation von Schutzfaktoren dazu beitragen, dass manche Kinder und Jugendliche eine Fülle an Ressourcen für eine positive Entwicklung – ggf. trotz bestehender Risikofaktoren – aufweisen.

Zu unterscheiden sind Risikofaktoren weiter im Hinblick auf den Zeitpunkt ihres Auftretens in der Entwicklung des Kindes, ihre Dauer und die Langfristigkeit bzw. Verkettung ihrer Auswirkungen. Dabei können die Wirkungen zeitlich sehr begrenzt sein (z. B. die zusätzliche Belastung eines Kindes durch eine Krankheit der Mutter zum Zeitpunkt eines wichtigen Statusübergangs wie der Einschulung), sie können aber auch langfristige ungünstige Wirkungen entfalten und werden diesbezüglich in disponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren untergliedert. Diese haben häufig eine additive Wirkung, d. h., dass disponierende Einflussfaktoren (z. B. verstärkte Aggressivität) oftmals von auslösenden (z. B. Gewalterfahrungen und dadurch bedingte Traumatisierungen) und aufrechterhaltenden Einflussfaktoren (z. B. ungünstiges Erziehungsverhalten) begleitet werden und das Risiko für eine dissoziale Entwicklung erhöhen. Von Bedeutung für die weitere Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ist auch die Abfolge, in der die einzelnen Risikofaktoren auftreten: Bestehen Risiken bereits für frühe Entwicklungsphasen, kann sich dies auf spätere Phasen im Sinne einer Verkettung und damit Kumulation von Risikobedingungen auswirken, wie dies ja auch für

[21] Vulnerabilität kennzeichnet die Anfälligkeit bzw. Verletzbarkeit einer Person gegenüber genetisch biologischen und umgebungsbezogenen Faktoren, die das Risiko für eine fehlangepasste Entwicklung in unterschiedlichen Bereichen (z. B. sprachliche, emotionale oder soziale Entwicklung) erhöhen.

Tabelle 3.1

Biologische und psychologische Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen

		Biologische Faktoren	**Psychologische Faktoren**
Ebene des Kindes	Risikofaktoren	Stressbelastung der Mutter während der Schwangerschaft (z. B. durch ungünstige Lebensbedingungen) Substanzkonsum (Drogen, Medikamente, Alkohol, Nikotin) während der Schwangerschaft Ungünstiger Schwangerschafts- und Geburtsverlauf (z. B. körperliche Erkrankungen der Mutter, Sauerstoffmangel des Kindes unter der Geburt) Niedriges Geburtsgewicht (≤ 500g) (Extreme) Frühgeburtlichkeit (≤30. Schwangerschaftswoche) Chronische Erkrankung (z. B. Neurodermitis)/ Behinderung (z. B. Down-Syndrom) des Kindes	Unterdurchschnittliche Intelligenz (≤85 IQ-Punkte) Motorische und sprachliche Entwicklungsdefizite Mangelnde Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit (z. B. oft leicht abgelenkt sein, häufiger Tätigkeitswechsel) Mangelnde Emotionsregulation und Impulskontrolle (z. B. häufige und schnelle Wutausbrüche, unkontrollierte Traurigkeit) Eingeschränktes Problemlöseverhalten (z. B. häufige Verwendung von Aggression zur Konfliktlösung)
	Schutzfaktoren	Guter allgemeiner (körperlicher) Gesundheitszustand	Intelligenz im Normbereich (IQ-Werte im Bereich 86 bis 120 Punkte) Spezielle Talente/Interesse an Hobbies Positives Selbstwertgefühl Aktives Bewältigungsverhalten (z. B. konstruktive Problemlösungen) Fähigkeit, sich von ungünstigen Einflüssen zu distanzieren (psychisch und räumlich) Selbstbezogene Kontrollüberzeugung Vorausplanendes Verhalten Selbsthilfefertigkeiten (z. B. Wissen um soziale Unterstützung bei Schwierigkeiten)

Quelle: Ettrich u. a. (2002), Gadow (2007), Grossmann/Grossmann (2007), Hampel u. a. (2007), Holodynski (2005), Holtmann/Laucht (2007), Hüther (2007), Ittel/Scheithauer (2007), Jungmann (2006), Lösel/Bender (2007), Rauh (2007), Sarimski (2007), Scheithauer u. a. (2000), Stadler u. a. (2007), Werner (2007), Werner/Smith (2001)

Tabelle 3.2

Soziale Risikofaktoren und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in unterschiedlichen Lebenskontexten

		Soziale Faktoren
Familie	Risikofaktoren	Unsichere Bindungserfahrungen Trauma-Erfahrungen Ungünstiges Erziehungsverhalten (z. B. Überbehütung des Kindes oder harte körperliche Bestrafungen) Ungünstige Eltern-Kind-Interaktionen (z. B. geringe Rücksichtnahme auf Bedürfnisse des Kindes in Alltagssituationen, mangelnde oder inadäquate Zuwendung) Niedriger sozioökonomischer Status (z. B. durch ALG-II-/Sozialgeldbezug der Familie) und damit assoziierte Lebensbedingungen (z. B. beengte Wohnverhältnisse, niedriger elterlicher Bildungs- und Beschäftigungsstatus) Psychische Erkrankung in der Familie (z. B. Depression der Mutter) Chronische eheliche Disharmonie (z. B. häufige Uneinigkeit der Eltern)
	Schutzfaktoren	Sichere Bindung zu mindestens einer Bezugsperson (z. B. Eltern, Großeltern) Offenes, unterstützendes Erziehungsklima (z. B. wertschätzende Haltung gegenüber dem Kind; Sensibilität für die Probleme des Kindes) Familiärer Zusammenhalt (z. B. elterliche Unterstützung bei Problemen des Kindes) Positives Bewältigungsverhalten der sozialen Umwelt (z. B. gute Problemlösefertigkeiten, vorhandenes soziales Netzwerk)
Sozialer Nahraum	Risikofaktoren	Unkritische Nutzung von Medienangeboten (z. B. sehr häufiges Fernsehen, unkritischer Umgang mit Gewalt verherrlichenden Videospielen) Schulschwierigkeiten (z. B. schlechte Noten, Klassenwiederholungen, Schulverweigerung)
	Schutzfaktoren	Soziale Unterstützung (z. B. in Kindergärten, Sportvereinen) Dauerhafte, unterstützende Freundschaften/positive respektvolle Gleichaltrigenbeziehungen Frühförderung, Angebote der Jugendhilfe (z. B. Kindertagesstätten, Familienbildung, Erziehungsberatungsstellen)
Gesellschaft/ Politik	Risikofaktoren	Kinderentwöhnte Gesellschaft/„Strukturelle Kinderfeindlichkeit“ Gestiegene Leistungserwartungen (z. B. durch Verkürzung der Schulzeit)
	Schutzfaktoren	Gesellschaftliche und politische Aktivitäten (z. B. Ausbau von Kindertagesbetreuung und Ganztagsschulen)

Quelle: Ahnert u. a. (2004), Beelmann u. a. (2007), Cefai (2007), Fröhlich-Gildhoff u. a. (2008), Gabriel/Bodenmann (2006), Gadow (2007), Göppel (2007a), Hahlweg u. a. (2008), Hintermair (2006), Kurstjens/Wolke (2001), Lamb/Ahnert (2006), Möhler u. a. (2006), Opp (2007), Pierrehumbert u. a. (2002), Scheithauer u. a. (2007), Scheurer-Englisch (2007), Weiß (2007), Werner (2007), Werner/Smith (2001)

die Folgen früher Traumatisierungen häufig beschrieben wird. So kann eine depressive Erkrankung der Mutter in den ersten Lebensjahren des Kindes mit wenig förderlicher Anregung und einer unsicheren Mutter-Kind-Bindung einhergehen, und die Auswirkungen dieser frühen Interaktionserfahrungen können die kognitive und sozialemotionale Entwicklung des Kindes auch dann noch nachhaltig beeinträchtigen, wenn die Mutter wieder gesund ist. Zudem kann die psychische Erkrankung der Mutter zu einer prekären sozioökonomischen Lebenssituation führen, die wiederum zu den weiteren bereits dargestellten Risikofaktoren und Stresserfahrungen führen können. Auch hier gilt, dass die Auswirkungen früher Risiken sich umso ungünstiger auf die Entwicklung auswirken, je größer die Dauer und Intensität weiterer Risiken sind, wobei auch hier der mögliche Ausgleich durch Schutzfaktoren zu beachten ist, die ebenfalls in den genannten Dimensionen variieren und kumulative Effekte zeigen können (so kann der Aufbau einer sicheren Bindung in der frühen Kindheit Selbstvertrauen, Beziehungsfähigkeit und soziale Kompetenz von Heranwachsenden begünstigen, die in Belastungssituationen wichtige Ressourcen darstellen).

Neben diesen Aspekten müssen auch alters- und geschlechtsspezifische, kulturelle Muster in ihren Auswirkungen berücksichtigt werden. Generell haben biologische Risikofaktoren einen Einfluss auf die Entwicklung vom Säuglings- bis ins Vorschulalter, deren Bedeutung nimmt aber im Lauf der weiteren Entwicklung relativ zu der steigenden Bedeutung von psychosozialen Faktoren ab.

Generell sind umso mehr Ressourcen auf der protektiven Seite notwendig, je mehr Belastungen und Risiken ein Kind in seiner Entwicklung ausgesetzt ist. Das bedeutet aber auch, dass sich die förderlichen Effekte von vorhandenen Schutzfaktoren bei kumulierten, intensiven Risikobedingungen am schwierigsten nachweisen lassen, obwohl sie vor allem in solchen Konstellationen von besonderem Gewicht sind, da die Entwicklung ansonsten mit großer Wahrscheinlichkeit noch sehr viel ungünstiger verlaufen wäre.

3.2.2.5 Resilienz

Da in diesem Bericht die Gesundheitssituation von Kindern und Jugendlichen unter der salutogenetischen Perspektive betrachtet wird, richtet sich das Interesse besonders auf Schutzfaktoren, die eine gesunde Entwicklung auch bei bestehenden Risiken fördern können. An dieser Stelle ergeben sich Anschlussmöglichkeiten nicht nur zum Konzept der Widerstandsressourcen (*Antonovsky*), sondern auch zum Konstrukt der *Resilienz.*[22] Trotz verschiedener Konzeptualisierungen dieses Konstrukts innerhalb der Forschung besteht allgemein Übereinstimmung, dass von Resilienz dann gesprochen werden kann, wenn Individuen, die mit negativen Lebensereignissen oder Belastungen konfrontiert sind, Kapazitäten mobilisieren können, die sie gesund erhalten. Unter Resilienz wird dabei „die Fähigkeit verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen“ (Welter-Enderlin 2008, S. 13). Resilienz stellt danach keine Eigenschaft i. e. Sinne dar, sondern ist als Prozess zu begreifen, „als spezifische Weise von Handlungen und Orientierungen, die insbesondere bei Übergängen im individuellen Lebenszyklus und im Familienzyklus bedeutsam werden.“ (Hildenbrand 2008, S. 23).

Resilienz beschreibt sowohl spezifische Handlungs- und Orientierungsmuster der Krisenbewältigung als auch deren Weiterentwicklung durch die immer neuen Erfahrungen der Bewältigung von Krisen. Resilienz ist damit ein lebenslang andauernder Prozess. Sie kann nicht aus der Abwesenheit von Auffälligkeiten geschlossen werden, sondern zeigt sich in der erfolgreichen Bewältigung oder Abmilderung widriger Umstände. Damit bezieht sich die Resilienzforschung zumindest teilweise auf die Tradition der Ansätze zur Stress-Bewältigung.

Die Betrachtungsweise von Resilienz als Prozess ist, wie *Hildenbrand* (2008, S. 24) betont, auch folgenreich für die Einschätzung resilienter Eigenschaften. Sie sind danach immer im jeweiligen Gesamtlebenskontext zu beurteilen. Denn, was in einer bestimmten Altersphase resilient ist, beispielsweise die Familienkohäsion, die Kinder schützt, wenn sie klein sind, kann in einer anderen Altersphase als Einschränkung wirken, wenn es beispielsweise um Ablöseprozesse im Jugendalter geht. *Rutter* (1987) spricht vor allem von vier Wirkungen von Resilienz: die Reduktion von Belastungen, die Reduktion von negativen Kettenreaktionen, die Entwicklung und Beibehaltung von Selbstbewusstsein und Selbstwirksamkeit sowie die Eröffnung von Chancen.

Die Berücksichtigung dieser Faktoren ist besonders vor dem Hintergrund der Prävention der „neuen Morbidität“ (also von Krankheiten, die eng mit dem Lebensstil und den Lebensverhältnissen zusammenhängen) bedeutsam, da dadurch zum einen modifizierbare Risikolagen identifiziert und entschärft werden können. Zum anderen kann bei kaum veränderbaren Risikolagen die Entwicklung oder Stärkung protektiver Faktoren zur Krankheitsabwehr oder zumindest zu einer besseren psychosozialen Bewältigung einer dauernden körperlichen Beeinträchtigung führen. Zudem ermöglicht eine Identifizierung und Operationalisierung von einzelnen umschreibbaren und empirisch nachgewiesenen Einflussfaktoren auf die Gesundheit es der politischen und fachpolitischen Ebene, gezielt tätig zu werden und durch entsprechende Aktivitäten das Verhältnis von Schutz- und Risikofaktoren in bestimmten kritischen Lebenssituationen positiv zu beeinflussen.

Das Konzept der Resilienz bezieht sich somit ebenso wie das der Salutogenese auf die psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und

[22] Psychische Widerstandsfähigkeit (Robustheit) von Individuen trotz des Vorliegens von Risikofaktoren. Studien zum Thema Resilienz werden im Unterschied zum breit untersuchten Feld der Risikofaktoren erst seit etwa 20 Jahren systematisch durchgeführt, sodass zurzeit noch relativ wenig gesicherte Erkenntnisse vorliegen (Holtmann/Schmidt 2004). Ein Großteil der vorliegenden Forschungsergebnisse stammt zudem aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum, die Forschung bezüglich des europäischen und speziell deutschen Kulturraums ist noch sehr lückenhaft.

psychosozialen Entwicklungsrisiken und beschreibt damit einen ganz ähnlichen Paradigmenwechsel gegenüber dem klassischen Blick auf Krankheit. Beide Konzepte gehen von ähnlichen Fragestellungen aus und analysieren die Rolle von Ressourcen als Widerstandressourcen (Salutogenese) bzw. als Schutzfaktoren (Resilienz). *Antonovsky* selbst sieht große Übereinstimmung insbesondere mit den Untersuchungen zu *Werner* und *Smith* (1982). „Obwohl ich mich in der Kindesentwicklung, ihrem Spezialgebiet, nur sehr wenig auskannte, gab es zwischen uns ein Gefühl grundsätzlicher Verständigung. Ich merkte, dass wir dieselben Fragen stellten und uns bei der Beantwortung in die gleiche Richtung bewegten." (ebd. 1997, S. 55)

Differenzen erklären sich weniger durch konzeptionelle Widersprüche als vielmehr aufgrund der Entstehungsdisziplinen (Entwicklungspsychologie und Gesundheitssoziologie) und der unterschiedlichen sprachlichen und theoretischen Bezüge. So ist die Resilienzforschung ebenso wie die Salutogenese prozessorientiert ausgerichtet, argumentiert aber häufiger in Persönlichkeitskategorien bzw. -eigenschaften. Die Salutogenese fokussiert ebenso wie die Resilienzforschung auf Belastungs-Bewältigungsprozesse von Individuen, bettet diese aber systematischer in gesellschaftliche Rahmenfaktoren ein. Der Vorteil einer leichteren Anschlussfähigkeit an Konzepte der Gesundheitsförderung geht bei der Salutogenese aber zugleich einher mit einem weniger elaborierten Entwicklungskonzept.[23]

Insgesamt erscheint die Salutogenese als das konzeptionell stärker ausgearbeitete und übergreifende Modell (vgl. Rückert u. a. 2006). Das Modell der Salutogenese ist auf Krankheit und Gesundheit allgemein und nicht nur auf Gesundheit ausgerichtet und bietet somit ein umfassenderes Verständnis des Prozesses. Allerdings können die Erkenntnisse und Wirkfaktoren der Resilienzforschung für das Modell der Salutogenese fruchtbar gemacht werden.

3.2.2.6 Zur Wirkung des Kohärenzgefühls auf Gesundheit

Antonovsky hat ein Instrument zur Messung des Kohärenzgefühls entwickelt, das mittlerweile in 14 Sprachen übersetzt und in 20 Ländern angewendet wurde. Auch wenn es einige kritische Stimmen zum Instrument gibt (vgl. Eriksson 2007; Geyer 2000), so belegen mittlerweile eine beträchtliche Anzahl an internationalen Studien den Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl, Gesundheit und Krankheit (Eriksson 2007; Singer/Brähler 2007). Die meisten bisher veröffentlichten Studien untersuchten den *Sense of Coherence* (SOC) als unabhängige Variable. Eine finnische Arbeitsgruppe (Eriksson/Lindström 2007) stellte eine Übersicht mit 458 wissenschaftlichen Arbeiten und 13 Dissertationen zur Wirkung des Kohärenzgefühls systematisch zusammen. In diesen Untersuchungen zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der Höhe des Kohärenzgefühls und Wohlbefinden, Lebensqualität und Lebenszufriedenheit. Dies gilt sowohl für Kinder, Erwachsene wie auch für Familien.

Bezüglich des Zusammenhangs zu Gesundheit zeigen sich ebenfalls zahlreiche Effekte. Dabei sind die Beziehungen zwischen physischer Gesundheit weniger eindeutig als zu psychischer bzw. psychosomatischer Gesundheit. Das Kohärenzgefühl (SOC) korreliert stark mit psychischer Gesundheit, unabhängig von Alter, Geschlecht, Ethnizität, Nationalität und Studiendesign. Ein hoher SOC korreliert in der Regel mit einem geringen Stresserleben und mit einem geringen Beschwerdedruck. Der SOC ist ein besserer Prädiktor für Suizidgefahr als Depressivität (Petrie/Brook 1992). Zu physischer Gesundheit lässt sich ein solcher Zusammenhang zwar ebenfalls nachweisen, allerdings fallen die entsprechenden Korrelationen niedriger aus (vgl. Singer/Brähler 2007, S. 36). Insgesamt kommt die finnische Arbeitsgruppe zu dem Ergebnis: „Despite of some uncertainty the interpretation and the conclusion of included studies is that SOC seems to be a healthy resource, promoting resilience and the development of a positive state of health" (Eriksson 2007, S. 34).

Dies gilt auch für Kinder und Jugendliche ab 14 Jahren: So leiden Jugendliche mit einem höheren Kohärenzgefühl deutlich weniger unter psychosomatischen Stresssymptomen und psychischen Belastungen bzw. Demoralisierung. Sie zeigen auch weniger Risikoverhaltensweisen und sind mit ihrer Gesundheit bzw. mit ihrem Leben deutlich zufriedener (vgl. Höfer 2000a/b). Das Kohärenzgefühl fungiert so gesehen als Medium, das vorhandene Widerstandsressourcen auch tatsächlich nutzbar macht für Optionen und konkrete Handlungsmöglichkeiten.

Trotzdem bleibt noch eine Reihe von Fragen offen. So ergeben beispielsweise die verschiedenen Studien und Untersuchungen bezüglich der Unabhängigkeit des SOC vom Geschlecht ein heterogenes Bild. Da kaum Längsschnittuntersuchungen existieren, blieb bisher auch die Frage nach der Stabilität bzw. der Entwicklungsmöglichkeit des SOC empirisch weitgehend ungeklärt. Die bislang angenommene Kulturunabhängigkeit des SOC, wurde eher angezweifelt, auch wenn die Untersuchungen in verschiedenen Ländern in diese Richtung deuteten, da sich diese Länder kulturell gesehen relativ ähnlich waren (vgl. Franke 1997). Mittlerweile gibt es aber auch Untersuchungen aus Staaten des ehemaligen Ostblocks, aus Asien und aus Afrika, „sodass man nicht länger behaupten kann, dass der Sense Of Coherence ein westliches Konstrukt beziehungsweise nur dort validiert sei" (Singer/Brähler 2007, S. 30).

3.2.2.7 Integration von Pathogenese und Salutogenese

Versucht man die Diskussion um Pathogenese und Risikofaktoren auf der einen Seite und Salutogenese, Widerstands- und Schutzfaktoren auf der anderen Seite zusammenzufassen, ist es im Anschluss an *Antonovsky* sinnvoll, die Suche nach spezifischen Krankheitsursachen (patho-

[23] Die Salutogenese basierte teilweise auf einem Entwicklungsmodell, das mit der Adoleszenz ihren Abschluss fand, während die Resilienzforschung zwar von der Kindheit ausging, stets aber von einem lebenslangen Entwicklungsprozess sprach.

genetischer Ansatz) durch die Suche nach gesundheitsfördernden bzw. gesund erhaltenden Faktoren (salutogenetischer Ansatz) zu ergänzen. Um die unterschiedlichen Zugänge zu Gesundheit und Krankheit in ihren charakteristischen Perspektiven ordnen zu können, hat *Antonosky* wiederholt das einprägsame Bild verwendet, dass wir Menschen „uns alle immer im gefährlichen Fluss des Lebens befinden und niemals sicher am Ufer stehen“ (Antonovsky 1993, S. 7). Und er fährt dann fort: „Wir alle, um mit der Metapher fortzufahren, sind vom Moment unserer Empfängnis bis zu dem Zeitpunkt, an dem wir die Kante des Wasserfalls passieren, um zu sterben, in diesem Fluss“ (ebd., S. 8f.). Mit seiner Flussmetapher will *Antonovsky* die unterschiedlichen Positionen und Herangehensweisen von Gesundheitsförderung und Pathogenese verdeutlichen. Dabei plädiert er nicht, wie Bauch (2007, S. 5) anführt, für eine Gesundheitsförderung „ohne einen pathogenetischen Seitenblick“ bzw. für eine Trennung beider Systeme. Gerade mit der Annahme eines *Gesundheits-Krankheits-Kontinuums* sieht *Antonovsky* einen integrativen Ansatz beider Perspektiven gegeben, in dem die Bemühungen sowohl Kranken als auch Gesunden gelten. Erst diese Sichtweise überwindet den dichotomen Denkansatz, der zu einer eingeschränkten Sichtweise führt, und zwar auf beiden Seiten. Demgegenüber sieht der salutogenetische Ansatz vor, dass die Position jeder Person zu jedem beliebigen Zeitpunkt untersucht wird. „Epidemiologische Forschung würde sich auf die Verteilung von Gruppen auf dem Kontinuum konzentrieren. Klinische Mediziner würden dazu beitragen wollen, dass sich einzelne Personen, für die sie verantwortlich sind, in Richtung des Gesundheitspols verändern“ (Antonovsky 1997, S. 23). Dabei, und insbesondere auch, wenn es um Hilfen geht, stellen die Probleme den Bezugspunkt dar, für das, was verändert werden soll. Für die Frage, wie Probleme verändert werden können, sind die Ressourcen der Menschen aber wichtiger, weil deren Verfügbarkeit und Mobilisierbarkeit bei der Bewältigung von Belastungen, Krisen und Konflikten die entscheidende Rolle spielen (vgl. Bründel 2004).

Aus der Sicht von *Antonovsky* können in Bezug auf die Hilfen fünf Zugänge unterschieden werden:

- Eine *kurative Perspektive* gibt es vor allem für die vom Ertrinken bedrohten Menschen und rettet bzw. betreut sie mit den Möglichkeiten des medizinischen Systems. Zentral ist die Behandlung von Krankheiten und ein expertenzentriertes, hierarchisches Arzt-Patienten-Verhältnis. Die Gesellschaft hat die dafür notwendigen Ressourcen zur Behandlung zur Verfügung zu stellen. Immer wichtiger werden auch technologischer Fortschritt und genetische Kontrolle.

- Die Perspektive der *protektiven Praxis* ist auf Populationen gerichtet. In ihrer ersten Variante (Health protection) geht es vor allem um die Reduzierung von Risiken, die die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung direkt verhindert. In Analogie zur Flussmetapher werden auf dieser Ebene beispielsweise Zäune gebaut, um zu verhindern, dass Menschen überhaupt in den Fluss fallen. Die zweite Variante ist die „Disease prevention“, in der ebenfalls die Fachleute definieren, was schützt. In der Flussanalogie versucht man auf dieser Ebene den Menschen zu helfen, in dem sie beispielsweise mit Schwimmwesten ausgestattet werden.

Zentral für die Salutogenese ist aber, dass es nicht ausreicht, Stress zu verhindern oder zu vermeiden (vgl. Antonovsky 1997). Weitergehende, ergänzende Ebenen sind:

- Die *Gesundheitserziehung*: Im Mittelpunkt steht die Wissensvermittlung über einen gesunden Lebensstil. (Auf die Flussanalogie bezogen geht es darum, Menschen dazu zu bringen, schwimmen zu lernen.)

- *Gesundheitsförderung*: Diese richtet sich auf die Lebensbedingungen und ein Setting, in dem Gesundheit und Kohärenz sich entwickeln. Im Mittelpunkt stehen die personalen, sozialen Ressourcen und die körperliche Ausstattung in Relation zu den Strukturen, die diese hervorbringen. In Analogie zu unserer Flussmetapher würden auf dieser Ebene alle Faktoren in den Blick kommen, die einem Menschen helfen, mit seinen Fähigkeiten und Fertigkeiten gut schwimmen zu lernen und wie man diese Bedingungen und Kompetenzen auch strukturell fördern kann.

- *Gesundheitswahrnehmung und Lebensqualität*: Ziel von Gesundheitsförderung ist es Bedingungen für ein „gutes Leben“ zu schaffen unter der Betonung eines aktiven und teilhabenden Subjekts. Auf die Flussmetapher bezogen würde es auf dieser letzten Ebene darum gehen, „Schwimmen“ als Fähigkeit der Menschen zu sehen, die Spaß macht, Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit fördert.

Vor allem auf den beiden letzten Ebenen spielt die Risikoreduzierung (Schwimmen) nur noch eine nachgeordnete Rolle.

Auch, wenn das Modell der Salutogenese kein fertiges Theoriegebäude darstellt – ein Anspruch, den *Antonovsky* nie hatte –, so wird es zunehmend als konzeptuelle Rahmentheorie für Gesundheitsförderung diskutiert. Das Modell ist nach *Bengel u. a.* (1998) in der Lage, den „häufig theoriearmen und aktivistisch aneinander gereihten, präventiven Aktivitäten (…) eine Rahmentheorie, die ressourcenorientierte, kompetenzsteigernde und unspezifische Präventionsmaßnahmen stützt“ (ebd., S.70), zu geben.[24]

3.2.3 Empowerment: Eine Förderperspektive

Das salutogenetische Modell richtet die Aufmerksamkeit auf die Widerstandsressourcen, die die Voraussetzung für

[24] Die Salutogenese bietet, wie *Richter* (2002) es formuliert, eine Meta-Theorie für alle Anwendungsfelder von Prävention und Gesundheitsförderung sowie eine Legitimation für konzeptuelle Überlegungen und konkrete Maßnahmenplanung. Dieses Modell steht für kompetenzsteigernde und unspezifische Maßnahmen, schult den ressourcenorientierten Blick und lenkt den Fokus auf Lebenskontexte und deren Auswirkungen auf das Individuum. Allerdings bedarf das Verhältnis zwischen der gesellschaftlichen und individuellen Ebene einer weiteren Bearbeitung.

eine gesundheitsförderliche Lebensführung bilden. Ins Zentrum wird dabei die Handlungsmächtigkeit von Individuen gerückt. Die Stärkung dieser Handlungsfähigkeit bildet deshalb das primäre Ziel einer salutogenetisch verstandenen Förderpraxis. Das Empowermentkonzept liefert hierfür den geeigneten Rahmen. Der Begriff „*Empowerment*“ wird von einem gewissen Etwas, einem Flair umgeben. Das vermittelt vor allem die „*Power*“-Komponente im Begriff, aber er lebt nicht nur davon, sondern auch von der Vorsilbe „Em-“ die den Sinn von Geben, Abgeben, Weggeben transportiert. Und das ist gerade der zentrale Aspekt: Nicht für sich Macht fordern oder erobern, sondern sie weitergeben, sie bei anderen wecken, ihnen dabei helfen, sie zu entdecken. „Empowerment“ meint nicht einfach Veränderung der Machtverhältnisse, obwohl es auch darum geht, sondern die Gewinnung oder Wiedergewinnung von Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen. Diese Perspektive richtet sich an Professionelle und ihre berufliche Grundhaltung und liefert eine Grundorientierung für jede Art von Gesundheitsförderung (vgl. Laverack 2004, 2005, 2007). Sie hat als emanzipatorischer Ansatz nicht zuletzt auch im Behindertenbereich einen hohen Stellenwert erlangt (Theunissen/Plaute 2002; Theunissen u. a. 2007).

Die Empowerment-Perspektive bündelt wichtige Lernprozesse des letzten Jahrzehnts (vgl. Herriger 2006). Sie knüpft ein Netz von Ideen zu einer neuen Orientierung psychosozialen Handelns. Es sind vor allem die folgenden Lernprozesse:

1) Von der Defizit- oder Krankheitsperspektive zur Ressourcen- oder Kompetenzperspektive. Das Wissen um die Stärken der Menschen und der Glaube an ihre Fähigkeiten, in eigener Regie eine lebenswerte Lebenswelt und einen gelingenden Alltag herzustellen, führt mit Notwendigkeit zu einer anderen beruflichen Perspektive als im Falle eines professionellen Szenarios der Hilfebedürftigkeit.

2) Nur jene Art von professionellem Angebot kann letztlich wirksam werden, das in das Selbst- und Weltverständnis der Adressatinnen und Adressaten integrierbar ist und das persönlich glaubwürdig und überzeugend vermittelt wird. Solche Einsichten führen mit Notwendigkeit zur Überwindung einer einseitigen Betonung professioneller Lösungskompetenzen und von der Orientierung an der Allmacht der Expertinnen und Experten zu einer partnerschaftlichen Kooperation von Betroffenen und Fachleuten. Von Dauer können nur Veränderungen sein, die den Grundsatz „Hilfe zur Selbsthilfe“ realisieren.

3) Jede professionelle Aktivität, der es nicht gelingt, zur Überwindung des Erfahrungskomplexes der „gelernten Hilflosigkeit“ oder „Demoralisierung“ beizutragen, wird wirkungslos bleiben. Die Wirksamkeit professioneller Hilfe wird davon abhängen, ob das Gefühl gefördert werden kann, mehr Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen zu erlangen.

4) Soziale Unterstützung im eigenen sozialen Beziehungsgefüge ist von großer Bedeutung bei der Bewältigung von Krisen, Krankheiten und Beeinträchtigungen sowie bei der Formulierung und Realisierung selbstbestimmter Lebensentwürfe. Gerade die Kräfte, die durch die Vernetzung von gleich Betroffenen entstehen können, sind von besonderer Qualität („*peer support*“).

5) Psychosoziale Praxis lässt sich nicht in Kategorien von Widerspruchsfreiheit oder im Funktionskreis instrumentellen Denkens adäquat erfassen. Anstelle eines Diskurses, der von der Unterstellung eines hehren Allgemeinwohls ausgeht, ist es notwendig, Widersprüche, Interessenunterschiede und unterschiedliche Bedürfnisse zum Thema zu machen. Hierzu gehören auch Themen wie die Janusköpfigkeit von Hilfe und Kontrolle in allen Formen psychosozialen Handelns; die Analyse unerwünschter Nebenfolgen „fürsorglicher Belagerung“ und ihrer institutionellen Eigenlogiken und schließlich auch die Anerkennung unterschiedlicher und teilweise widersprüchlicher Interessen von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern einerseits und Professionellen andererseits.

6) Die wichtigste Erkenntnis, die auf solchen Pfaden divergenten Denkens zu gewinnen ist, ist die Einsicht in die Dialektik von Bedarfen, Rechten und Bedürftigkeiten. Die klassische wohlfahrtsstaatliche Philosophie war ausschließlich von einer Definition von Bedürftigkeiten und auf sie bezogenen sozialstaatlichen Hilfe- oder Präventionsprogrammen bestimmt. Die meisten Therapie- und Präventionsprogramme gehen – in aller Regel mit guten und nachvollziehbaren Gründen – von einer Annahme spezifischer Defizite und Bedürftigkeiten aus, die im wohlverstandenen Interesse der Betroffenen verhindert, kompensiert oder verändert werden sollen. Erst in den 1970er-Jahren wurde – nicht zuletzt infolge heftiger Konflikte zwischen „wohlwollenden“ Helferinnen und Helfern und zunehmend eigene Ansprüche formulierenden Adressatinnen und Adressaten – die Ebene der Rechte als unabhängiger Begründungsinstanz für Handeln oder dessen Unterlassung „entdeckt“. Es war sicher kein Zufall, dass diese Entdeckung in die Zeit der sich abzeichnenden Krise des Wohlfahrtsstaates fiel. Die Krise des Sozialstaats hat auch für viele Betroffene sichtbar gemacht, dass ihre Rechte in den Wohlfahrtsleistungen keineswegs gesichert, mit deren Abbau auch gefährdet sind und eigenständig vertreten und abgesichert werden müssen. Rappaport bringt die beiden Sichtweisen auf die Formel von „Kinder in Not“ oder „Bürger mit Rechten“. Es handelt sich nicht um Entweder-oder-Perspektiven, sie müssen in dem Spannungsverhältnis, in dem sie zueinander stehen, erhalten bleiben. Dazu bemerkt *Rappaport* (1985, S. 268) treffend: „Rechte ohne Ressourcen zu besitzen, ist ein grausamer Scherz.“

Die Ressourcenförderung zielt auf die Stärkung der Handlungsfähigkeit der Subjekte. Das bedeutet nicht, dass es bei Empowermentstrategien nur um die Stärkung

personengebundener Ressourcen geht. Gerade um die individuelle Handlungsfähigkeit stärken zu können, bedarf es der Netzwerke, die in der Lage sind, Individuen in ihrer Lebensbewältigung emotional und alltagspraktisch zu unterstützen und gemeinsame Interessen wirksam zu vertreten (etwa in Form von Selbsthilfeinitiativen). Wirksame Empowermentstrategien zielen aber letztlich auch auf die institutionell-strukturelle Ebene, um die Bedingungen der Möglichkeit wirksamen Handelns zu verbessern (so ist der § 20 c SGB V eine wichtige strukturelle Voraussetzung für die kommunale Selbsthilfeförderung). Gerade durch die Verknüpfung der individuellen, gruppenbezogenen und strukturellen Ebenen ist wirksames Empowerment möglich (vgl. Miller/Pankofer 2000; Lenz/Stark 2004; Quindel 2004; Herriger 2006). Wenn Empowerment allein auf die individuelle Ebene eingeengt verstanden wird, dann entsteht durchaus die Gefahr einer Individualisierung von Problemlagen, deren Bewältigung nur noch dem „unternehmerischen Selbst" zugeschrieben und zugemutet wird (vgl. die Kritik von Bröckling 2007a; 2008a).

Empowerment bietet eine Perspektive, die sich vor allem auf die Handlungsziele und -bedingungen für Professionelle in der sozialen Arbeit und im Gesundheitssystem bezieht. Richtig verstanden schafft sie Handlungsräume für die Akteure, die durch aktive Beteiligung an der Gestaltung ihrer Lebensbedingungen Selbstwirksamkeitserfahrungen machen können. Empowerment und Partizipation verweisen aufeinander: Empowerment fokussiert auf die professionelle Ermöglichung von Bedingungen der aktiven Beteiligung, die den Akteuren Erfahrungen der Handlungsmächtigkeit verschaffen können.

3.2.4 Partizipation

Eine der zentralen Voraussetzungen dafür, dass das eigene Leben als kohärent im oben beschriebenen Sinne wahrgenommen wird, ist die Erfahrung, dass man sich selbst als handlungsmächtig erfährt. Sozialisation bedeutet deshalb nicht nur Kompetenzerwerb, sondern auch Handlungsbefähigung im Sinne des Erlebens und Erfahrens einer erfolgreichen Wirkung des eigenen Handelns (vgl. Grundmann 2006, S. 186 ff.).

Um diese Erfahrung machen zu können, bedarf es Bedingungen, die es Kindern und Jugendlichen ermöglichen, sich selbst als wirkmächtig zu erfahren. Gerade deshalb gewinnt alles, was Teilhabe und Beteiligung von Kindern und Jugendlichen ermöglicht, in diesem Zusammenhang zentrale Bedeutung. Neben allen demokratietheoretischen Argumenten erweisen sich altersgemäße Teilhabe und Beteiligung aller Kinder und Jugendlichen als unverzichtbare Voraussetzungen für die Entstehung von Lebenskohärenz und als Elemente der Gesundheitsförderung.

Damit gewinnt das u. a. in den Kinder- und Jugendberichten der Bundesregierung wiederholt aufgegriffene und herausgehobene Thema Partizipation und Beteiligung eine neue Bedeutung (vgl. Deutscher Bundestag 1980, S. 114 ff., 1990, S. 88 ff.; 1998, S. 180 ff. 2002, S. 198 ff. und 254 ff.; 2005, S. 230).

Partizipation heißt die aktive Teilhabe an der Gestaltung der gesellschaftlichen Prozesse, die ein Subjekt betreffen. Das ist eine zentrale Voraussetzung für die Erfahrung von „Selbstwirksamkeit", und das wiederum ist ein Basiskonstrukt der Gesundheitsförderung.

Ein wichtiger Indikator für das partizipative Klima in einer Gesellschaft ist das bürgerschaftliche Engagement. Im bürgerschaftlichen Engagement investieren Menschen Ideen, Zeit und Kompetenzen zur Gestaltung von Projekten, die ihnen wichtig sind. Sie erfahren in diesen Tätigkeiten ihre persönlichen Wirkungsmöglichkeiten durch selbstbestimmtes Handeln, und sie erwerben dabei für sich wichtige Erfahrungen und Fähigkeiten. Gerade für Heranwachsende liefert das Freiwilligenengagement nicht nur Gelegenheitsstrukturen für die Identitätsfindung als Bürger (vgl. Yates/Youniss 1999), sondern auch ein Experimentierfeld für die eigene Identitätsarbeit und den Erwerb von Lebenskompetenzen, die in der Reichweite und Nachhaltigkeit der Lernprozesse oft weit über das hinausreichen, was formelle Lernorte vermitteln (Keupp 2000a; 2006a).

Wenn man einen Blick auf die empirischen Belege für das Freiwilligenengagement in der Bundesrepublik richtet, dann zeigt sich ein relativ hohes Beteiligungsniveau von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, allerdings – verglichen mit der Gruppe der älteren Bevölkerungsgruppen, bei denen es zwischen dem ersten und zweiten Freiwilligensurvey erhebliche Zuwachsraten gab – mit einer eher stagnativen Tendenz (Gensicke u. a. 2006). Die Engagementmotive von Heranwachsenden haben sich von kommunikativ-expressiven Beteiligungswünschen zu mehr instrumentellen Nutzenerwägungen verändert. Das Engagement soll sich für die berufliche Sozialisation als ertragreich erweisen. Auch beim Freiwilligenengagement bewahrheitet sich erneut das Prinzip: „Wer hat, dem wird gegeben". Denn es sind vor allem die Heranwachsenden, die einen vergleichsweise guten Bildungshintergrund haben, die sich im Engagement einen weiteren Kompetenzzuwachs und ressourcenreiche soziale Netzwerke erwerben können. Die gegenwärtig allenthalben vorangetriebene Beschleunigung und Verdichtung von schulischen und universitären Bildungsprozessen (etwa durch die Verkürzung der Schulzeit und durch Bachelorstudiengänge) reduziert für Heranwachsende die zu ihrer freien Verfügung nutzbare Zeit. Dieser Prozesse dürfte auch für das stagnierende freiwillige Engagement von Jugendlichen verantwortlich sein. Es ist Teil einer problematischen Reduktion selbstbestimmter Handlungsmöglichkeiten, über formal gesetzte Rahmungen, z. B. der Bildungsprozesse, die über ihre bessere inhaltliche Weiterentwicklung (Unterrichtsgegenstände, -gestaltung und Verortung) aufgehoben werden muss.

Partizipation ist eine entscheidende Bedingung für Inklusion. Im Behindertenbereich hat dieser Gedanke vor allem in den Programmen von „*Community Care*" seinen Niederschlag gefunden. Das SGB IX regelt die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen in rechtsverbindlicher Form. Gleich im § 1 wird die Basis gelegt, wenn gesagt wird, dass sozialstaatliche Leistungen das

Ziel haben müssen, bei behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen „Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken". In § 4 wird die Aufgabe der „Leistungen zur Teilhabe" dahingehend spezifiziert, „die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern".

Im Sinne der „*Community Care*"-Programmatik müssen Menschen mit Behinderung in der Zivilgesellschaft „ankommen" können, was mehr bedeutet, als „nur" dabei zu sein (Wacker u. a. 2005). Das ist unter „Inklusion" zu verstehen. Dazu bedarf es eines gesellschaftlichen Bewusstseins, dass sie Bürgerinnen und Bürger mit uneingeschränkten Selbstbestimmungsrechten sind. Gerade daraus leitet sich die Notwendigkeit einer partizipativ gestalteten Lebenswelt ab.

3.2.5 Verwirklichungschancen

Gesundheitsförderung im Sinne der *Ottawa-Charta* „zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und die Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Hier geht es um den unauflöslichen Zusammenhang von individuellem Handeln und den „ermöglichenden Strukturen" (Berger/Neuhaus 1977), die gesellschaftlich geschaffen werden müssen. Widerstandsressourcen sind also nicht nur die Energien und Möglichkeiten, die eine Person mobilisieren kann, sondern hier geht es um Gestaltungskräfte eines Gemeinwesens. Der Nobelpreisträger für Wirtschaftswissenschaften *Sen* hat dies in einem Buch zur Überwindung von Armut und Ungerechtigkeit so ausgedrückt: „Letztlich ist das individuelle Handeln entscheidend, wenn wir die Mängel beheben wollen. Andererseits ist die Handlungsfreiheit, die wir als Individuen haben, zwangsläufig bestimmt und beschränkt durch die sozialen, politischen und wirtschaftlichen Möglichkeiten, über die wir verfügen. Individuelles Handeln und soziale Einrichtungen sind zwei Seiten einer Medaille. Es ist sehr wichtig, gleichzeitig die zentrale Bedeutung der individuellen Freiheit und die Macht gesellschaftlicher Einflüsse auf Ausmaß und Reichweite der individuellen Freiheit zu erkennen" (2000, S. 9f.).

Sen bezeichnet dieses Ausmaß und die Reichweite der individuellen Freiheit als „Verwirklichungschancen". Er versteht darunter die Möglichkeit von Menschen, „bestimmte Dinge zu tun und über die Freiheit zu verfügen, ein von ihnen mit Gründen für erstrebenswert gehaltenes Leben zu führen" (Sen 2000, S. 108). Wohlergehen hängt aus dieser Sicht in entscheidender Weise, wenn auch nicht allein, vom Einkommen und dem Zugang zu materiellen Gütern ab. Das verfügbare Realeinkommen, aber auch Bildung und soziale Zugehörigkeiten haben erheblichen Einfluss auf Wohlergehen und Gesundheit:

- Persönliche Eigenheiten: Unterschiedliche „physische Eigenschaften, die mit Behinderung, Krankheit, Alter oder Geschlecht verbunden sind" (Sen 2000, S. 89), können unterschiedliche materielle Bedürfnisse bedingen.
- Unterschiede in den Umweltbedingungen: Klimatische oder auch ökologische Belastungen „können sich darauf auswirken, was jemand mit einem bestimmten Einkommensniveau anfangen kann" (Sen 2000, S. 90).
- Unterschiede im sozialen Klima: „Die Möglichkeit, persönliches Einkommen und persönliche Ressourcen in Lebensqualität umzusetzen" (Sen 2000, S. 90), hängt vom sozialen Kapital ab, also von Netzwerken, in denen Vertrauen entsteht.
- Unterschiede in den relativen Aussichten: Gemeinschaften variieren in Bezug auf die Standards, die jemand erfüllen muss, um dazugehören zu können, um „sich ohne Scham in der Öffentlichkeit zu zeigen" (Sen 2000, S. 91), wie es *Adam Smith* schon zu Beginn der Neuzeit formuliert hatte.
- Verteilung innerhalb der Familie: „Verteilungsregeln innerhalb der Familie (etwa solche, die sich auf das Geschlecht, das Alter oder die für notwendig erachteten Bedürfnisse beziehen) können zu erheblichen Unterschieden bezüglich der Errungenschaften und der Lage der einzelnen Mitglieder führen" (Sen 2000, S. 91).

Das auf *Sen* und *Nussbaum* zurückgehende *Capability-Konzept* erweist sich als anschlussfähig zu den bisher ausgeführten Basiskonzepten der Gesundheitsförderung. Es rückt – wie auch die *Ottawa Charta* der WHO – den inneren Zusammenhang der Handlungsbefähigung der Subjekte mit den objektiv gegebenen Verwirkungschancen ins Zentrum. In dieser Verknüpfung ist es für die soziale Arbeit von Relevanz (vgl. die Beiträge im Sammelband von Otto/Ziegler 2008). Das *Capability-Konzept* hat auch die Chance, eine Brücke zur Armutsforschung herzustellen (vgl. Volkert 2005) und ist zu einem wichtigen konzeptionellen Baustein in der Armuts- und Reichtumsberichte der Bundesregierung geworden. Und schließlich ist auch die Gerechtigkeitsthematik in den sozialphilosophischen und politiktheoretischen Diskursen durch die Frage nach der Verteilung der Verwirklichungschancen im globalen wie auch im nationalen Rahmen neu thematisiert worden (vgl. Heinrichs 2006; Nass 2006).

3.2.6 Synopse: Befähigung und Befähigungsgerechtigkeit

Die hier dargestellten Perspektiven auf Gesundheit, so wie sie in der *Ottawa-Charta*, dem *Konzept der Salutogenese*, dem *Capability-Ansatz* und auf der praktischen Umsetzungsebene an Hand der Konzepte Empowerment und Partizipation formuliert sind, konvergieren in einer spezifischen Sicht auf das Subjekt und einer damit verbundenen Leitidee von Gesundheitsförderung: Ein möglichst selbstbestimmt entscheidendes, handlungsfähiges Subjekt, das bestimmte Ressourcen (wie Kohärenzsinn, soziales, kulturelles und „Identitätskapital") benötigt, aber auch einsetzen kann, um Stressoren zu bewältigen und so die eigene Gesundheit zu erhalten oder wiederzugewin-

nen. In diesem Verständnis ist es die Aufgabe von Institutionen, Heranwachsende bei der Entwicklung dieser Ressourcen zu fördern, aber auch Strukturen zu schaffen, die Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Sinne von Empowerment in der Wahrnehmung ihrer Rechte stärken und ihnen zu mehr Handlungsfähigkeit verhelfen. Bezug genommen wird damit auf die Norm des selbstbestimmten Handelns. Zugleich wird diese Norm an die strukturellen, genauer gesellschaftlichen Bedingungen für die Ermöglichung von Selbstbestimmung gebunden (vgl. Giddens 1997).

Zentral, wie die Forschung wiederholt gezeigt hat (Bandura 1997; Grundmann u. a. 2006; 2008), ist dabei die Erfahrung, sich selbst als *handlungswirksam* zu erfahren. Sie entsteht für Heranwachsende in Alltagssituationen, in denen sie eigene Optionen entwickeln und erproben können. Nur so können sie auf diese Weise in ihren Lebenswelten die Grundlagen für ihre Handlungsfähigkeit und ein Vertrauen in die eigene Handlungswirksamkeit erwerben.

Allerdings sind in den Erfahrungsräumen unterschiedlicher Milieus und institutioneller Settings, in denen sich Heranwachsende bewegen, strukturelle Unterschiede an derartigen Verwirklichungschancen gegeben. Insofern befähigen sie Subjekte auch auf unterschiedliche Weise zu selbstbestimmtem Handeln (Grundmann u. a. 2006). Benachteiligender sozio-ökonomischer Status, je nach Kontext Geschlechtszugehörigkeit, ggf. Migrationshintergrund und Behinderung beschreiben Konstellationen, die erschwerte Zugänge zu Wirksamkeitserfahrungen bedingen.

Als Befähigungsgerechtigkeit wird vor diesem Hintergrund das für politisches, institutionelles und professionelles Handeln zentrale Ziel bezeichnet, Heranwachsende zu befähigen, „selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen“, um noch einmal die Ottawa Charta zu zitieren. Im Ansatz der Salutogenese mit der Herausarbeitung der Widerstandsressourcen und dem Kohärenzsinn als dem subjektspezifischen Organisationsprinzip der Handlungsfähigkeit findet die Subjekt-Struktur-Koppelung eine gesundheitswissenschaftliche Ausformulierung.

3.2.7 Ein notwendiger Exkurs: Inklusionsperspektive für Kinder- und Jugendliche mit Behinderungen

Dieser Bericht hat die Aufgabe übernommen, „die Felder der Integration von und der Arbeit mit jungen Menschen mit Behinderungen und jungen Menschen, die von Behinderungen bedroht sind“ (so im Berichtsauftrag formuliert), mit in den Blick zu nehmen. Gerade weil die Kommission diese Aufgabe sehr ernst nimmt, hat sie sich dazu entschlossen, die Grundkonzepte von Prävention und Gesundheitsförderung so zu verstehen und zu nutzen, dass sie ohne Einschränkung auf Kinder und Jugendliche mit Behinderung Anwendung finden. Nicht zuletzt die Idee der Chancengleichheit und Befähigungsgerechtigkeit impliziert diese Konsequenz. Bei aller Anerkennung der Tatsache, dass Förder- und Unterstützungsbedarfe zu achten sind, ist doch zugleich eine Perspektive notwendig, die von den gleichen Grundbedürfnissen aller Heranwachsender ausgeht. Dies ist unter einer Perspektive der Inklusion geboten und durch Ansätze z. B. von *Community Care* und *Supported Living* auch zu einem verbindlichen Handlungsprogramm geworden.

Inklusion, *Community Care* und *Supported Living* als Herausforderung, Verpflichtung und Aufgabe einer sozialen Gemeinschaft, alle Menschen in vergleichbarer Weise von Geburt an bis ins Alter am Leben in allen gesellschaftlichen Bereichen aktiv zu beteiligen und nicht Sonderbezirke für bestimmte Gruppen von Menschen (behinderte Menschen, Menschen aus anderen Ländern, sozial Schwache etc.) zu schaffen, ist ein wesentliches Merkmal einer demokratischen, solidarischen und freiheitlichen Gesellschaftsordnung. Speziell zur Entwicklung von Kindern mit einer Behinderung liegen zahlreiche empirische Befunde vor, die zeigen, dass Kinder mit Behinderungen in integrativen/inklusiven Settings Stärken im Bereich der Kompetenzentwicklung aufbauen, die z. B. in der sprachlichen und kognitiven Entwicklung, im Spielverhalten, in der Häufigkeit ihrer sozialen Kontakte und damit einhergehend in ihrer sozialen Kompetenz Niederschlag finden (vgl. Guralnick 2001; Sarimski 2008). Dies zeigt sich nicht nur bei Kindern mit leichten Entwicklungsverzögerungen, sondern zum Teil auch bei Kindern mit schwerer und mehrfacher Behinderung. Für die Gesamtentwicklung von Kindern mit Behinderungen ist es also förderlich, mit Kindern ohne eine Behinderung zusammen zu spielen, zu lernen und zu leben.

Es steht außer Diskussion, dass Konzepte des Empowerment, der Salutogenese, der Identitäts- und Netzwerkarbeit sich sehr stark speisen von dieser Vorstellung inklusiven Aufwachsens in der Gemeinde (*Community Care*) als einbettendes Kulturangebot und als Ressourcen, in der die individuell benötigte Unterstützung (*Supported Living*) für die Kinder und Jugendlichen und auch ihre Familien erbracht wird. Gleichwohl gilt es, die Komplexität der Beziehungsgestaltung von Menschen mit und ohne Behinderung wahrzunehmen, um inklusives Aufwachsen nicht im Sinne einer „Normalisierungsstrategie“, sondern im Sinne einer „Differenzstrategie“ zu begreifen und dadurch wirklich zu gelingenden gesellschaftlichen Veränderungsprozessen werden zu lassen.

Das gelingende Miteinander von Menschen mit und ohne Behinderung ist durch eine bloße Aufnahme in Wertevorgaben (gesetzliche und moralische Regeln), in Wissensbestände und -produktion (Bildungszugang) und in gesellschaftliche Gruppierungen (Parteien, Kirchen, Vereine etc.) alleine noch nicht erreicht. Aber diese Inklusion ist Basis und Bedingung für die dialogische Herausforderung, vom bloßen Teilnehmen (Integration) zur Teilhabe (Partizipation) zu gelangen.

Inklusion bedeutet Bereicherung und Beanspruchung für beide Seiten, und sie muss das bedeuten. Teilhabe widerspricht Abhängigkeitsstrukturen (d. h. Machtausübung

der einen Seite und Selbstaufgabe der anderen Seite) und Isolation. Die Prozesse eines *Supported Living* von Menschen mit Behinderung in Familie, Schule, am Arbeitsplatz und in der Freizeit stehen demnach so lange kritisch auf dem Prüfstand, solange nicht gesichert ist, dass die spezifische Bedürfnis- und Fähigkeitsstruktur jedes einzelnen Menschen mit Behinderung Berücksichtigung findet und die Betroffenensicht in einem fortlaufenden Dialog thematisiert wird und relevant ist. Prämisse für gelingende inklusive Prozesse ist, dass jede individuelle Kombination von Lebensmöglichkeiten und Lebensgestaltung einen unverwechselbaren und einzigartigen Wert verkörpert: Es geht nicht darum, „sich das Fremde zu eigen zu machen, sondern es in seiner Andersartigkeit geschehen, ereignen zu lassen“ (Bialas 1997, S. 51).

Die Frage also, mit welchen Konsequenzen Konzepte wie Empowerment für Menschen mit Behinderungen gültig sind, lässt sich nicht ohne die Berücksichtigung des „Besonderen“ lösen. Dabei ist es wichtig festzuhalten, dass die Besonderheit nicht in der Behinderung als solcher liegt oder gar in der Person der Kinder und Jugendlichen, sodass sie einer besonderen Pädagogik bedürfen, die sich abspaltet von den Standards und Erkenntnissen zur Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Es geht vielmehr darum wahr- und aufzunehmen, wie am besten die elementaren menschlichen Grundbedürfnisse im Kontext spezifischer Beeinträchtigungen befriedigt werden können. Mit dieser Aussage steht die jeweilige Behinderung auch deutlich im jeweiligen Kontext, d. h., präventive Maßnahmen, Förderung, Unterstützung etc. müssen eindeutig über die Individualisierung von Problemlagen hinausgehen.

Die Konsequenz aus diesem Sich-gegenseitig-Anerkennen und Sich-gegenseitig-Beanspruchen ist ein dialogisches Miteinander. Es geht dabei um einen Ausgleich zwischen Rollen der Teilhabe und Mitsprache, des Gebens und Nehmens, zwischen Tendenzen der Annäherung und Abgrenzung. In der Konsequenz eines interaktionalen Behinderungsbegriffes sind Bemühungen um eine integrative Balance von beiden Seiten her nötig. Das „Herstellen“ dieser integrativen Balance ist nur als fortlaufender Aushandlungsprozess zu verstehen.

Die Gestaltung der gesellschaftlichen Teilhabe und Passung von Biografie und jeweils gegebenen gesellschaftlichen Voraussetzungen wird somit als Lebensaufgabe jedes einzelnen Menschen und damit auch jedes einzelnen Menschen mit einer Behinderung betrachtet. Hier zeigt sich insbesondere die inhaltliche Nähe zum Konzept der Identitätsarbeit, das sich u. a. damit befasst, wie der einzelne Mensch die Vielfalt der Erfahrungen und Anforderungen in spätmodernen Gesellschaften für sich zu einem kohärenten Erlebens- und Handlungsmuster verarbeiten kann (Langner 2009). In dieser auf das Individuum bezogenen, eine kulturelle Vielfalt akzeptierenden Sicht liegt die Berechtigung unterschiedlicher Integrationsmuster begründet. „Damit eröffnet sich die Möglichkeit der wechselseitigen ‚Anerkennung von Verschiedenheit‘, einer sozialen Verbindung über individuelle Unterschiede hinweg, in der Toleranz auf einer Gleich-Gültigkeit von individuellen Lebensmodellen beruht“ (Kraus/Mitzscherlich 1997, S. 166f.). Aufgabe einer inklusiven Pädagogik ist es somit auch, Menschen mit Behinderungen vorzubereiten auf selbst zu verantwortende Entscheidungen.

Ohne eine „behinderungsspezifische“ hohe Fachlichkeit und Bewusstheit für Möglichkeiten, Eigenarten und Einschränkungen kann dieses Unterfangen nicht gut gelingen: Dabei geht es nicht um eine alt „bewährte“ Kolonisierung und damit wieder Besonderung von Menschen mit Behinderungen, sondern um die Achtung für und Kenntnis über spezifische Bedarfe einzelner Menschen bzw. verschiedener Gruppen von Menschen mit Behinderungen. Deren Expertise in eigener Sache ist im Austausch mit der Fachwelt gleichwertig aufzugreifen, zu reflektieren und in konkrete Maßnahmen zu realisieren. Aus der Selbsthilfebewegung ist bekannt, dass vor allem auch im Zusammenschluss mit Gleichbetroffenen Koordinaten der Selbstpositionierung und sozialen Verortung gefunden werden, um diese dann in die Gesellschaft hinein deutlich und auch mit politischem Mandat zu artikulieren.

Im Anschluss an die Konzepte Empowerment, Salutogenese und Supported Living ergibt sich eine veränderte gesundheitspolitische Ausrichtung (vgl. Theunissen 2007, S. 27) auch auf zielgruppenbezogene Entwürfe, weil diese Konzepte in ihrer Wirksamkeit in hohem Maße kontext- und betroffenenabhängig sind. *Theunissen* betont, dass Empowerment z. B. für verschiedene Gruppen in unterschiedlichen Kontexten verschiedene Formen und Bedeutungen annimmt. Konzepte von Empowerment, Salutogenese und Identitäts- und Netzwerkarbeit sind also für alle auf den Weg zu bringen; sie bedeuten aber für Menschen mit unterschiedlichen Behinderungsformen vermittelt über spezifische kontext- und personensensitive Aushandlungsprozesse unterschiedliche Konkretisierungen (beispielhaft für Heranwachsende mit Hörschädigung: Hintermair/Tsirigotis 2008). Dabei gilt es das Motto der *Disability Studies* in hohem Maße ernst zu nehmen: „Nichts über uns – ohne uns!“ (Hermes/Rohrman 2006).

Eine individualisierende und zielgruppenbezogene Perspektive einzunehmen, erfordert dann aber auch zu erkennen und zu akzeptieren, dass nicht alle Menschen in gleicher Weise autonom sind bzw. sein können. Das macht Konzepte wie Empowerment nicht obsolet, sondern bedeutet, sich der Aufgabe zu stellen, dass Bedingungen entwickelt werden müssen, die ein würdevolles Leben unabhängig von individuellen Kompetenzen und Einschränkungen sicherstellen. In einer Ethik der Achtung, wie sie von *Conradi* vertreten wird, ist Achtung nicht auf die Unterstellung von Autonomie angewiesen (vgl. Niehoff 2005, S. 6). Von daher kann es bei dem aktuellen Versuch der neuen Befähigung der Nutzer von Unterstützungsleistungen über Geldleistungen (Modell des Persönlichen Budgets) nicht darum gehen, Menschen mit Behinderung als souveräne Kunden auf einem freien Markt von Dienstleistungen zu konstruieren. Vielmehr müssen sie als Experten in eigener Sache im Prinzip zwar Souverän sein über ihre Leistungserbringung, zugleich aber auch

die notwendige Unterstützung und Befähigung erhalten und nutzen können (Hilfe nach Maß), um „ihres eigenen Glückes Schmied“ zu sein. Ohne in behütend fürsorgliche traditionelle Konzepte zurückzufallen, müssen sich Modelle professioneller Alltagsbegleitung von Menschen mit Behinderung entwickeln (*Supported Living*), die die Begegnung mit Würde, Respekt und Achtung vor den jeweiligen individuellen Möglichkeiten enthalten und die Unterstützung anbieten und verfügbar machen („*tailor made support*“), die ihnen hilft, sich mit ihren Möglichkeiten und Begrenzungen zu entfalten und Wohlbefinden zu erleben (Schäfers u. a. 2009). Professionelle Unterstützung und die Organisation eines passenden Unterstützungsrahmens sind dabei nach wie vor ebenso notwendig wie soziale Einbindung über bürgerschaftliches Engagement, das Beheimatung, Nähe, Vertrautheit in der Gemeinschaft von Menschen mit und ohne Behinderung stützt (vgl. Wunder 2006, S. 11). Inklusive Balance ist also zugleich das Ziel und bleibt eine dauerhafte Aufgabe. Die Reduzierung von Abhängigkeit – z. B. über ein besser realisiertes Wunsch- und Wahlrecht, wie es das SGB IX § 9 vorsieht – kann auch über Geldleistungen vorangebracht werden, wenn sie selbst gesteuert oder mit der Assistenz selbst gewählter Berater und Begleiter umgesetzt wird. Sie können die Bedarfe und Bedürfnisse ihrer anspruchsberechtigten Nutzer – auch über die Grenzen der Sozialsysteme hinweg (Trägerübergreifendes Persönliches Budget) – mehr zum Tragen bringen, wie positive Erfahrungen auch für Kinder und Jugendliche mit Behinderung belegen (Metzler u. a. 2007). Die neue Steuerung von Unterstützung in ihren potenzialen Systemgrenzen (auch zwischen Versicherungs- und Versorgungsträgern) zu überschreiten, muss in der Bundesrepublik Deutschland auf der Handlungsebene allerdings noch besser entwickelt werden. An den Bedürfnissen von Kindern mit einer Behinderung orientiert zu arbeiten (und damit Inklusion, Community Care und Supported Living mit Inhalten zu füllen), fordert fortlaufend zu einer Suche nach individuellen Lösungen heraus, bei der Familien nicht auf sich alleine gestellt sein dürfen (Thimm/Wachtel 2002; Wilken/Jeltsch-Schudel 2003; Heckmann 2004; Eckert 2008). Die Herausforderung wird sein, die hohe Ausdifferenzierung des deutschen Behindertenwesens (vor allem auch nach Behinderungsarten) und eine Bewusstheit für die davon unabhängig zunehmende Heterogenität der Lebenslagen für Menschen in westlichen Gesellschaften in konkreten Lebenswelten zu versöhnen. Dies geht nicht ohne differente, flexible Lösungsmodelle: „The expanded heterogeneity of the population is also demonstrating the increasing limitations of a singular approach to instruction and communication…[We] continue to be challenged to ensure that varied interventions are available in order to maximize progress at different developmental periods“ (Abbate 2007, S. 2). Es ist die Aufgabe eines ausgewogenen Aufeinanderzugehens und respektvollen sich Begegnens von Professionellen und Betroffenen, die Chance inklusiver Balance zu ergreifen und zu entwikkeln und dabei Abschied zu nehmen von Begegnungsformen, die alleine von bestehenden Beeinträchtigungen und deren Kompensation geprägt sind.

Teil B Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

4 Entwicklungsbedingungen von Gesundheit und Krankheit bei Kindern und Jugendlichen

Im Mittelpunkt des ersten Teils dieses Berichtes standen die leitenden Konzepte. Im zweiten Teil soll nun die Aufmerksamkeit auf die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland gelenkt werden. Dabei sprengte es den Rahmen dieses Berichtes, trüge man alle dafür bedeutsamen Fakten zusammen. Für die Kommission ist deshalb die Vorstellung leitend, dass jene Aspekte in den Vordergrund gerückt werden sollen, die auch für die Praxis und Fachdiskussion der Kinder- und Jugendhilfe von Bedeutung sind. Mit Blick auf die Möglichkeiten der Kinder- und Jugendhilfe werden vorrangig jene Aspekte von Gesundheit, gesundheitlicher Gefährdung bzw. Krankheit thematisiert, die Berührungspunkte oder Schnittstellen mit der Kinder- und Jugendhilfe haben oder in ihrem Zentrum stehen.

Um die Orientierung und das Auffinden von Themen zu erleichtern, hier ein Überblick zum Aufbau dieses Kapitels: Zunächst wird ein kurzer Überblick zur Zahl der Mädchen und Jungen in den verschiedenen Altersgruppen gegeben, für die Kinder- und Jugendhilfe bei entsprechendem Bedarf zuständig ist. In Kapitel 4.1 wird zunächst dargelegt, weshalb der 13. Kinder- und Jugendbericht das – nicht ganz einfache – Verhältnis der Kinder- und Jugendhilfe zu Gesundheitsförderung und Prävention v. a. unter der Perspektive der durch gesellschaftliche Veränderungen mit bedingten „neuen Morbidität“ aufgreift. Zudem wird auf den damit ebenfalls veränderten Zusammenhang zwischen Gesundheitsförderung und Prävention und dem Aufgabenspektrum der Kinder- und Jugendhilfe hingewiesen. Weiter wird ein gewisser Perspektivenwechsel zwischen Teil A und Teil B begründet, da sich der Blick in Teil B nicht nur auf die Ressourcen, sondern auch auf die gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Kindern und Jugendlichen richtet.

In Kapitel 4.2 wird die Entscheidung der Kommission für zentrale „gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen“ bestimmter Altersstufen begründet und der wissenschaftliche Ertrag dieser Vorgehensweise für die Gestaltung des Berichts hervorgehoben. Die folgenden Kapitel 5 bis 9 sind den fünf von der Kommission unterschiedenen Altersstufen gewidmet: Einführend werden jeweils die „gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen“ erörtert, sodann folgt ein kurz gefasster „Datenreport“ zur gesundheitlichen Situation der jeweiligen Altersstufe. Jedes dieser Kapitel endet mit einer Zusammenfassung und einem Fazit zum besonderen Förderungsbedarf, der sich aus den „gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen“ und der gesundheitlichen Situation in der jeweiligen Altersstufe ergibt.

Um die in den Kapiteln 5 bis 9 wiederholt auftauchenden Prozentwerte angemessen einschätzen zu können, sei weiter kurz darauf hingewiesen, dass im Jahr 2006 in Deutschland ca. 23,1 Mio. junge Menschen unter 27 Jahren lebten. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik beträgt 28 Prozent. Aufgeteilt auf die jeweiligen Altersgruppen ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 4.1

Anzahl und Anteil (Prozent) der Heranwachsenden an der Gesamtbevölkerung Deutschlands am 31. Dezember 2006

Alter bis unter … Jahren	Männlich		weiblich		Insgesamt	
	absolut	Anteil an Gesamtbevölkerung	absolut	Anteil an Gesamtbevölkerung	absolut	Anteil an Gesamtbevölkerung
bis unter 3-Jährige	1.062.228	*1,3 %*	1.007.760	*1,2 %*	2.069.988	*2,5 %*
3–6	1.115.817	*1,4 %*	1.059.358	*1,3 %*	2.175.175	*2,6 %*
6–12	2.432.232	*3,0 %*	2.310.008	*2,8 %*	4.742.240	*5,8 %*
12–18	2.695.145	*3,3 %*	2.559.602	*3,1 %*	5.254.747	*6,4 %*
18–27	4.490.737	*5,5 %*	4.345.208	*5,3 %*	8.835.945	*10,7 %*
zusammen	11.796.159	*14,3 %*	11.281.936	*13,7 %*	23.078.095	*28,0 %*

Quelle: Statistisches Bundesamt (2008a), Bevölkerungsfortschreibung: Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht 2006

4.1 Gesundheit und Krankheit unter sich wandelnden gesellschaftlichen Bedingungen

Bevor in den zentralen Kapiteln dieses Teils die wichtigsten Informationen zu Gesundheit und Krankheit verdichtet zusammengefasst werden, ist es notwendig, kurz die dabei zugrunde gelegte Perspektive zu erläutern. Angesichts der schon im Teil A sichtbar gewordenen Vielfalt des Verständnisses aller zentralen Begriffe (wie z. B. Gesundheit, Krankheit, Wohlbefinden, Behinderung) will dieses konzeptionelle Kapitel die Perspektive erläutern, die die Darstellungen in Teil B leitet.

Die alltagsweltlich so vertraute Gegenüberstellung von Gesundheit und Krankheit umfasst bei genauer Hinsicht ein sehr breites Spektrum von nicht immer scharf abgrenzbaren Phänomenen. Dies gilt auch für die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen. Für den vorliegenden Bericht wird dieses Spektrum insofern eingeschränkt, als im Anschluss an die jüngere Diskussion der Fokus der Berichterstattung zum einen auf die sogenannte „neue Morbidität“ (Schlack 2004)[25], zum anderen auf gesundheitsfördernde Faktoren gelenkt wird.

Beschrieben werden mit dem Stichwort der „neuen Morbidität“ vor allem zwei Entwicklungen: Zum einen lassen sich Verschiebungen von den akuten zu den chronischen Erkrankungen feststellen. Dahinter verbirgt sich die Entwicklung, dass die „klassischen“ Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters (v. a. Infektionskrankheiten) mittlerweile durch Impfungen, Medikamentengabe etc. weitgehend im Rückgang begriffen sind, während die Zunahme der chronischen Krankheiten zum Teil nicht nur durch Verhalten und Lebensstil bedingt ist, wie etwa durch problematisches Ernährungsverhalten und Bewegungsmangel, sondern auch durch die Lebensverhältnisse, wie etwa Armut, mangelnder Wohn- und Bewegungsraum. So treten Übergewicht und Adipositas (Kurth/Schaffrath-Rosario 2007) inzwischen häufiger schon im Kindes- und Jugendalter auf.

Zum anderen ist bei Heranwachsenden eine Verschiebung von den somatischen Erkrankungen zu psychischen Auffälligkeiten zu beobachten.[26] Entwicklungsstörungen (z. B. Sprachentwicklungsstörungen), emotionale Störungen (z. B. depressive und Angststörungen etc.) sowie Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Aufmerksamkeitsstörungen, Gewaltbereitschaft, Alkohol- und Drogenmissbrauch etc.) stellen zunehmend eine Herausforderung für Eltern, Erzieherinnen oder Lehrer dar (Rutter/Smith 1995; Schlack 2004).

Die kurz- und vor allem die langfristigen Folgen des Krankheitsspektrums „neue Morbidität“ betreffen zum einen die aktuelle körperliche, psychische und/oder soziale Lebensqualität und Leistungsfähigkeit von Heranwachsenden. Zum anderen kommt der Beachtung der Lebensverlaufsperspektive in der Genese von Gesundheit und Krankheit eine wachsende Bedeutung zu, da ein Großteil der im Erwachsenenalter manifest werdenden somatischen und psychischen Erkrankungen ihren Ursprung in Auffälligkeiten des Kindes- und Jugendalters hat[27] (Dragano u. a. 2008). Da es also deutliche Hinweise darauf gibt, dass das Phänomen der „neuen Morbidität“ in einem engen Zusammenhang zum Lebensstil von Heranwachsenden, ihren Bezugspersonen sowie den Lebensverhältnissen steht (Schlack 2004), ist schon von der Sache her ein enger Zusammenhang zum Aufgabenspektrum der Kinder- und Jugendhilfe hergestellt. Dieser Zusammenhang ergibt sich auch bezüglich der Teilhabechancen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen, deren Zahl wächst. Zwar nehmen genetisch bedingte bzw. pränatal diagnostizierbare Behinderungen (z. B. Down-Syndrom) ab (Lenhard 2005), doch steigen die Überlebenschancen von Kindern mit Behinderung aufgrund der verbesserten medizinischen Betreuung von Kindern mit lebensbedrohlichen Erkrankungen (Willken 2008) sowie von Kindern mit durch Geburtskomplikationen bedingten Schädigungen, aus denen körperliche und seelische Behinderungen resultieren (Biermann 2008). Die Risiken der „neuen Morbidität“ sind auch bei diesen Mädchen und Jungen zu beobachten, so dass sich teilweise zusätzliche gesundheitliche Beeinträchtigungen (Fehlernährung, vor allem aber auch Verhaltensauffälligkeiten) zeigen (Frank 2005a, 2006; Pfaff u. a. 2007).

Teil B nimmt in den „gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen“, die jede Altersstufe einleiten, die Perspektive von Teil A wieder auf, nach der Gesundheit als ein positives Konzept und Gesundheitsförderung im Sinne einer Ermöglichung von Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit als körperliches, seelisches und soziales Wohlergehen zu verstehen sind, wofür die nötigen Entwicklungsressourcen und Rahmenbedingungen (vgl. Lerner/Alberts/Bobeck 2007) skizziert wurden.

Doch in den in allen Altersstufen wiederkehrenden Abschnitten zu „Gesundheit, Krankheit und Behinderung“ wird der Blick verstärkt auf gesundheitliche Beeinträchtigungen gerichtet. Dies aus dem Grund, dass im Spektrum empirischer Forschungen relativ wenige empirische Ergebnisse zu der Frage vorliegen, was eigentlich Kinder und Jugendliche gesund erhält, so dass in Teil B nur einige Hinweise zu den Schutzfaktoren für ein gesundes Aufwachsen gegeben werden können. So konstatieren die neuesten, in Teil B auch dargestellten Surveyuntersuchungen zwar, dass der größte Teil der Kinder und Jugendlichen aus Sicht ihrer Eltern wie aus eigener Sicht gesund aufwächst. Doch gibt es kaum Aussagen dazu, inwieweit die Kinder- und Jugendhilfe durch Erfüllung ihres proaktiven Förderauftrags dazu beiträgt, indem sie vor

[25] Morbidität ist ein Begriff aus der medizinischen Statistik und bezeichnet die Wahrscheinlichkeit einer Person, krank zu werden, bezogen auf die jeweilige Bevölkerungsgruppe.

[26] 10 bis 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland unter 18 Jahren weisen Anzeichen psychischer Störungen auf (BDP 2007).

[27] Beispielsweise begünstigt der Konsum von Zigaretten bereits im Jugendalter ein auf Nikotin bezogenes Suchtverhalten, das im Erwachsenenalter das Risiko für schwerwiegende Erkrankungen wie Lungenkrebs erhöht.

allem in Bereichen wie den Kindertagesstätten und der Jugendarbeit Kindern und Jugendlichen Angebote zur Förderung ihrer sozialen Entwicklung macht, um so Leiden und Benachteiligungen gar nicht erst entstehen zu lassen (vgl. Teil D).

Den in Teil A skizzierten Erkenntnisansprüchen geradezu entgegenlaufend, richtet sich die Forschung vielmehr auf die Frage, was denn Kinder und Jugendliche krank macht, und wendet sich der Minderheit von Kindern und Jugendlichen zu, denen es nicht wohl ergeht. Die Forschungsergebnisse hierzu sind allerdings von besonderer Relevanz für die Aufgabenfelder der Kinder- und Jugendhilfe, in denen sie überwiegend eine reaktiv-helfende – im weiten Sinne – remediale Funktion hat, indem sie Kinder und Jugendliche darin unterstützt, bereits bestehende Belastungen zu bewältigen, wie vor allem durch die Hilfen zur Erziehung (vgl. Teil D).

Untersuchungen wie der Kinder- und Jugend-Gesundheits-Survey (KiGGS)[28] sind unverzichtbar, um überhaupt verlässliche und wiederholbare Daten zu generieren, doch sollte man sich bewusst machen, dass sie zwangsläufig auch eine im doppelten Sinne normierende Funktion haben: Zum einen können sie nicht umhin, Einzelaussagen von Eltern und Jugendlichen, die diese vor ihren – individuell unterschiedlichen – Bewertungshorizonten machen, zu Gesamtwerten zu addieren. Dies kann dann plötzlich eine „Abweichung“ signalisieren, was den Befragten vielleicht nicht bewusst und von ihnen auch nicht intendiert war (Beispiel: Eltern, die ihr Kind als öfter unruhig und abgelenkt einschätzen, wissen vielleicht gar nicht, dass daraus bei der Auswertung ein „ADHS-Verdacht“ werden kann). Zum andern werden mit der KiGGS-Auswertung Normen gesetzt (z. B. im Bereich „Übergewicht“), da die Unterteilung der Gruppen in „normale“ und Risiko- oder normabweichende Gruppen ein Ziel der Untersuchung ist, sollen die Daten doch zielgruppenspezifische Handlungsansätze generieren helfen. Doch solche Normierungen können immer auch stigmatisierend, ausgrenzend und damit zusätzlich „gesundheitsschädlich“ wirken. Dies gilt zumal, wenn es die unteren Statusgruppen sind, die verstärkt als „abweichend“ definiert werden, wobei die Kriterien dafür nicht immer eindeutig sind.[29]

Zunächst gehen also der salutogenetische Ansatz und die auf Feststellung von Risiken ausgerichteten Studien von gegensätzlichen Perspektiven und Paradigmen aus, und dies spiegelt sich in Teil B wider. Zwar wird hier wiederholt auf Schutzfaktoren und Ressourcen verwiesen, aber es werden auch sehr intensiv gesundheitliche Risiken und mögliche Beeinträchtigungen in den Blick genommen.

Eine gewisse „Versöhnung“ dieser Gegensätze kann erst stattfinden bei der Frage des Umgangs mit möglichen Risiken (vgl. Teil D und E): Eine moderne Prävention sollte immer auch die Gesundheitsförderung im Sinne einer Qualitätssteigerung durch Ressourcenaktivierung mit einschließen.

4.2 Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen

Lässt man das in Kapitel 3.1 in Teil A entwickelte Verständnis von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung im Horizont der Kinder- und Jugendhilfe Revue passieren und berücksichtigt die unterschiedlichen Altersgruppen von Kindern und Jugendlichen, wird schnell sichtbar, dass gesundheitsbezogene Prävention an zahlreichen Punkten und Gesundheitsförderung im Grunde ständig eine Herausforderung für die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe darstellen.

Für die gesundheitsbezogene Prävention gilt das überall dort, wo die Angebote der Kinder- und Jugendhilfe einen Beitrag zum Abbau von gesundheitlichen Risiken und zur Vermeidung von Krankheiten leisten können. Diese Angebote beziehen sich zum Teil auf die jeweiligen Altersgruppen (z. B. Aufklärung über die Gesundheitsrisiken des Rauchens); zum Teil handelt es sich um altersgruppenübergreifende Themen, die aber altersgruppenspezifisch aufbereitet werden müssen. Charakteristische Beispiele hierfür sind die Themenkomplexe Ernährung und Bewegung.

Noch weiter öffnet sich der Horizont, wenn ein Verständnis von Gesundheitsförderung zugrunde gelegt wird, wie es im Teil A vorgestellt worden ist. Zugespitzt könnte deshalb formuliert werden: Im Horizont dieses Verständnisses von Gesundheitsförderung erweist sich jede erfolgreiche pädagogische und psychosoziale Praxis nicht nur der Kinder- und Jugendhilfe als gesundheitsförderlich, weil sie Kinder und Jugendliche unterstützt, ihr Leben autonom zu führen und die verschiedenen Anforderungen angemessen bewältigen zu können. Damit würden Gesundheitsförderung und gute pädagogische und psychosoziale Praxis an dieser Stelle in eins fallen.

Dies ist auf einer allgemeinen Ebene ebenso richtig, wie im Detail wenig hilfreich. Um die mit diesen Überschnei-

[28] Der *Survey zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland* (KiGGS) des *Robert-Koch-Instituts* (RKI) stellt eine repräsentative Untersuchung zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen dar. Von einem interdisziplinär zusammengesetzten Forscherteam sind im Zeitraum 05/2003 bis 05/2006 17 641 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahren und ihre Eltern aus 167 Orten der Bundesrepublik hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes ärztlich untersucht und mündlich befragt worden (bei den unter 11-Jährigen wurden ausschließlich die Eltern befragt). Für 11 bis 17-Jährige steht neben dem ärztlichen Untersuchungsbefund, den Labordaten und der Elternauskunft auch die Selbstauskunft der Betroffenen zur Verfügung. Für eine überblicksartige Darstellung der Ergebnisse der KiGGS-Studie siehe Bundesgesundheitsblatt, Band 50, Heft 6/7, 2007. Nach Fertigstellung des vorliegenden Berichtes erschien eine weitere Veröffentlichung des Robert-Koch-Instituts mit Daten aus dem KiGGS (RKI 2008h); Diese Veröffentlichung konnte aber nicht mehr mit den im Bericht verwendeten Daten abgeglichen werden.

[29] So führt z. B. das im KiGGS bei Heranwachsenden mit niedrigem Sozialstatus vermehrt festgestellte Übergewicht keineswegs in jedem Fall zu einer stärkeren gesundheitlichen Belastung – kann aber sehr zur Diskriminierung dieser schon durch ihre Lebensumstände benachteiligten Heranwachsenden beitragen, im Sinne von: „Sie sind nicht nur arm, sondern sie essen auch noch viel zu viel und das Falsche!“

dungen, aber auch notwendigen Differenzierungen einhergehenden Herausforderungen und Entwicklungspotenziale für die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe konkreter beschreiben zu können, hat die Sachverständigenkommission auf einer weniger abstrakten Ebene den Versuch unternommen, die für die gesundheitliche Förderung von Kindern und Jugendlichen zentralen Themen zu benennen und zu beschreiben. Bezogen auf die fünf Altersgruppen werden dabei folgende Themen herausgestellt:

- Unter 3-Jährige: Bindung und Autonomie
- 3- bis unter 6-Jährige: Sprechen, Bewegen und Achtsamkeit
- 6- bis unter 12-Jährige: Aneignen und Gestalten, Beziehungen eingehen und sich bewähren
- 12- bis unter 18-Jährige: Körper spüren, Grenzen suchen, Identität finden
- 18- bis 27-Jährige: Sich entscheiden, Intimität leben, Verantwortung übernehmen.

Die Zuordnung zu den jeweiligen Altersgruppen darf nicht zu dem Rückschluss verleiten, als seien dies exklusive Themen für die jeweilige Altersgruppe. Selbstverständlich stellt z. B. das Thema Beziehungen auch eine Herausforderung im Vorschulalter dar, wie es ohne Frage auch ein zentrales Themen für die späteren Altersphasen ist. Analoges gilt für andere Themen. Gestützt auf die einschlägige Forschung und entsprechende entwicklungspsychologische und sozialisationstheoretische Konzepte geht die Kommission davon aus, dass mit diesen Begriffen für die jeweilige Altersgruppe Entwicklungsthemen benannt sind, die eine große gesundheitliche Bedeutung haben.

Die hier vonseiten der Sachverständigenkommission herausgestellten Themen erfüllen folgende Anforderungen:

- Ausgehend von einem Verständnis von Kindern und Jugendlichen als aktive Akteure – und nicht als Objekte der Fürsorge Erwachsener – geht es in den Formulierungen darum, soweit wie möglich erstens die aktive Rolle der Kinder und Jugendlichen und zweitens die damit einhergehende Prozesshaftigkeit und Dynamik des Entwicklungsgeschehens deutlich werden zu lassen, das als ein transaktionales, interaktives Geschehen verstanden wird, das in ständigem Austausch mit der Umwelt steht, und beeinflusst von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen stattfindet (vgl. Teil A).
- Es war der Sachverständigenkommission wichtig, die Themen so zu formulieren, dass einerseits der Bezug zu gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung erkennbar bleibt, andererseits die Anschlussmöglichkeiten an die Potenziale der Praxis und Theoriediskussion in der Kinder- und Jugendhilfe leicht herstellbar sind.
- Die Kommission weiß um die historische Kontingenz ihrer Vorschläge. Die Themensetzungen verstehen sich deshalb auch nicht als Ausdruck einer wie auch immer gearteten Anthropologie der gesunden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Vielmehr sind sie Ausdruck eines salutogenetischen Blicks auf das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen in einer spätmodernen Gesellschaft.
- Die formulierten gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen stellen keine Gesundheitsziele dar. Sie sind aber, und das war der Kommission wichtig, anschlussfähig für die Formulierung altersgerechter Gesundheitsziele.

Trotz der semantischen Nähe sind die hier vorgeschlagenen Entwicklungsthemen nicht identisch mit den Entwicklungsaufgaben im Sinne von *Havighurst* (1972) und seinen Nachfolgern. Zum einen versteht die Kommission die genannten Entwicklungsthemen weniger als entwicklungspsychologisch angelegte Schritte, sondern vielmehr als gesellschaftlich, genauer formuliert als in den für Kinder und Jugendliche zuständigen Institutionen definierten Entwicklungsanforderungen. In ihnen spiegelt sich das Ergebnis dessen, was gegenwärtig als „normale“ Anforderung an Kinder und Jugendliche formuliert wird und was vonseiten der Kinder und Jugendlichen gleichsam auf den Weg gebracht werden muss, um in dieser Gesellschaft als nicht krankes oder nicht auffälliges Mitglied gelten zu können. Zum anderen zeigt der Vergleich mit den Entwicklungsaufgaben von *Havighurst*, dass diese anders geschnitten sind. Gesundheit kommt dort als eigenes Thema nicht vor, mit der Folge, dass alle Entwicklungsaufgaben „irgendwie“ gesundheitsrelevant sind. An dieser Stelle bemüht sich die Kommission um eine stärkere Fokussierung auf die pädagogische und psychosoziale Praxis.

Vor dem dargestellten theoretischen und empirischen Hintergrund werden nachfolgend Aussagen, gegliedert nach fünf Altersstufen, zum seelischen und körperlichen Gesundheitszustand von Heranwachsenden in Deutschland gemacht. Es werden – im Wesentlichen durch die Darstellung der Ergebnisse des KiGGS und weiterer Studien – v. a. die Aspekte beleuchtet, die im Zusammenhang mit den „gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen“ und den Besonderheiten der Altersstufen, aber auch wegen ihrer Bedeutung für die Kinder- und Jugendhilfe und ihre Schnittstellen zum Gesundheitssystem wie zur Behindertenhilfe von besonderem Interesse sind. Deshalb finden sich unter dem in allen Altersstufen wiederkehrenden Gliederungspunkt „Gesundheit, Krankheit und Behinderung“ jeweils unterschiedliche thematische Schwerpunktsetzungen. Dabei gilt – wie für die „gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen“ auch, dass diese Themen ebenfalls für andere Altersstufen relevant sein können. Um aber Wiederholungen zu vermeiden, werden sie in der Altersstufe abgehandelt, für die sie besonders wichtig sind. Die folgende Tabelle zeigt, in welchen Altersstufen auf welche Themen schwerpunktmäßig eingegangen wird.

Tabelle 4.2

Schwerpunktthemen in den fünf Altersstufen

	0–3 Jahre	**3–6 Jahre**	**6–12 Jahre**	**12–18 Jahre**	**18–27 Jahre**
Gesundheit im Mutterleib	X				
Säuglingssterblichkeit/Unfälle	X				
Stillen	X				
Impfungen und Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung/ Vorsorge	X	X			
Selbst eingeschätzter Gesundheitszustand	X				
Akute Krankheiten	X	X			
Chronische Krankheiten, Behinderung, spezieller Versorgungsbedarf	X	X	X		
Mundgesundheitsverhalten	X				
Psychische Gesundheit	X	X			
Bindungsstörung	X				
Regulationsstörungen	X				
Kindeswohlgefährdung	X			X	
Entwicklungsauffälligkeiten (Motorik, Sprache, Verhalten)		X			
Sprachkompetenz bei Kindern mit Migrationshintergrund		X			
Ernährung und Essverhalten		X			
Umweltbelastungen		X			
Bewegung/körperlich-sportliche Aktivität			X		
ADHS (Hyperaktivität)			X		
Stresserleben und Wohlbefinden			X		
Kinder kranker Eltern			X		
Schmerzen			X		
Angststörungen			X		
Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten			X		
Gebrauch von Psychopharmaka			X		
Tabak, Alkohol und Drogen: Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit				X	X
Nutzung elektronischer Medien				X	
Übergewicht und Adipositas				X	
Sexualität und sexuelles Risikoverhalten				X	
Schwangerschaften Minderjähriger				X	
Essstörungen				X	
Depressive Erkrankungen				X	
Suizidalität				X	
Gewalterfahrungen				X	
Borderline-Persönlichkeitsstörung					X
HIV/AIDS					X
Gesundheitsrelevante Aspekte des Erwerbslebens und von Arbeitslosigkeit					X
Wohnungslose Heranwachsende					X

5 Kinder unter drei Jahren

5.1 Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen: Bindung und Autonomie

Entwicklung vollzieht sich im Spannungsfeld zwischen biologischen und erfahrungsbedingten Einflüssen, wie sie durch Eltern bzw. durch den erweiterten Lebenskontext des Kindes und der Familie vermittelt werden (Skinner/Edge 1998). Es sind Prozesse, die sich wechselseitig ergänzen und bedingen. Gelingende oder weniger gelingende Entwicklungen lassen sich als Ergebnis mehr oder weniger guter Passung zwischen den Fähigkeiten und (Erziehungs-) Vorstellungen der Eltern und den Lebenszusammenhängen der Familie sowie den Entwicklungskompetenzen oder dem Temperament des Kindes beschreiben (Ziegenhain/Fegert 2004).

Die Resilienzforschung (vgl. Teil A, Kap. 3.2.2.5) weist in unterschiedlichen Studien darauf hin, dass bestimmte Schutzfaktoren aufseiten des Kindes, z. B. überdurchschnittliche Intelligenz, ein positives Selbstkonzept sowie ein ausgeglichenes Temperament, die Entwicklung des Kindes trotz belastender Lebensumstände positiv beeinflussen (Laucht 2006). Insbesondere im Kleinkindalter wird positiven Temperamentsmerkmalen des Kindes, wie gute Anpassungsfähigkeit an neue Situationen, Kontaktfreudigkeit und emotionale Ausgeglichenheit, die positive Reaktionen des sozialen Umfelds hervorrufen (Egle/Hoffmann 2000), eine Schutzfunktion beigemessen.

Zentrale Entwicklungsthemen in der frühen Kindheit, die in diesem Kontext von Eltern und Kind gemeinsam bewältigt werden müssen, sind die Entwicklung einer sicheren Bindung, die Entwicklung von Selbstständigkeit und Autonomie sowie die Fähigkeit, Probleme flexibel bewältigen zu können und die Fähigkeit zur adäquaten Verhaltensregulation und zur emotionalen Selbstregulation (Sroufe u. a. 2005).

Diese Kompetenzen entwickeln sich im Kontext einer wechselseitig positiven und unterstützenden Beziehung mit nahestehenden Bezugspersonen. Obwohl dies in der Regel die Eltern sind, können auch andere nahestehende Menschen, die die Fürsorge für ein kleines Kind übernehmen (z. B. Pflegeeltern, Erzieherinnen in der Kindertageseinrichtungen etc.), Bindungspersonen sein.

Die taktile Nähe zwischen Mutter und Kind ist Voraussetzung für die erste emotionale Beziehung des Kindes (Hassel 1996). Die sensible und adäquate Beantwortung der kindlichen Signale nach Körperkontakt und Fürsorge führt beim Kind zu einer positiven Wahrnehmung des eigenen Körpers und seiner Signale.

Die kindlichen Bedürfnisse nach Nähe und Kontakt zu den Eltern sind insbesondere in Situationen von Verunsicherung oder Angst entwickelte Schutz- und Bindungsstrategien. In einem weitergehenden entwicklungspsychologischen Verständnis unterstützen Bindungspersonen die physiologische, emotionale und Verhaltensregulation von Kindern. Nach dieser Auffassung dienen Eltern ihren Kindern als „externe Regulationshilfe“. Diese Auffassung betont die enge Verschränkung zwischen der Qualität elterlicher Unterstützung und kindlichem Wohlbefinden sowie längerfristigen Entwicklungsauswirkungen.

Bindungsbeziehungen beeinflussen, positiv oder negativ, die Funktion und Struktur des sich entwickelnden Gehirns (Schore 2001). Diese frühe Phase der Gehirnentwicklung gilt als kritische Wachstumsperiode mit einer besonderen Vulnerabilität für wesentliche Entwicklungsprozesse etwa im sozial-emotionalen Bereich. In der frühen Kindheit vollzieht sich bis etwa zum zweiten Lebensjahr ein rapider Anstieg der neuronalen Verbindungen im Gehirn. In dieser Phase sind Säuglinge und Kleinkinder zunächst maximal responsiv gegenüber Anregungen und Stimulation in ihrer Umwelt, und zwar unabhängig davon, ob es sich dabei um positiv anregende Eindrücke und Erfahrungen handelt oder um negative, situativ oder chronisch überfordernde oder gar um traumatisierende Eindrücke und Erfahrungen. In der anschließenden Entwicklungsphase kommt es dann zu einer drastischen Reduktion von neuronalen Verbindungen, wobei insbesondere diejenigen Verbindungen stabilisiert werden, die hinreichend neuronal erregt werden, wohingegen diejenigen mit fehlender oder unzureichender neuronaler Erregung abgebaut werden. Auch dies geschieht auf der Basis fortlaufender, wiederholter Anregung bzw. fehlender Anregung und wiederum in enger Verschränkung mit den jeweiligen Erfahrungen des Kleinkindes. Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass Kinder, die in den ersten Lebensjahren in einer anregungsarmen Umgebung aufwachsen und wenig soziale Kontakte und sensorische Stimulation erfahren, kognitiv, aber auch in der Sprachentwicklung, der Motorik und im Sozialverhalten deutliche Verzögerungen aufweisen (Berk 2005). Ebenso kann eine Beeinträchtigung auf einer Entwicklungsebene (z. B. eine motorische Einschränkung) einen fundamentalen Einfluss auf andere Entwicklungsbereiche (z. B. Kognition oder Sprache) ausüben.

Diese frühen neuronalen Entwicklungsveränderungen sind erfahrungsabhängig und dabei eng verknüpft mit den jeweiligen Beziehungserfahrungen des Säuglings-/Kleinkindes mit seinen Bindungspersonen. Wiederkehrende Erfahrungen der Kinder mit einfühlsamen und emotional zuverlässigen Eltern in den frühen alltäglichen Interaktionen fördern die Entwicklung einer sicheren Bindung. Diese gilt als wichtige Voraussetzung für spätere flexible und kompetente Bewältigungsstrategien im sozialen Kontext und für eine positive Persönlichkeitsentwicklung. Unsichere und von Misstrauen geprägte oder gar pathologische Bindungserfahrungen sind dagegen häufig mit negativen Auswirkungen für die spätere Persönlichkeitsentwicklung und das Sozialverhalten verbunden. Untersuchungen belegen die Entwicklungsvorteile sicher gebundener Kinder in unterschiedlichen Bereichen sozial-emotionaler und kognitiver Entwicklung gegenüber unsicher gebundenen Kindern. Diese Kompetenzen zeigen

sich mit zunehmender Entwicklung auch in sozialen Beziehungen jenseits der Eltern-Kind-Beziehung (Weinfield u. a. 1999) und tragen als Schutzfaktoren dazu bei, mit schwierigen Lebensumständen zurechtzukommen (Werner 1990).

Die in den ersten Beziehungen mit den Eltern erworbenen Bindungsstile lassen sich als Prototypen zwischenmenschlicher Beziehungen auffassen. Sie entwickeln sich im weiteren Entwicklungsverlauf zunehmend zu inneren Vorstellungen über sich selbst, über nahestehende andere Menschen und die Beziehungen mit ihnen sowie über die mit diesen Beziehungen einhergehenden Gefühle (sogenannte innere Arbeitsmodelle von Bindung). Diese inneren Vorstellungen beeinflussen auch zunehmend den Umgang mit anderen Menschen. Das Kind sucht und erlebt neue Beziehungen mit Geschwistern, in der Kindertagesbetreuung oder in der Schule auf der Grundlage seiner bisherigen Beziehungserwartungen und -erfahrungen mit sich selbst und anderen. Es verhält sich entsprechend seinen Erwartungen und die soziale Umwelt reagiert entsprechend darauf. Untersuchungen belegen, dass sicher gebundene Kinder häufiger offen und vertrauensvoll auf andere zugehen, während sich unsicher gebundene Kinder eher feindselig, ärgerlich oder ängstlich verhalten. Obwohl diese frühen Bindungsstile zu einem gewissen Grad prägend sind, können sie sich dennoch durch neue zwischenmenschliche Erfahrungen bzw. andere Lebenssituationen (graduell) ändern, und zwar sowohl von einer unsicheren in eine sichere innere Vorstellung von Bindung als auch umgekehrt.

Ein weiteres Grundbedürfnis ist gemäß bindungstheoretischen Annahmen eng mit dem nach emotionaler Sicherheit verknüpft bzw. ihm komplementär: Das Bedürfnis nach Erkundung und Autonomie. Das Bedürfnis nach Erkundung lässt sich am ehesten im Sinne eines Wunsches interpretieren, Verhalten oder Ereignisse selbst zu verursachen und zu steuern (Bandura 1982). Es kann auch mit anderen Konzepten beschrieben werden, wie beispielsweise als Wirksamkeitsmotivation (White 1959), als interne Kontrollüberzeugung bei älteren Kindern (Rotter 1966; Heckhausen 1977) oder als Selbstwirksamkeit bei Säuglingen (Stang 1989). Im Zusammenspiel zwischen Bindung und Exploration bzw. Autonomie wird Bindung als sichere Basis für die unbelastete Erkundung und das Ausleben von Autonomiebestrebungen gesehen (Ainsworth u. a. 1978).

Die ausgewogene Balance zwischen Verwirklichung der Autonomiebestrebungen des Kindes auf der einen Seite und seinen Sicherheits- und Bindungsbedürfnissen auf der anderen Seite wird mit Bindungssicherheit gleichgesetzt. In salutogenetischen Modellen wird eine positive Entwicklung als eine gelungene Integration von Autonomie und emotionaler Verbundenheit aufgefasst (Kahn/Antonucci 1980; Baltes/Silverberg 1994; Harter 1998). Bindungsunsicherheit lässt sich demgegenüber als Ungleichgewicht im Sinne einer Abweichung der angenommenen Balance von Bindungsbedürfnissen und Autonomiebestrebungen charakterisieren (Ziegenhain 2004).

Eine entwicklungspsychopathologische Abweichung einer so verstandenen Balance findet sich bei vernachlässigten und misshandelten Säuglingen und Kleinkindern. Misshandlung und Vernachlässigung treten in der Regel in schwerwiegenden Überforderungssituationen von Familien auf, wenn eine Vielzahl vorhandener Risiken nicht durch Schutzfaktoren abgepuffert werden kann (vgl. Teil A, Kap. 3.2.2.4 und 3.2.2.5). Misshandlung und Vernachlässigung können zu schweren Traumatisierungen führen und stellen eine erhebliche und nachhaltige Gefährdung der Gesundheit eines Kindes dar. Ein guter Gesundheitszustand bildet aber wiederum eine wichtige Voraussetzung für altersangemessene Entwicklungsprozesse (z. B. des Sozialverhaltens und der kognitiven Entwicklung; Werner/Smith 2001).

Vernachlässigte und misshandelte Kinder werden in ihren Regulationsbemühungen von ihren Eltern nicht nur unzureichend unterstützt, sondern erfahren durch ihre Eltern massives Leid und erleben häufige Episoden von Angst, die chronischer Bestandteil ihrer Beziehungserfahrungen werden können. Damit befinden sie sich in einem unlösbaren emotionalen Konflikt: Angst aktiviert, biologisch vorprogrammiert, das kindliche Bindungssystem. Das Kind muss daher unweigerlich Nähe und Kontakt zur Bindungsperson suchen. Ist aber die Bindungsperson diejenige, bei der das Kind Schutz sucht, gleichzeitig diejenige, die seine Angst auslöst, dann kollabieren seine Verhaltensstrategien und Aufmerksamkeit (Lyons-Ruth/Jacobwitz 1999; Ziegenhain/Fegert 2004). Dies verursacht in der Regel erhebliche Traumatisierungen.

Säuglinge und Kleinkinder sind, relativ zu älteren Kindern, deutlich stärker vulnerabel und darüber hinaus existentiell auf die Befriedigung von Basisbedürfnissen wie Versorgung, Ernährung, Gesundheitsfürsorge, aber auch Zuwendung und Liebe, angewiesen. Dabei lässt sich Versorgung oft nicht von mangelnder elterlicher Zuwendung bzw. Empathiedefiziten trennen. Ein Beispiel ist die Gefahr raschen Austrocknens im Säuglings- und Kleinkindalter bei unzureichender Flüssigkeitszufuhr (Ziegenhain 2006). Tatsächlich ist die Gefahr von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung am größten in den ersten fünf Lebensjahren. Während des ersten Lebensjahres sterben mehr Kinder in der Folge von Vernachlässigung und Misshandlung als in jedem späteren Alter (US-Department of Health and Human Services 1999). Weitere Entwicklungsrisiken bei schweren und wiederholten traumatischen Erfahrungen von Säuglingen und Kleinkindern liegen beispielsweise darin, dass sie inadäquate Bewältigungsstrategien im Umgang mit Stress entwickeln sowie ihre Affektregulation und Erinnerungsfähigkeit eingeschränkt bleiben (Schädigung des Hippocampus, in dem die Funktionen des bewusstseinsfähigen Gedächtnisses lokalisiert sind). Ein weiteres Risiko liegt in der Einschränkung der Fähigkeit, später die eigene Biografie zusammenhängend zu verstehen und zu kommunizieren. Im Alltag lässt sich dann beobachten, dass traumatische Er-

innerungen unkontrollierbar aktiviert werden (Siegel 1999; Schore 2001, 2003).

Entwicklungsrisiken scheinen sich danach vornehmlich in Beziehungen mit anderen Menschen und in Problemen der Affektregulation zu finden. Tatsächlich waren in unterschiedlichen Untersuchungen misshandelte und vernachlässigte Kleinkinder häufiger (hoch) unsicher gebunden (Cicchetti/Toth 1995; Carlson u. a. 1989; van Ijzendoorn u. a. 1999). Hochunsichere Bindungen werden von einigen Autoren analog zur kinderpsychiatrischen Klassifikation als Bindungsstörungen interpretiert (gemäß ICD-10; DSM-IV; Zeanah 1996). Tatsächlich sind es überwiegend schwer vernachlässigte und früh traumatisierte und misshandelte Kinder, die eine Bindungsstörung diagnostiziert bekommen. Somit handelt es sich um massive Deprivationsfolgen, die sich im Kontext einer Bindungsbeziehung zeigen.

Misshandlung und Vernachlässigung lassen sich als destruktive Entgleisungen einer sich entwickelnden Bindungsbeziehung interpretieren. Sie zeigen sich in der Verzerrung und im Versagen adäquaten elterlichen Verhaltens (Ziegenhain u. a. 2007). Insofern sind Misshandlung und Vernachlässigung auch prototypische Beispiele für die Beziehungsabhängigkeit frühkindlicher Entwicklung und die Bedeutung elterlichen Verhaltens für die gesundheitliche und seelische Entwicklung des Kindes.

5.2 Gesundheit, Krankheit und Behinderung

Das nachfolgende Kapitel beschreibt die Gesundheitssituation von Säuglingen und Kleinkindern in Deutschland. Hierzu werden verschiedene Indikatoren wie die Säuglingssterblichkeit, Häufigkeiten (Prävalenzen)[30] von akuten, chronischen und psychischen Krankheiten oder die Inanspruchnahme der ärztlichen Versorgung genutzt. Darüber hinaus werden Indikatoren verwendet, die sich auf das Gesundheitsverhalten (der Eltern) beziehen und die mögliche Schutz- oder Risikofaktoren für die weitere gesundheitliche Entwicklung des Kindes darstellen. Die Folgen von (un)günstigem Gesundheitsverhalten zeigen sich dabei oftmals nicht direkt, sondern erst im späteren Lebensverlauf des Kindes.

5.2.1 Das ungeborene Leben: Gesundheit beginnt schon vor der Geburt

Bereits vor und in der Schwangerschaft werden erste Weichen für den Gesundheitszustand des Kindes gestellt. Wichtige Faktoren, die die Gesundheit des ungeborenen Kindes beeinflussen, sind das Gesundheitsverhalten der Mutter (gesunde Ernährung, Substitution von Folsäure, Alkohol- und Rauchverzicht auch der Umgebung, Drogenverzicht, Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen sowie kompletter Impfstatus der Mutter), das Ausmaß der Gewichtszunahme der Mutter während der Schwangerschaft und die psychosoziale Gesundheit der Mutter. Das Gesundheitsverhalten der werdenden Mütter ist deutlich assoziiert mit dem Migrationsstatus[31], dem sozioökonomischen Status sowie dem Alter. So zeigen die auf der Basis von Selbsteinschätzungen der Befragten gewonnenen Ergebnisse des KiGGS, dass Schwangere mit niedrigem Sozialstatus, sehr junge Mütter (bis 19 Jahre) und Mütter in Westdeutschland deutlich häufiger als Schwangere mit hohem Sozialstatus, ältere Mütter (> 19 Jahre) oder Mütter in Ostdeutschland rauchten, während der Alkoholkonsum[32] bei den schwangeren Frauen mit hohem Sozialstatus höher lag als bei werdenden Müttern mit niedrigem Sozialstatus (Bergmann u. a. 2007, vgl. Tab. 5.1). Hier wäre aber zu prüfen, wie weit sich hinter diesen Unterschieden in den Befunden nicht nur die objektiv konsumierten Mengen von Alkohol, sondern auch ein unterschiedliches, kulturell geprägtes Verständnis von Gebrauch und Umgang mit Alkohol verbirgt.

Festzuhalten ist zunächst, dass 91,5 Prozent der befragten Mütter mit niedrigem und 79,7 Prozent mit hohem Sozialstatus in Bezug auf Alkohol in der Schwangerschaft abstinent sind. Doch für Kinder, deren Mütter in der Schwangerschaft rauchen oder Alkohol konsumierten, bestehen besondere Risiken. Denn Rauchen während der Schwangerschaft kann zu einer erhöhten Morbidität, Sterblichkeit und zu einem niedrigeren Geburtsgewicht des Säuglings führen und gilt als Risikofaktor für Regulationsstörungen (vgl. Kap. 5.2.6) und kognitiven Entwicklungsstörungen (Papoušek u. a. 2004; Bergmann u. a. 2007).

Die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft ist vor allem bei sogenannten Risikoschwangerschaften[33] von großer Bedeutung, um die Gesundheit von Mutter und Kind zu schützen (Simoes u. a. 2003). Migrantinnen und Mütter mit hoher sozialer Belastung nehmen deutlich seltener an der Schwangerenvorsorge teil (ebd.).

Jüngste Untersuchungen weisen daneben auf die große Bedeutung psychischer Belastungen in der Schwangerschaft hinsichtlich der Entstehung frühkindlicher Verhaltensprobleme hin (vgl. Tabelle 5.1).

---

[30] Prävalenz: Anzahl aller Fälle einer bestimmten Krankheit/Auffälligkeit in einer Population (z. B. Altersgruppe) zum gegebenen Untersuchungszeitpunkt.

[31] Der Migrationsstatus, wie er im KIGGS verwendet wurde, erfasst Kinder und Jugendliche, die selbst aus einem anderen Land zugewandert sind oder von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren oder nicht-deutscher Staatsangehörigkeit ist.

[32] Die Daten beruhen genau wie die anderen Daten auf Selbstangaben der Befragten und differenzieren nicht hinsichtlich der konsumierten Menge und Art des Alkohols.

[33] z. B. Mutter > 35 Jahre oder vorausgehende Fehlgeburten. Mittlerweile werden 70 Prozent aller Schwangerschaften als Risikoschwangerschaft eingestuft (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. 2007).

Tabelle 5.1

Häufigkeit des Tabak- und Alkoholkonsums sowie psychische Belastungen in der Schwangerschaft der Mütter von Kindern unter zwei Jahren (Prävalenzen in Prozent)

	Befunde
Regelmäßiger bis gelegentlicher Alkoholkonsum nach Sozialstatus	Niedriger ST: *8,0 %* Mittlerer ST: *13,4 %* Hoher ST: *20,0 %*
Regelmäßiger bis gelegentlicher Tabakkonsum nach Sozialstatus	Niedriger ST: *31,5 %* Mittlerer ST: *14,5* Hoher ST: *6,0*
Regelmäßiger bis gelegentlicher Alkoholkonsum nach Alter der Mutter	Sehr junge Mütter: *4,9 %* Restliche Mütter: *13,7 %*
Regelmäßiger bis gelegentlicher Tabakkonsum nach Alter der Mutter	Sehr junge Mütter: *31,4 %* Restliche Mütter: *16,8 %*
Psychische Belastung in der Schwangerschaft	*25 %* aller schwangeren Frauen haben Angsterkrankungen, Depressionen oder Stress (Simoes u. a. 2003)

Quelle: RKI (2008a); Simoes u. a. (2003) ST: sozialer Status[34]

5.2.2 Säuglingssterblichkeit und Unfälle

In den 1990er-Jahren ist die Säuglingssterblichkeit in Deutschland kontinuierlich zurückgegangen und nimmt im internationalen Vergleich einen unteren Platz ein. Unreife und niedriges Gewicht bei der Geburt (u. a. durch Frühgeburt) sowie angeborene Anomalien sind potenzielle Risikofaktoren für Säuglingssterblichkeit in der Neugeborenenperiode. Jenseits der Neugeborenenperiode bis zum ersten Lebensjahr gilt der plötzliche Kindstod als häufigste Todesursache (Bajanowski/Poets 2004).

Der plötzliche Kindstod ist das unerwartete und nicht erklärliche Versterben eines Säuglings oder Kleinkindes, das zumeist in der Schlafenszeit des Säuglings auftritt. Zu den Risikogruppen zählen Kinder aus sozial benachteiligten Familien, Kinder besonders junger Mütter (< 20 Jahre), Kinder Alleinerziehender sowie Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht (2 500g bzw. Frühgeburten), Mehrlingsgeburten und Säuglinge mit mehreren älteren Geschwistern (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2006). Effektive Präventionsmaßnahmen beinhalten die ausschließliche Rückenlage als Schlafposition, den Rauchverzicht der Mutter während der Schwangerschaft und in Gegenwart des Kindes, die Vermeidung von Überwärmung des Kindes, Stillen sowie das Tragen von Schlafsäcken (Vennemann u. a. 2003).

Jenseits des ersten Lebensjahres gehören – trotz eines zu verzeichnenden Rückgangs – Unfälle zur häufigsten Todesursache bei Kindern in Deutschland und Europa (Kahl u. a. 2007). Bei der Zielgruppe der Kleinkinder muss das (häusliche) Unfallgeschehen im Fokus der Prävention stehen. Kinder mit Migrationshintergrund wenden im späteren Lebensalter wesentlich seltener Schutzmaßnahmen (z. B. Helmtragen beim Fahrradfahren) an als Kinder ohne Migrationshintergrund (Kahl 2007a).

5.2.3 Stillverhalten und Ernährung bei Säuglingen und Kleinkindern

Zu kaum einem anderen Zeitpunkt ist hochwertige Nahrung von größerer Bedeutung als während der frühkindlichen Entwicklung. Das enorm schnelle Wachstum des Säuglings sowie die Differenzierung des Gewebes und der Organe machen eine hohe Nährstoffzufuhr notwendig (Koletzko 2007, S. 104). Die Nährstoffversorgung und die Qualität der Ernährung während der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren haben sowohl kurz- als auch langfristige Auswirkungen auf die Gesundheit des Kindes (ebd.).

Die positive Gesamtwirkung des Stillens auf die Gesundheit von Kind und Mutter ist heute unbestritten, jedoch werden die Effekte auf bestimmte Zielgrößen noch sehr kontrovers diskutiert (Zwiauer 2001; Kramer/Kakuma 2002). Zu den positiven Effekten des Stillens gehören eine Verringerung von Infektionskrankheiten und anderen Erkrankungen (z. B. Durchfallerkrankungen, Mittelohrentzündung, Darmentzündung etc.) sowie eine geringere Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in der Kindheit (Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2000; Bergmann u. a. 2003; Liese u. a. 2001; Frye/Heinrich 2003; Owen u. a. 2005; Harder u. a. 2005). Darüber hinaus fördert Stillen die Bindung zwischen Mutter und Kind (Verny 2004; Kersting/Dulon 2002).

Zu langes Stillen kann jedoch zu einer hohen Schadstoffübertragung (z. B. DDT, PCB, HCB[35] etc.) über die Milch von der Mutter auf das Kind führen. Das Umweltbundesamt empfiehlt daher, die Stillzeit von sechs Monaten nicht zu überschreiten (Umweltbundesamt 2007).

Ergebnisse des KiGGS zeigen, dass im Jahre 2005 geborene Kinder deutlich häufiger als 1986 geborene Kinder gestillt wurden, jedoch Unterschiede in den Bevölkerungsgruppen vorliegen (Lange u. a. 2007). Kinder mit hohem Sozialstatus wurden deutlich häufiger und länger gestillt als Kinder mit niedrigem Sozialstatus (vgl. Tab. 5.2). Rauchende Mütter stillten ihre Kinder besonders selten. In absteigender Reihenfolge wurden in der Studie Stillen und Säuglingsernährung familiäre Überbeanspruchung, keine Zeit, Rauchen, Probleme mit der Brust, frühere Probleme mit dem Stillen, keine Lust zum Stillen sowie eine bevorstehende Erwerbstätigkeit als

[34] Der soziale Status wurde anhand von Angaben der Eltern zu ihrer Schulbildung und beruflichen Qualifikation, ihrer beruflichen Stellung und zum Haushaltsnettoeinkommen gemessen. Der so ermittelte Index erlaubt eine Einteilung in „niedriger Sozialstatus“, „mittlerer Sozialstatus“ und „hoher Sozialstatus“.
Als sehr junge Mütter gelten alle Frauen, die eine Altersdifferenz zum Kind von unter 20 Jahren haben sowie ihr Kind zum Befragungszeitpunkt noch erziehen (also keine Stiefmütter sind; RKI 2008a)

[35] Vgl. Kap. 6.2.4

Gründe für das „Nicht-Stillen“ genannt (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 2000, S. 19)

Tabelle 5.2

Häufigkeit des Stillens (Kind jemals gestillt) nach soziodemografischen und weiteren Merkmalen (Prävalenzen in Prozent) im Zeitraum 2003 bis 2006

	Befunde
Sozialstatus	Hoher ST: *90,5 %* niedriger ST: *67,3 %*
Migrationshintergrund der Mutter	Mit MH: *79,1 %* ohne MH: *76,2 %*
Tabakkonsum	Raucherinnen: *58,0 %* Nichtraucherinnen: *80,9 %*

Quelle: Lange u. a. 2007; MH: Migrationshintergrund ST: sozialer Status

5.2.4 Impfungen und Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung

Impfungen schützen individuell und haben einen hohen Kollektivschutz für die Bevölkerung. Die WHO fordert einen Durchimpfungsgrad von 95 Prozent, um impfpräventible Erkrankungen wirksam auszurotten. Impfdefizite bestehen insbesondere bei der Masernimpfung, bei nicht in Deutschland geborenen Kindern mit Migrationshintergrund sowie Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus (Poethko-Müller 2007). Im Jugendalter sind insbesondere die Impfquoten gegen Hepatitis B bei Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund, aber auch bei Jugendlichen ohne Migrationshintergrund zu niedrig (RKI 2008b, S. 118).

Tabelle 5.3

Impfquoten bei der Grundimmunisierung und der Zweitimpfung im zweiten Lebensjahr des Kindes

	Befunde
Grundimmunisierung	Diphtherie: *96,3 %,* Tetanus: *96,7 %,* Kinderlähmung: *95,2 %,* HIB[36]: *94,7 %,* Keuchhusten: *94,7 %*
Zweitimpfung (Masern, Mumps, Röteln)	Masern: *59,0 %* , Mumps: *58,9 %* Röteln: *58,8 %*

Quelle: Poethko-Müller u. a. (2007)

[36] Die HIB-Impfung ist eine Schutzimpfung gegen das Bakterium Haemophilus influenzae Typ b. Vor allem bei Kleinkindern ist dieses Bakterium ein Erreger von Hirnhautentzündungen und weiteren entzündlichen Erkrankungen im Hals-Nasen-Ohren-Bereich.

Als weitere medizinische Präventionsmaßnahme wird allen Kindern von der Geburt bis zum 6. Lebensjahr die Teilnahme an zehn Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U7, U7a seit 1. Juli 2008, U8, U9) angeboten. Diese dienen als Maßnahme der sekundären Prävention im Wesentlichen dazu, Krankheiten und Entwicklungsunregelmäßigkeiten körperlicher wie psychischer Art so früh wie möglich zu erkennen und geeignete Therapiemaßnahmen einzuleiten. Ergänzt werden (sollten) die Untersuchungen durch Informationen zur Unfallprävention, zu empfohlenen Impfungen und zur Vitamin-D-Prophylaxe.

Das derzeitige Untersuchungsprogramm stammt noch weitgehend aus dem Jahr 1971 und richtet sich nicht auf die primäre Prävention von Krankheiten. Entwicklungsstörungen der Sprache, Bewegung und der sozialen Interaktion sowie Anzeichen von Vernachlässigung und Misshandlung werden nur unzureichend erfasst.

Tabelle 5.4

Inanspruchnahme einzelner Früherkennungsuntersuchungen und Arztbesuch bei niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten bzw. Allgemeinmedizinern in den letzten 12 Monaten

	Befunde
U3 (4.–6. Lebenswoche)	Insgesamt: *95,3 %* mit MH: *81,3 %* ohne MH: *97,3 %* niedriger ST: *90,7 %* hoher ST: *97,3 %*
U7 (21.–24.Monat)	Insgesamt: *92,4 %* mit MH: *73,4 %* ohne MH: *95,1 %* niedriger ST: *85,9 %* hoher ST: *95,0 %* alle Kinder mit MH, die nie an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen haben: *14 %*
Arztbesuch	*95,1 %* aller 0- bis 2-Jährigen besuchen einen Kinder- und Jugendarzt; *33,9 %* einen Allgemeinmediziner

Quelle: Kamtsiuris u. a. 2007; ST: Sozialstatus; MH: Migrationshintergrund

Aus den Daten des KiGGS geht hervor, dass insbesondere Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund und Kinder mit niedrigem Sozialstatus seltener an den Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen (Kamtsiuris u. a. 2007a). Kinder aus der Türkei, der ehemaligen Sowjetunion und arabisch-islamischen Ländern nehmen die Vorsorgeuntersuchungen besonders selten wahr (RKI 2008b).

Zu den Inanspruchnahme- und Zugangsbarrieren für Migranten gehören neben Sprachbarrieren auch Informationsdefizite, kulturelle und religiöse Konzepte, Geschlechterrollen, migrationsspezifische Hintergründe (z. B. Pendelmigranten), fehlende Orientierung der Angebote an Zielgruppen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, rechtliche Barrieren, Angst vor aufenthaltsrechtlichen Folgen sowie mangelhafte interkulturelle Kompetenz und Orientierung der Versorgungs- und Vorsorgeangebote (Geiger/Razum 2006). Zugangsbarrieren können die Chancenungleichheit zwischen Bevölkerungsgruppen zusätzlich verschärfen.

Daten des Zentralinstituts der kassenärztlichen Versorgung zeigen daneben, dass die Altersgruppe der unter 2-Jährigen die behandlungsintensivste Gruppe bei Kinder- und Jugendärzten darstellt. Aus den Quartalseintragungen geht hervor, dass die Kinder und ihre Eltern, die zum Arzt gehen, im Schnitt 3,8-Mal pro Quartal den Arzt aufsuchen (Zinke u. a. 2001). Das bedeutet, dass Kinder- und Jugendärzte Eltern und Kinder in dieser Altersphase besonders häufig sehen und sich neben den Vorsorgeuntersuchungen (U2 bis U9) viele weitere Möglichkeiten für eine Beobachtung der Entwicklung des Kindes ergeben.

5.2.5 Einschätzung von Gesundheit und Auftreten von Krankheiten

Im KiGGS wurde der Gesundheitszustand der Kinder durch die Eltern selbst eingeschätzt. Die Selbsteinschätzung der Gesundheit ist eine etablierte Methode zur Messung der subjektiven Gesundheit und der Erfassung der persönlichen und sozialen Dimensionen des eigenen Befindens. Erfreulicherweise schätzten fast alle befragten Eltern den Gesundheitszustand ihres Kindes (0 bis 2 Jahre)[37] als „sehr gut“ oder „gut“ ein (Lange u. a. 2007, S. 578), allerdings bewerteten deutlich weniger Eltern mit Migrationshintergrund als Eltern ohne Migrationshintergrund den Gesundheitszustand ihres Kindes mit „sehr gut“ (vgl. Tab. 5.5). Dieser Unterschied schwächt sich ab, bleibt aber im Wesentlichen auch dann bestehen, wenn der Sozialstatus beider Elterngruppen berücksichtigt wird. Das bedeutet, dass die häufigere Zugehörigkeit von Migranten zu niedrigen sozioökonomischen Statusgruppen nur einen kleinen Teil der unterschiedlichen Einschätzung der Gesundheit erklären kann und somit andere eventuell migrationsspezifische Faktoren für die Unterschiede in Betracht kommen. Ähnlich groß stellten sich die Unterschiede zwischen Eltern mit hohem und niedrigem Sozialstatus dar: Letztere schätzten den Gesundheitszustand ihres Kindes deutlich schlechter ein als Eltern mit hohem Sozialstatus (vgl. Tab. 5.5). Die gefundenen Unterschiede zwischen Kindern mit niedrigem und hohem Sozialstatus bleiben über alle Altersgruppen bestehen, sind jedoch bei den unter 2-Jährigen am geringsten und bei den 3- bis unter 6- Jährigen am deutlichsten ausgeprägt. Bei Eltern mit Migrationshintergrund sind die Unterschiede beim selbst eingeschätzten Gesundheitszustand des Kindes in der ersten Altersgruppe am größten, während sie kontinuierlich bis zu den 14 bis 17-Jährigen geringer werden. Insgesamt schätzen Eltern die Gesundheit der Mädchen bis zum Alter von 13 Jahren besser ein als die der Jungen. Mit 14 Jahren kehrt sich dieses Verhältnis um. Der Anteil der Einschätzungen mit „sehr gut“ nimmt mit steigendem Alter deutlich ab.

In der frühen Kindheitsphase bis hin zum Grundschulalter sind insbesondere akute Erkrankungen von großer Bedeutung für den Gesundheitszustand. Jedoch stehen die im KiGGS erhobenen Daten zur Häufigkeit von akuten Krankheiten bei Kindern unter 2 Jahren nicht im Einklang mit dem selbst eingeschätzten Gesundheitszustand durch die Eltern. Demnach sind unter 10-Jährige aus Migrantenfamilien sowie Kinder mit niedrigem Sozialstatus von den häufigsten akuten Krankheiten im Kleinkindalter (z. B. Erkältungskrankheiten, Magen-Darm-Infekte, Bronchitis, Bindehaut- und Mittelohrentzündungen) nach Auskünften der Eltern seltener betroffen als Kinder ohne Migrationshintergrund bzw. Kinder mit hohem Sozialstatus (vgl. Tab. 5.5). Für die gefundene Inkonsistenz werden als mögliche Gründe z. B. eine Unterschätzung von Krankheiten, eine geringere Symptomaufmerksamkeit, eine soziokulturell andere Einstellung zur Krankheit, Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Arzt und Patient oder aber eine geringere Inanspruchnahme der ärztlichen Versorgung (und somit geringere Diagnosestellungen bei Menschen mit niedrigerem Sozialstatus und/oder bei Migranten) angeführt (Kamtsiuris u. a. 2007, S. 688).

Chronische Erkrankungen kommen im Kleinkindalter sowie in der Kindheit eher selten und weniger oft als akute Erkrankungen vor, können jedoch die gesamte Entwicklung des Kindes nachhaltig beeinträchtigen. Neurodermitis und obstruktive Bronchitis gehören zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Kleinkindalter (vgl. Tab. 5.5). Insgesamt leiden Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sowie Kinder mit Migrationshintergrund seltener an Neurodermitis als Kinder mit hohem Sozialstatus (ebd.). Die Ursachen sind wissenschaftlich bislang noch nicht eindeutig geklärt.

Daneben weisen die Daten des KiGGS darauf hin, dass Kinder mit niedrigem Sozialstatus und mit Migrationshintergrund ein deutlich schlechteres Zahngesundheitsverhalten aufweisen als Kinder mit hohem Sozialstatus bzw. ohne Migrationshintergrund. Besonders gravierend sind die Unterschiede zwischen Migranten und Nicht-Migranten, wenn ein gleicher sozialer Status vorliegt (Schenk/Knopf 2007, S. 653). Diese Unterschiede bleiben in allen Altersphasen bestehen. Deshalb wird dieses Thema im weiteren Bericht nicht nochmals aufgegriffen.

[37] Da im KiGGS – anders als in diesem Bericht – eine Alterseinteilung der Kinder von unter 3 Jahren und von 3 bis 6 Jahren vorgenommen wurde, wird hier nur auf die Ergebnisse für Kinder zwischen 0 bis 2 Jahren Bezug genommen.

Tabelle 5.5

Elterneinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes des Kindes sowie akute und chronische Erkrankungen nach soziodemografischen Merkmalen bei unter 2-Jährigen

	Befunde
Von den Eltern eingeschätzter Gesundheitszustand des Kindes	Insgesamt: *55,0 %* aller Eltern schätzen den Gesundheitszustand ihres Kindes als „sehr gut“, *42,1 %* als „gut“ ein. „sehr gut“: Eltern mit MH: *43 %* Eltern ohne MH: *57,2 %*; mit niedrigem ST: *49,9 %* mit hohem ST: *58,6 %*
Akute Erkrankungen	Erkältungskrankheiten: *87,5 %*, Magen-Darminfekte: *47,6 %*, Bronchitis: *25,6 %*, Mittelohrentzündung: *18,9 %*; Jungen erkranken häufiger als Mädchen; Kinder mit MH und Kinder mit niedrigem ST erkranken seltener als Kinder ohne MH und Kinder mit hohem ST (betrifft alle Altersgruppen zwischen 0 und 17 Jahren); Kinder mit MH erkranken häufiger an Masern als Kinder ohne MH
Chronische Erkrankungen	Obstruktive Bronchitis: *12,3 %*, Neurodermitis: *8,7 %*; Jungen erkranken häufiger als Mädchen; Kinder mit niedrigem ST und Migranten erkranken seltener als Kinder mit hohem ST und Nicht-Migranten

Quelle: Lange u. a. (2007); Kamtsiuris u. a. (2007); ST: sozialer Status; MH: Migrationshintergrund

5.2.6 Regulationsstörungen

Störungen der frühkindlichen Verhaltensregulation haben in den letzten zehn Jahren zunehmende Aufmerksamkeit gewonnen. Als extreme Ausprägungen der normalen individuellen Variabilität finden sie sich bei 15 bis 25 Prozent der gesunden Kleinkinder und manifestieren sich je nach Alter in exzessivem Schreien, Störungen der Schlaf-Wach-Regulation, Fütterstörungen, dysphorischer Unruhe, exzessivem Klammern, exzessivem Trotzen und/oder aggressivem Verhalten. Dabei treten die Symptome (z. B. exzessives Schreien) selten alleine, sondern meist in Kombination mit anderen Störungsbildern (z. B. Schlafstörungen) auf (Papoušek u. a. 2004). Sie entstehen in dysfunktionalen Eltern-Kind-Interaktionen, in denen die gemeinsame Regulation der phasentypischen Anpassungs- und Entwicklungsaufgaben versagt. Die Leitsymptome umfassen eine Trias von Verhaltensproblemen, dysfunktionalen Kommunikationsmustern in den zugehörigen Interaktionskontexten und psychische Belastungen der Eltern (Papoušek 2003).

Die Kumulation von Belastungen aufseiten von Kindern und Eltern sowie psychosoziale Belastungen begünstigen das Entstehen von Regulationsstörungen. Anlage-, reifungs- und temperamentsbedingte Anpassungsschwierigkeiten des Kindes sowie Ängste, Unsicherheit und Überforderung der Eltern können eine negative Spirale auslösen, die zu einer immer weniger stimmigen Eltern-Kind-Beziehung führen kann und intuitives Handeln aufseiten der Eltern zunehmend erschwert. Die frühzeitige Diagnose und eine darauf aufbauende Begleitung und Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion ist für die weitere Entwicklung dieser Kinder besonders wichtig.

5.2.7 Psychische Gesundheit

Es besteht Konsens darüber, dass unter ungünstigen Bedingungen auch schon Säuglinge und Kleinkinder schwerwiegende und weit über das Kleinkindalter hinaus anhaltende psychische Störungen entwickeln können (Laucht u. a. 2000; Rutter/Sroufe 2000). Derzeit liegt die Auftretenshäufigkeit psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen um 20 Prozent und ist damit etwa ebenso häufig wie im Erwachsenenalter (Ihle/Esser 2002). Auch bei dreijährigen Kleinkindern geht man von dieser Auftretenshäufigkeit psychischer Auffälligkeiten aus (Remschmidt 1998). Dabei verschwindet die Hälfte der aufgetretenen Störungen wieder (Ihle/Esser 2002), was auch durch die frühzeitige Unterstützung der Kinder und ihrer Familien und die Aktivierung von Ressourcen und Schutzfaktoren bedingt sein kann.

Zu den im Kleinkindalter am meisten beachteten Störungen gehören die frühkindlichen Bindungsstörungen, wobei bislang keine Ergebnisse über deren Inzidenz und Prävalenz bekannt sind (Ziegenhain 2007). Dabei führt jedoch nicht jedes problematische Bindungsverhalten der Bezugspersonen zwangsläufig zu einer Bindungsstörung beim Kind. Im Normalfall baut ein Kind eine Bindung zu mindestens einer wichtigen Bezugsperson auf und zeigt je nach Verhalten der Bindungsperson unterschiedliche Formen von Bindungsverhalten. Auch vermeidende oder ambivalente Bindungen eines Kleinkindes können als sinnvolle Anpassungen an die Umwelt und das Verhalten der Bezugspersonen interpretiert werden. Erst das dauerhafte Fehlen einer kontinuierlichen und persönlichen Bindung mit einer verlässlichen Bezugsperson fördert die Entstehung einer Bindungsstörung. Dabei werden zwei unterschiedliche Störungsbilder im Bindungsverhalten von Kleinkindern beschrieben: Das eine Störungsbild ist

durch distanzloses und oberflächlich freundliches Verhalten des Kindes gegenüber fremden Menschen charakterisiert und das andere durch schwerwiegende Gehemmtheit und Abwehrreaktionen des Kindes, in Belastungssituationen Nähe und Trost bei einer Bezugsperson zu suchen (ebd.).

Bindungsstörungen sind in den kinder- und jugendpsychiatrischen diagnostischen Manualen (ICD-10 und DSM-IV)[38] relativ ähnlich definiert. In beiden diagnostischen Manualen werden Bindungsstörungen als Verhaltensweisen beschrieben, die in den meisten sozialen Kontexten entwicklungsunangemessen sind, mit einem pathologischen (elterlichen) Beziehungsverhalten und einer problematischen Betreuungssituation einhergehen. Als klassifikationsrelevant wird vorausgesetzt, dass die Störung vor dem fünften Lebensjahr des Kindes einsetzt. Eine der zentralen Annahmen für die Entstehung von Bindungsstörungen ist das Fehlen einer kontinuierlichen und persönlichen Bindung zu einer Bezugsperson. Der Zusammenhang zwischen frühen Vernachlässigungs- bzw. Deprivationserfahrungen und Bindungsproblemen bzw. -störungen wurde in neueren Untersuchungen bei Kleinkindern in rumänischen Waisenhäusern (Smyke u. a. 2002; Zeanah u. a. 2002; Zeanah u. a. 2005) sowie bei ehemals rumänischen Waisenkindern, die nach England bzw. Kanada adoptiert wurden, bestätigt (Chisholm 1998; O' Connor u. a. 2003; MacLean 2003).

Bei sehr vielen Heranwachsenden, die ursprünglich die Diagnose einer „Bindungsstörung mit Enthemmung" erhielten, wird im späten Jugendalter oder jungen Erwachsenenalter die Diagnose z. B. einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gestellt (Ziegenhain/Fegert 2004; vgl. auch Kap. 9.2.1). Auch wenn Kinder mit dieser speziellen Diagnose eine eher ungünstige Prognose haben, muss doch immer auch berücksichtigt werden, dass das Bindungssystem zeitlebens offen für neue Bindungserfahrungen und somit für Veränderungen bleibt. In bindungsorientierter pädagogischer Arbeit können Kindern und Jugendlichen mit Bindungsstörungen neue emotionale Erfahrungen ermöglicht werden (Brisch/Hellbrügge 2003). Der Aufbau sozialer Beziehungen kann sehr erschwert werden durch eine autistische Störung des Kindes, die in der Regel vor Ende des 3. Lebensjahres manifest wird. Auffälligkeiten zeigen sich in der zwischenmenschlichen Interaktion, der Kommunikation und dem Verhaltensrepertoire, das oft eingeschränkt oder stereotyp ist. Das Zeigeverhalten ist erkennbar eingeschränkt, was als Störung des gemeinsamen Bezugs zu Dingen der Umwelt gedeutet wird; ebenso können emotionale Signale oft schwer zugeordnet werden. Vor allem das Ausbleiben erwarteter Reaktionen kann sich auf das entwicklungsförderliche Zusammenspiel mit Bezugspersonen negativ auswirken (Klicpera/Klicpera-Gasteiger 2008).

[38] ICD-10 ist die derzeit gültige „International Classification of Diseases" der WHO. DSM-IV ist das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen). Es ist ein Klassifikationssystem der American Psychiatric Association.

5.2.8 Kindeswohlgefährdung

Unter Kindeswohlgefährdung werden gewöhnlich Formen körperlicher und psychischer Misshandlung, körperliche und emotionale Vernachlässigung sowie sexueller Missbrauch zusammengefasst Dabei spielt sexuelle Gewalt in der frühen Kindheit eine untergeordnete Rolle. Die Grenzen zwischen unangemessenen Körperstrafen und Misshandlung einerseits und andererseits zwischen mangelnder Fürsorge und Vernachlässigung lassen sich als fließend beschreiben. Kinder können sowohl von Vernachlässigung wie von Misshandlung betroffen sein, wobei körperliche Misshandlung die am leichtesten erkennbare Form sein dürfte. Vernachlässigung wiederum wurde – auch wegen des eher schleichenden Verlaufs – lange weniger beachtet, obwohl sie wesentlich häufiger vorkommt (Fegert 2004). In den letzten Jahren ist die Sensibilität für die Folgen von Vernachlässigung deutlich angestiegen, und es wird zunehmend betont, dass Vernachlässigung nicht selten mit langfristigen Entwicklungsbeeinträchtigungen und auch mit traumatischen Überforderungen von Kindern einhergeht.

Zu den häufigsten Formen der Vernachlässigung und Misshandlung im Säuglings- und Kleinkindalter gehören Unterernährung mit Folgen wie Minderwuchs und Beeinträchtigung der kognitiven Entwicklung, invasives Füttern (z. B. gewaltsames Öffnen des Munds, Verbrennungen am Mund) sowie unterlassene Aufsicht (das Kind bleibt alleine zu Hause; Gehrmann 2007). Akute Gefährdungen für Säuglinge und Kleinkinder entstehen durch Verletzungen aufgrund von Misshandlungen und Unfällen durch mangelnde Aufsicht, wie Schütteltrauma, Hämatome, Platzwunden, Knochenbrüche oder Verbrennungen bzw. Verbrühungen oder inneren Blutungen. Akut gefährdend ist auch eine mangelnde Flüssigkeitszufuhr, die zum Austrocknen des Körpers führen kann. Diese Gefährdungen können schwerste körperliche und entwicklungsneurologische bzw. schlimmstenfalls tödlichen Folgen haben (Trocmé u. a. 2003; Kindler u. a. 2006). Säuglinge und Kleinkinder sind in hohem Maße auf eine umfassende Versorgung und Betreuung angewiesen. Ist diese unzureichend oder gar nicht gewährleistet, können akute Gefährdungssituationen sehr abrupt – z. B. durch einen Unfall oder durch Austrocknen – eintreten. Wenn eine Mutter (z. B. aufgrund eines längeren Alkoholexzesses) einen Säugling nicht versorgt, führt dies sehr schnell zu einer lebensbedrohlichen Situation. Insofern finden sich gerade im Säuglings- und Kleinkindalter abrupte Übergänge von diskreten Hinweisen bis zur akuten Gefährdung.

Das tatsächliche Ausmaß von Vernachlässigung und Kindesmisshandlung kann allerdings nur geschätzt werden, da die wenigen vorliegenden Schätzungen auf älteren, nicht hinreichend aussagekräftigen Forschungsbefunden beruhen und neuere repräsentative und auf der Basis valider Erhebungsinstrumente gewonnene Ergebnisse fehlen. Vorliegende sozialwissenschaftliche Studien kommen zu dem Schluss, dass etwa 10 bis 15 Prozent aller Eltern schwerwiegende und relativ häufige Körperstrafen bei ihren Kindern anwenden (Engfer 1997). *Münder u. a.*

(2000) stellten in einer Aktenanalyse in Bezug auf Eingriffe in das elterliche Sorgerecht einen Anteil von zwei Dritteln Kindesvernachlässigung fest. Kinder werden in den meisten Fällen (80 Prozent) von ihren eigenen Eltern und meistens wiederholt (95 Prozent) misshandelt. Das Risiko, Opfer einer Misshandlung zu werden, wird bei Kindern mit einer geistigen und/oder körperlichen Behinderung oder Verhaltensauffälligkeiten dreimal so hoch geschätzt (Engfer 2005). Im ersten Lebensjahr sterben mehr Kinder in der Folge von Vernachlässigung und Misshandlung als in jedem späteren Alter. Laut Todesursachenstatistik lag der Anteil der unter 1-Jährigen bei 3,1 Tötungen auf 100 000 Kinder im Gegensatz zu 0,3 Tötungen bei den 1 bis 5-Jährigen (Fuchs-Rechlin 2006). Entgegen der allgemeinen öffentlichen Wahrnehmung, dass Kindstötungen in Deutschland in den letzten Jahren zugenommen hätten, scheinen diese jedoch tendenziell eher abzunehmen (ebd.).

Kindeswohlgefährdung durch Vernachlässigung und/oder Misshandlung lassen sich als Ergebnis eines vielschichtigen Prozesses und als komplexe Wechselwirkung von Faktoren beim Kind, den Eltern und dem familiären Kontext beschreiben (Bender/Lösel 2005). Zu diesen Risiken gehören etwa fehlende soziale Unterstützung oder Partnerschaftsgewalt, biografische Belastungen der Eltern (z. B. Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen oder Fremdunterbringungen), psychische und gesundheitliche Belastungen (z. B. psychische Erkrankung oder Suchterkrankung der Eltern) oder bestimmte Persönlichkeitsmerkmale (Rutter/Quinton 1984). Zu letzteren gehören geringe Impulskontrolle, beständige Gefühle von Hoffnungslosigkeit, mangelnde Problemlöse- und Stressbewältigungskompetenzen sowie Intelligenzminderung. Hinzu kommen fehlende Einsicht oder unzureichende Bereitschaft zur Veränderung als Risiken, die sich aus vorhergehender oder der aktuellen Vernachlässigung bzw. Misshandlung ableiten lassen (Leventhal 1996).

Bei vernachlässigten und misshandelten Kleinkindern fanden sich Entwicklungs- und Verhaltensprobleme insbesondere im sozial-emotionalen Bereich. Diese Kleinkinder waren gehäuft aggressiv und/oder zurückgezogen im Umgang mit Gleichaltrigen und zeigten keine Reaktionen auf Kummeräußerungen anderer Kinder bzw. reagierten darauf ängstlich oder aggressiv (George/Main 1979). Zudem waren diese Kinder häufig in ihrer Affektregulation weniger flexibel, weniger responsiv und aufgeschlossen und erschienen (vordergründig) bei Trennungen von ihrer Bindungsperson weniger belastet (Gaensbauer 1982). Des Weiteren zeigten sie gehäuft extreme negative Zustände wie Ärger, Wutanfälle, Traurigkeit oder untröstliches Wienen (Fraiberg 1982; Schneider-Rosen/Cicchetti 1984). Misshandelte und vernachlässigte Kleinkinder sprachen im Unterschied zu anderen Kindern auch weniger über sich selbst und über ihre eigenen Gefühle und ihre Befindlichkeit (Beeghly/Cicchetti 1994) und zeigten häufiger neutrale oder negative Reaktionen im Umgang mit sich selbst (Schneider-Rosen/Cicchetti 1984). Hinzu kamen weniger Ausdauer und Frustrationstoleranz im Umgang mit kognitiv herausfordernden Aufgaben (Egeland/Sroufe 1981; Gaensbauer 1982) bzw. allgemeine kognitive Entwicklungsverzögerungen (Kindler u. a. 2006).

Solcherart gehäuftes Problemverhalten im Kontext zwischenmenschlicher Beziehungen und Affektregulation bei misshandelten und vernachlässigten Säuglingen und Kleinkindern lässt sich als Vorläufer von Kernsymptomen bei älteren traumatisierten und misshandelten/vernachlässigten Kindern interpretieren. Bei ihnen fanden sich in unterschiedlichen Untersuchungen vermehrt sogenannte disruptive Verhaltensstörungen, depressive Symptomatiken und dissoziative Störungen (Scheeringa/Gaensbauer 2000) ebenso wie Suizidalität (vgl. Kap. 8.2.10). Auch die Tendenz, bei einem späteren potenziell traumatisierenden Ereignis eine posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln, ist erhöht (Kindler u. a. 2006). Schließlich fand sich ein erhöhtes Risiko, im Jugend- bzw. im jungen Erwachsenenalter an einer Persönlichkeitsstörung zu erkranken (Cahill u. a. 1999; Kaplan u. a. 1999; Kindler u. a. 2006; vgl. Kap. 9.2.1).

5.3 Zusammenfassung

Die Entwicklung und Gesundheit des Kindes in den ersten Jahren wird in besonderem Maße dadurch beeinflusst, wie Eltern sich im Umgang mit ihrem Kind verhalten. Entwicklung wird dabei verstanden als ganzheitlicher Prozess im Wechselspiel zwischen Kind, Eltern und Umwelt. Veränderungen in einem Entwicklungsbereich (z. B. im Bereich sozial-emotionaler Entwicklung) stehen dabei immer im Zusammenhang mit Veränderungen in den anderen Bereichen, also der kognitiven, emotionalen, motorischen oder neurobiologischen Entwicklung.

Im Kontext dieses Entwicklungsverständnisses gehören „Bindung und Autonomie“ zu den zentralen Entwicklungsaufgaben von Kindern und Eltern in den ersten drei Lebensjahren. Eine sichere Bindung kann vor allem dort entstehen, wo Kinder dauerhaft einfühlendes Verhalten und emotionale Zuverlässigkeit der Eltern oder der Beziehungspersonen und ein unterstützendes Erziehungsklima erfahren. Eine sichere Bindung gilt im Sinne der Lebensverlaufsperspektive als wichtige Voraussetzung für spätere flexible, kompetente Bewältigungsstrategien und positive Selbstentwicklung im sozialen Kontext. Eine sichere Bindung bildet zudem die Basis für die unbelastete Autonomiebestrebung des Kindes, die es ihm z. B. über Bewegung und Sprache ermöglicht, Ereignisse selber zu verursachen, zu steuern und sich dadurch seine Umwelt zu erschließen.

Der Gesundheitszustand der unter 3-Jährigen ist überwiegend als gut bis sehr gut zu bezeichnen. Aufgrund der enormen Aufnahmefähigkeit (für positive und negative Erfahrungen) und des großen Entwicklungspotenzials von Kindern in den ersten Lebensjahren sind der Grad der positiven Anregungen durch die Eltern und die direkte Umwelt des Kindes sowie die Förderung der unterschiedlichen Entwicklungsbereiche von entscheidender Bedeutung für die Gesamtentwicklung. Die Familie als Stätte des Vertrauens (trusting) und des Gebens (giving) (Bourdieu 1998) erzeugt in der Regel einen Sozialraum, in dem gesundheitsförderliche Ressourcen und Interessen

realisiert werden können und von Anfang an gesellschaftliche Teilhabe gefördert wird. Eltern, insbesondere Mütter, behinderter Kinder werden aber oft erhebliche zusätzliche Bewältigungsaufgaben im emotionalen, pädagogischen und sozialen Bereich zugewiesen, die ihnen die Erfüllung dieser Aufgaben sehr erschweren können.

Es zeichnen sich bereits in diesem frühen Alter ausgeprägte Unterschiede ab, die Nachteile für Teilgruppen von Kindern aus Familien mit niedrigem sozialen Status bzw. Migrationshintergrund erkennen lassen.

Diese Unterschiede betreffen insbesondere den selbst eingeschätzten Gesundheitszustand sowie das Gesundheitsverhalten. Des Weiteren werden insbesondere werdende Mütter und Kinder mit Migrationshintergrund seltener durch die Angebote der ärztlichen Versorgung (Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft und U-Untersuchungen des Kinder- und Jugendarztes) erreicht als solche ohne Migrationshintergrund. Andererseits scheinen Kinder (unter 2 Jahre) mit niedrigem Sozialstatus und Kinder mit Migrationshintergrund seltener akut oder chronisch zu erkranken als Kinder mit hohem Sozialstatus und ohne Migrationshintergrund. Dieser Befund mag aber auch mit unterschiedlicher Sensibilität dieser Gruppen für Krankheitssymptome oder auch höheren Zugangsschwellen zum Gesundheitssystem zusammenhängen.

Schätzungsweise wenden 10 bis 15 Prozent (Engfer 1997) aller Eltern schwerwiegende und relativ häufige Körperstrafen bei ihren Kindern an. Vernachlässigung und Misshandlung kommt besonders häufig in Familien mit sozialer Randständigkeit, bei psychischen Erkrankungen (z. B. Depression) sowie Substanzmissbrauch der Eltern vor. Besonders gravierend sind die Auswirkungen auf Säuglinge und Kleinkinder, bei denen Vernachlässigung und Misshandlung schneller zum Tode führen können als in jedem anderen Alter. Gewalt und Vernachlässigung beeinträchtigen zudem auf massive Weise kurz- und langfristig die gesamte Entwicklung eines Kindes. Misshandelte Kinder weisen meist Entwicklungs- und Verhaltensprobleme insbesondere im zwischenmenschlichen Bereich auf und tragen ein hohes Risiko, als Kind oder Erwachsener psychisch zu erkranken, wobei die ursprüngliche traumatische Vorgeschichte dann oft nicht mehr als Ursache erkannt wird.

5.4 Fazit

Alle Kinder brauchen einen gleichermaßen guten Start ins Leben, der sozial bedingte Ungleichheiten von Krankheit, Behinderung und Sterblichkeitsraten vermindert.

Kinder brauchen eine sichere Bindung zu ihren Eltern oder anderen konstanten Bezugspersonen, um sich im körperlichen, psychosozialen und kognitiven Bereich gut zu entwickeln, Selbstständigkeit zu erlernen und genügend Selbstwirksamkeitserfahrungen sammeln zu können.

Damit Eltern durch einfühlsames Verhalten und emotionale Zuverlässigkeit die Entwicklung einer sicheren Bindung ermöglichen, ihre Kinder ausreichend versorgen und in ihrem Entwicklungsverlauf positiv unterstützen können, brauchen Eltern genügend persönliche, sozial unterstützende sowie materielle Ressourcen. Diese können auch dazu betragen, Vernachlässigung und Misshandlung des Kindes sowie soziale Randständigkeit, verbunden mit Isolation und Perspektivlosigkeit, soweit wie möglich zu verhindern. In diesem Sinne brauchen Kinder Eltern, die eine stabile emotionale Beziehung zu ihrem Kind aufbauen, körperlich und seelisch gesund, sozial eingebunden und materiell hinreichend gesichert sind.

Um die gesundheitliche Chancengleichheit zu erhöhen und die Eltern in ihren Erziehungskompetenzen zu unterstützen, brauchen Kinder und Eltern – und gerade auch Eltern behinderter Kinder – einen nicht-diskriminierenden lebensweltnahen Zugang zu förderlichen Angeboten von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem. Diese sollten die Perspektive von Eltern und Kindern einbeziehen sowie die Lebenslagen und Lebensstile der Familien (und die darin liegenden Ressourcen) berücksichtigen.

Wegen der hohen Vulnerabilität und der schnellen Entwicklung in der frühen Kindheit brauchen Kinder in besonderen Belastungssituationen frühe und präventive Hilfen, ggf. aber auch rasche Interventionen.

6 Kinder im Alter von drei bis unter sechs Jahren

6.1 Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen: Bewegen, Sprechen, Achtsamkeit

Im Fokus der gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen für das Alter von drei bis sechs Jahren stehen Bewegung, Sprechen und Achtsamkeit im Sinne von sozialer Kompetenz und damit Entwicklungsschritte, die bereits in den ersten drei Lebensjahren begonnen haben, in diesem Altersabschnitt aber wesentlich erweitert und ausdifferenziert werden – mit bedeutsamen Folgen für die späteren Altersstufen.

Die Entwicklungsaufgaben in diesen drei Bereichen umfassen Schritte der Selbstbildung im Zusammenhang mit dem Lernen von und in komplexen Beziehungsgefügen (Schäfer 1995). Das Umfeld, in das die Entwicklungen der Kinder in diesem Alter eingebettet ist, ist nach wie vor das Elternhaus, es erfährt für die meisten Kinder zwischen drei und vier Jahren allerdings eine wesentliche Erweiterung durch den Eintritt in eine Kindertagesstätte.[39] Dieser stellt einen Einschnitt, aber auch einen wichtigen Entwicklungsschritt im Leben von Kindern dar, indem sie den Übergang vom Gewohnten zum Fremden, auf sich allein gestellt, bewältigen müssen und wollen.

Überwiegend haben Dreijährige bereits Entwicklungen durchlaufen und Erfahrungen gemacht, die sie befähigen, unterschiedliche Lebenswelten (Elternhaus, Großeltern,

[39] 90 Prozent der Dreijährigen im Osten und 74 Prozent im Westen besuchen eine Kindertagesstätte, ab dem vierten Lebensjahr steigt dieser Anteil im Osten wie im Westen auf 93 Prozent bzw. 91 Prozent (Deutsches Jugendinstitut 2007).

evtl. Kinderkrippe oder Tagespflege) in ihrer unterschiedlichen Qualität wahrzunehmen und diese in ihren Alltag zu integrieren. Im Übergang zur neuen Lebenswelt Kindertagesstätte spielt der Vorbildcharakter der Erwachsenen eine wichtige Rolle. Damit der Besuch einer Kindertagesstätte für Kinder gewinnbringend sein kann, bedürfen Kinder der Überzeugung ihrer Eltern, dass die Kindertagesstätte bzw. die Erzieherin ihnen die Sicherheit vermitteln kann, die für das Wohlbefinden und Lernen am fremden Ort notwendig ist (vgl. Kap. 5.1).

Für Kinder, die mit Behinderung aufwachsen, trennt sich die Erfahrungswelt von der ihrer nichtbehinderten Altersgenossen, wenn es nicht gelingt, sie in eine integrierte Form der Kindertagesbetreuung zu platzieren. Da sie in ihrer disponiblen Zeit oft erheblich durch Therapien, Frühförder- oder andere Angebote eingeschränkt sind und dafür oft weite Wege zurücklegen müssen, sind ihre Gelegenheiten zur integrativen Begegnung mit Gleichaltrigen zusätzlich eingeschränkt.

Im Kindergarten- und Vorschulalter geht es um die weitere Ausdifferenzierung der Bewegungs- und Sprachentwicklung und mit der Sozialentwicklung um die „soziale Achtsamkeit“. Diese Entwicklungen stellen herausragende Anforderungen an die Vorschulkinder und bilden den Kern dessen, was am Ende dieses Lebensabschnittes einerseits das subjektive Wohlbefinden und die gesellschaftliche Teilhabe mitbestimmt, andererseits in der gesellschaftlichen Forderung nach Schulfähigkeit mündet. Bewegungs-, Sprach- und Sozialentwicklung sind nicht einfach aufeinanderfolgende Entwicklungsschritte, vielmehr sind sie eng miteinander verknüpft, was die Dynamik dieser Entwicklungsphase, aber auch die damit gegebene Verletzlichkeit der Kinder bedingt.

Mit dem Begriff der Achtsamkeit wird auf die sozialen Kompetenzen eines Kindes verwiesen, also auf seine – jeweils altersentsprechenden – Fähigkeiten, andere Menschen zu verstehen, auf diese einzugehen sowie von ihnen aufgrund des eigenen Verhaltens akzeptiert und wertgeschätzt zu werden (Flammer/Alsaker 2002). Diese Kompetenzen entwickeln sich in sozialen Interaktionsprozessen zwischen dem Kind und „bedeutsamen Anderen“ (z. B. Erzieherinnen) mit ihren jeweiligen Erfahrungen, Wünschen und Interessen. In der Altersstufe der 3- bis unter 6-Jährigen ist die Entwicklung folgender Kompetenzen – auch als Grundlage für die Entwicklung sozialer Kompetenz in nachfolgenden Altersphasen – zentral: Wissen über die eigenen Bedürfnislagen (Ich-Empfinden), Einfühlungsvermögen in die Empfindungen, Bedürfnisse und Interessen Anderer (Empathie) sowie die Bereitschaft, sich auf Aushandlungen einzulassen. Soziale Achtsamkeit bedeutet auch, die Signale des eigenen Körpers (z. B. Hunger und Sättigungsgefühle, Bedürfnis nach Ausruhen) wahrzunehmen – als Voraussetzung dafür, auch entsprechende Signale des Gegenübers beachten zu lernen. Ein überwiegend sozial angemessenes, positives Verhalten führt dazu, dass Kinder und später auch Jugendliche von ihrer sozialen Umwelt als angenehm im Kontakt erlebt werden, und dies erhöht die Wahrscheinlichkeit für stabile und befriedigende Kontakte zu unterschiedlichen Bezugspersonen (Werner/Smith 2001).

Das Verhältnis zwischen Kind und Erwachsenen ist dabei von entscheidender Bedeutung. Während Erwachsene dem Kind die in seinem gesellschaftlichen Umfeld geltenden sozialen Umgangsformen, Regeln und Werte vermitteln und vom Kind eine altersgemäße Anpassung daran erwarten, gehört das „Nein“-Sagen-können und das Einbringen der eigenen Position von Klein auf zur aktiven Weltaneignung des Menschen; dies ist Voraussetzung für die wachsende Eigenständigkeit des Kindes (Dauber 2007). Die Selbstständigkeit des Kindes kann sich besonders gut entwickeln, wenn es sich der Verbundenheit, Vertrautheit und Verlässlichkeit seiner Bezugsperson(en) gewiss sein kann (ebd.; vgl. Kap. 5.1) und ihm „trotzdem“ das Recht auf Widerstand eingeräumt wird. Der Respekt des Erwachsenen gegenüber den Eigenheiten des Kindes führt so zur Entwicklung von Achtsamkeit gegenüber sich selbst und anderen. In diesem Prozess müssen regressive Rückzüge auf frühere Stufen erlaubt sein, die je nach Situation angemessen sein können und manchmal lebensnotwendig sind (Dauber 2007).

Zentral für das Erlernen von Achtsamkeit sich selbst wie anderen gegenüber ist, dass Kinder erfahren: „Ich werde gehört, meine Interessen werden wahrgenommen, ich kann mich auf die Hilfestellung meiner Bezugspersonen verlassen“ (Pikler 1994, S. 94f.). Kinder müssen Achtsamkeit und gelingende Aushandlungen durch das Vorbild des Erwachsenen im täglichen Umgang in sozialen Beziehungen erleben und sie in Freundschaftsbeziehungen in den Kindergruppen üben können.

Eine hohe soziale Kompetenz und spätere gute schulische Leistungen werden durch einen offenen und unterstützenden Erziehungsstil gefördert; d. h. wenn Erwachsene auf die Bedürfnisse des Kindes eingehen sowie altersgerechte Anforderungen an das Kind stellen. Ein weiterer positiver und dauerhafter Effekt dieses Erziehungsstils ist, dass bei den Kindern auch im weiteren Entwicklungsverlauf seltener emotionale und Verhaltensprobleme auftreten. Dies gilt sowohl für Mädchen als auch für Jungen sowie unabhängig von der ethnischen Zugehörigkeit und dem Sozialstatus der Eltern (Bettge 2004).

Anerkennung ihrer Kompetenzen sind gerade für Kinder mit Behinderung in dieser Lebensphase von hoher Bedeutung. Nicht ihre „Defizite“ zu behandeln, sondern ihre Kompetenzen zu fördern, ist daher eine wichtige Aufgabe der Fachkräfte in den Betreuungseinrichtungen, aber ggf. auch für die Eltern und das medizinische Personal.

Wichtig für eine positive Entwicklung in dieser Altersstufe ist weiter, dass Kinder sich als Akteur des eigenen Handelns und damit auch in hohem Maße als selbstwirksam erleben können. Selbstwirksamkeit, d. h. die allgemeine Überzeugung von der eigenen Kompetenz, herausfordernde Situationen aktiv und positiv zu bewältigen (Bandura 1997), gilt als ein relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal und als ein wichtiger Schutzfaktor. Denn Selbstwirksamkeitserfahrungen erleichtern den Umgang

mit potenziell belastenden Ereignissen, steuern zukünftiges Problemlöseverhalten und haben darüber hinaus einen förderlichen Effekt auf die psychische Gesundheit. Zudem orientieren sich Kinder und später Jugendliche mit einer solchen Persönlichkeitstendenz an anspruchsvollen Zielen, die sie auch bei auftretenden Schwierigkeiten engagiert weiterverfolgen, da sie diese als Herausforderung für die eigene Person und nicht als Überforderung interpretieren (Schwarzer 1994).

Wenn so das Kind zum „Akteur seiner eigenen Entwicklung“ werden kann und gelingende Sozialisation die Anregung all seiner Kräfte bedeutet (Laewen/Andres 2002), dann können gleichzeitig ungünstige Bedingungen in seinem Umfeld (wie ungünstige Vorbilder, Fehlen von Kontakten zu anderen Kindern, mangelnder „Spiel“-Raum) diese Entwicklungen einschränken. Nach den Befunden der Traumaforschung ist hier die Entwicklung einer erhöhten Sensibilität für diese oft übersehenen Belastungen und Krisen für die Kinder im Hinblick auf ihre psychische Gesundheit vonnöten.

Zusätzliche Einschränkungen erfahren Kinder mit Behinderungen, chronischen Krankheiten oder auch Verhaltensauffälligkeiten, wenn sie auf Normerwartungen der Erwachsenen treffen, die die individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse der Kindes lediglich den durch die Behinderungen bedingten Defiziten unterordnen.

Umfassende Bewegungsmöglichkeiten sind Voraussetzung dafür, Sicherheit in allen Bewegungen zu erreichen, den eigenen Körper zu erfahren und durch zunehmendes Wissen über den eigenen Körper Selbstbehauptung und Individualität zu erlangen (Hassel 1996). Über selbstbestimmte Bewegung werden motorisches Lernen, emotionales Gleichgewicht und Selbstbewusstsein gefördert (ebd., S. 127). Freie Bewegung bedeutet, dass die Anlässe dazu vom Kind frei wählbar sind und damit mehrdimensionale Erfahrungen im körperlichen, kognitiven und sozialen Bereich ebenso ermöglichen wie das Kennenlernen eigener Bedürfnisse und die Entwicklung von Körperbewusstsein und -zufriedenheit, die wiederum wesentlich für die Selbstakzeptanz des Kindes sind. Somit sind Bewegung, Körpererfahrungen und Achtsamkeit eng miteinander verknüpft. Von außen gesetzte eingeschränkte Bewegungsanlässe (z. B. nur Sport, nur Tanz, nur Entspannung) ohne die Erfahrung und Befriedigung eigener Bewegungsbedürfnisse des Kindes schränken seine Entwicklungsmöglichkeiten hingegen ein (ebd., S. 136).

Die Qualität von Bewegungslernen hängt also von seiner Mehrdimensionalität ab. So zeigen die Erfahrungen mit Angeboten des täglichen Aufenthalts im Wald, dass sich die Kinder, angesprochen über alle Sinne, in allen Bereichen ihrer Entwicklung und ohne künstliche Arrangements gut entwickeln können (Gorges 2004).

Ein befriedigtes Bewegungsbedürfnis und ein ausgeglichenes Körperempfinden unterstützen darüber hinaus eine ausgeglichene Hungerwahrnehmung und beeinflussen das Essverhalten von Kindern. Hinweise darüber lassen sich vor allem in den Untersuchungen zu Essstörungen und Adipositas finden (Diedrichsen 1990, S. 84; Bruch 1991, S. 118). Bewegung reguliert die Nahrungsaufnahme und den Kalorienverbrauch; beide beeinflussen die Energiebilanz des Kindes. Bewegung und Hungergefühl korrespondieren also miteinander und können zu einer Beeinträchtigung der Hungerwahrnehmung und zu Fehlinterpretationen von Körpersignalen beitragen. Möglicherweise beruht auch der alarmierende Anstieg von ADHS-Diagnosen in dieser Altersgruppe zum Teil auf solchen Fehlinterpretationen von Bedürfnissen nach freier Bewegung (Leuzinger-Bohleber 2006; Köttgen 2007).

Ein positives Körperempfinden und genügend freie Bewegungsmöglichkeiten haben zudem eine wichtige Bedeutung für Stressabbau. Gerade in der Phase der Vorschulzeit, in der die Kinder die Welt noch vor allem durch konkretes Handeln im Wortsinn „begreifen“ und erst auf dem Weg zum überlegenden Handeln sind, stellt der Stressabbau durch Bewegung zwar ein regressives Moment dar, kann aber dort, wo es noch an Worten, Orientierung und alternativen Handlungsmöglichkeiten fehlt, das einzige Mittel des Umgangs mit Problemen sein.

Sprachlernen ist eingebettet in die Kommunikation mit Anderen; Gestik und Verbalsprache bilden in dieser Altersgruppe noch eine Einheit (Jampert u. a. 2006). Sprechen bedeutet, Beziehungen zu anderen Menschen einzugehen und sich aktiv seiner Umwelt zuzuwenden (Wendlandt 2006). Sprache ist auch Medium des Denkens, Denken als verinnerlichte Sprache stellt sich als Ergebnis des Sprachlernens dar (Hasselhorn/Grube 2008).

Die Aneignung der Sprache verläuft über das aufmerksame Zuhören, das Nachahmen, das Nachsprechen bis hin zum Begreifen eines Wortsinns. Voraussetzung zum Erlernen von Sprache ist das Erleben des Kindes, dass es die Bedeutung des gesprochenen Worts erfahren und durch sein sprechendes Gegenüber Botschaften und Signale erfassen kann, während der Erwachsene wiederum die Botschaften und Signale des Kindes wahrnimmt, sie ans Kind zurückmeldet und darauf achtet, dass das Kind nicht „ins Leere kommuniziert“ (Laewen/Andres 2002, S. 53). Der kindliche Spracherwerb stellt sich als ganzheitlicher Entwicklungsprozess dar, in dem Kinder auf sinnliche Anregungen, vertraute Personen und Situationen angewiesen sind, damit sie Zugang zum komplexen System der Sprache finden. Mit dem Sprachlernen eignet sich das Kind die Kultur seiner Eltern und seiner Umwelt an (Schäfer 1995).

Ein Umfeld, in dem Sprache der Vermittler zwischen den Interessen des Kindes und des Umfeldes werden kann, Dialoge zwischen Erwachsenen und Kind und unter Kindern entstehen, bildet Sprachanreize, während ein spracharmes Umfeld die Lernmöglichkeiten einschränkt.

Kinder unter drei Jahren orientieren sich parallel zum sprachlichen Input am sinnlich Wahrnehmbaren und verschaffen sich damit Interpretationshilfen. In der Übergangsphase zwischen dem dritten und vierten Lebensjahr erschließen sich den Kindern die Bedeutungen der Sprache nicht nur über ihr unmittelbares Umfeld, sondern auch über Bilder, Bücher und Fotos oder Filme. Dies hat

für sie auch den Reiz, das Gesehene in ihr eigenes Handlungsrepertoire zu übernehmen und sich darin sprachlich zu erproben (Jampert u. a. 2006, S. 45). Von daher lässt sich Sprachlernen nicht eingrenzen auf verbale Sprache. Vielmehr sind Bewegung, Handlung und nonverbale Ausdrucksformen die Begleiter beim Erlernen von Sprache und eingebettet in Kommunikation. Es kann davon ausgegangen werden, dass das Sprachlernen in seiner Grundform etwa zwischen dem fünften und sechsten Lebensjahr abgeschlossen ist (Wendlandt 2006). Differenzieren kann sich Sprache dort, wo sich Dialoge entwickeln, an denen Kinder gleichberechtigt und aktiv beteiligt sind und ein Austausch über alle Dinge der Welt zustande kommen kann (Malaguzzi 1996).

Der sprachliche Kompetenzzuwachs im Vorschulalter kann zum einen als Ressource für das Begreifen und den Umgang mit sich selbst und der Umwelt beschrieben werden. So wird im Handeln die Vorstellung vom eigenen Körper, seinen Grenzen und seiner Zunahme an Kraft und Fähigkeit ermöglicht und sprachlich begleitet. Es werden Vorstellungsbilder beschrieben, Begriffe unterschieden, Sprachrhythmus und Bewegungsrhythmus aufeinander abgestimmt, Rhythmus (z. B. im Nachsprechen von Reimen), Nacherzählen von Geschichten und Singspielen erfahren.

Zum anderen ist auch die Entwicklung von Achtsamkeit und sozialer Kompetenz eng mit der wachsenden Sprachkompetenz verknüpft: So gelingt es, im Regelspiel dessen Sinn zu erfahren und zu verstehen, selbst Regeln zu entwickeln und sich mit anderen über Regeln abzustimmen, Rollen im Spiel zu übernehmen, sich über gemeinsame Ziele verständigen, Pläne und Interessen zu verbalisieren und die Perspektive des Anderen in der Aushandlung sprachlich zu berücksichtigen (Zimmer 2005). Sprachkompetenzen stellen das Produkt eines kontinuierlichen Austausches zwischen biologischen und psychologischen Merkmalen des Kindes und seiner Interaktionen mit der sozialen/kulturellen Umwelt dar (Höfer 2007).

Kinder mit Migrationshintergrund, die z. B. in der Kindertagesstätte zum ersten Mal mit der deutschen Sprache und der deutschen Kultur konfrontiert werden, beginnen dort in ihrem Sprachlernen nicht bei einem Nullpunkt, sondern haben meist bereits wesentliche Schritte des Sprachlernens in ihrer Muttersprache und ihrer Kultur gemeistert und sind in ihrer kognitiven Entwicklung oft weiter, als ihr sprachlicher Ausdruck im Deutschen vermuten lässt. Sie benötigen Übergangsphasen, in denen ihnen adäquate Handlungsmöglichkeiten unabhängig von ihren Deutschkenntnissen zur Verfügung gestellt werden müssen. Gleichzeitig brauchen sie genügend Zeit und Anregungen, um in einem „Sprachbad“ (im Gegensatz zum Lernen von Worten und Grammatik) die deutsche Sprache zu erlernen (Jampert 2002).

Kinder mit einer organischen (z. B. Einschränkung der Beweglichkeit) oder psychischen Schädigung (z. B. bedingt etwa durch hirnorganische Schädigungen oder durch extreme psychische Belastungen im Elternhaus) brauchen meist länger andauernde und zusätzliche Hilfen, um Schritte zum Spracherfassen und Sprachlernen machen zu können. *Malaguzzi* (1996) mahnt in diesem Zusammenhang an, dass Kinder „100 Sprachen“ besitzen, dass die Erwachsenen meist aber nur eine Sprache gelten lassen. Die nonverbale Ausdruckssprache stellt die Brücke zum Spracherfassen und Sprachlernen dar, die auf die bereits vorhandenen Fähigkeiten des Kindes abgestimmt und durch Angebote ergänzt werden muss.

Um Achtsamkeit, Bewegung und Sprache beim Kind auszudifferenzieren, bedarf es einer Umgebung, die Anreize bietet, Experimentieren mit der nahen Umgebung ermöglicht und Ausprobieren zulässt (Zimmer 2005). In diesem Prozess sind die Kinder auf das (gute) Vorbild der Erwachsenen (Eltern/Erzieherinnen) ebenso angewiesen wie auf die Gleichaltrigengruppe in Kindertagesstätten und Tagespflege.

Eine solche Umgebung ist nicht für jedes Kind gegeben: Prekäre soziale Verhältnisse (z. B. verbunden mit zu kleinen oder hellhörigen Wohnungen) schränken die Bewegungsmöglichkeiten der Kinder stark ein. „Sprachlosigkeit“ der Eltern und häufiger Fernsehkonsum sind eine weitere häufige Begleiterscheinung von Armut und bergen die Gefahr von Beeinträchtigungen in der Entwicklung der sprachlichen Fähigkeiten der Kinder. Zudem sind nicht allein in Gebieten mit hoher sozialer Belastung kindgerechte Spielflächen in den Städten und auf dem Land zur Mangelware geworden. Dadurch werden gefährdungsarme und nicht von z. T. übervorsichtigen Erwachsenen beaufsichtigte Peerkontakte, Spiele und das Explorationsverhalten erheblich eingeschränkt, durch die Kinder gemeinsam ihren Bewegungs- und Sprachbedürfnissen nachgehen können. Zu beobachten ist eine „Verinselung“ von Kindheit (Hengst/Zeiher 2005), in der besorgte Eltern ihre Kinder von einer Aktivitäts-„Insel“ (mit von Erwachsenen bestimmten Sport-, Musik-, Kreativangeboten) zur nächsten fahren, und dies selbst dann, wenn ihre Kinder stundenweise die Kindertagesstätte besuchen. Dadurch reduzieren sich die Möglichkeiten zur Eigenaktivität, und die eigenständige Entwicklung kann behindert werden. Zudem kann es auch dazu kommen, dass Kinder mit großem Bewegungsdrang und Mitteilungsbedürfnis von Erwachsenen als störend empfunden und vielleicht sogar fälschlicherweise als „hyperaktiv“ etikettiert werden (Leuzinger-Bohleber u. a.2006; Pikler 1994).

6.2 Gesundheit, Krankheit und Behinderung

Im Folgenden wird auf den Gesundheitszustand von Kindern im Alter von drei bis sechs Jahren eingegangen, wie er sich auf der Basis des KiGGS und anderer empirischer Untersuchungen darstellt. Die gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen werden dabei entsprechend der Datenlage aufgegriffen. Die Ausführungen zu Entwicklungsauffälligkeiten und manifesten Störungen sind vor dem Hintergrund zu lesen, dass Entwicklung in dieser Altersstufe sehr variabel ist, so dass die Grenzen zwischen einer normalen, einer auffälligen oder einer gestörten Entwicklung fließend sein können. Das bedeutet, dass Auffälligkeiten vorübergehender Natur sein können (aber nicht müssen), so dass (professionelle) Diagnosen von „Störungen“ verfrüht sein und möglicherweise zu Etikettierung und Stigmatisierung des Kindes führen können.

6.2.1 Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten

Entwicklungsauffälligkeiten oder -verzögerungen sind oft eng mit der biologischen Reifung des Zentralnervensystems verknüpft und betreffen daher meist nicht nur einen, sondern mehrere, sich aufeinander beziehende Bereiche der Entwicklung (Fegert/Buchmann 2004), sodass unterschiedliche motorische, kognitive, sprachliche oder soziale Fähigkeiten beeinträchtigt sind. Manifeste Störungen der Entwicklung bleiben zudem im Gegensatz zu bloßen Auffälligkeiten der Entwicklung über die Altersphase hinaus bestehen und zeigen sich oftmals noch im Jugend- und Erwachsenenalter (Laucht u. a. 2000; Mesman u. a. 2001; Rowe u. a. 2002). Bei unzureichender Förderung oder aufgrund der Schwere der Störung kann das betroffene Kind im weiteren Verlauf sogar „von Behinderung bedroht“ sein. Hiermit sind nicht selten erhebliche soziale Benachteiligungen verbunden, die z. B. durch den Besuch eines Sonderkindergartens und später einer Förderschule (meist ohne Rückführung in eine Regeleinrichtung) entstehen können. Damit ist nur eine Form der langfristigen Aussonderung und Exklusion im weiteren Lebenslauf des Kindes benannt, die die Teilhabe am („normalen“) gesellschaftlichen Leben sehr einschränkt.

6.2.1.1 Bewegung und Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung

Ein zielgerichtetes, situationsgerechtes Bewegungsverhalten, verbunden mit einer wachsenden Leistungsbereitschaft, stellt eine gute Grundlage für die Entwicklung motorischer Fähigkeiten dar (Opper/Wagner 2008). Bewegung und motorische Leistungsfähigkeit sind darüber hinaus wichtige Bausteine einer gesunden Entwicklung. Bewegungsmangel hingegen erhöht die Prävalenz von motorischen Defiziten, Übergewicht, Haltungsschäden, psychosozialen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten (ebd.). Ein körperlich-sportlicher Lebensstil wird daher als eine zentrale Gesundheitsressource von Kindern und Jugendlichen angesehen.

Motorische Fähigkeiten lassen sich durch die Komponenten Koordination, Kraft, Schnelligkeit und Ausdauer beschreiben (Starker u. a. 2007, S. 775). Kinder mit motorischer Entwicklungsverzögerung fallen in ihrem Alltag durch verlangsamte Bewegungsabläufe, eine verzögerte grob- und feinmotorische Entwicklung, Mühe bei der Ausführung von Bewegungen mit hohen Anforderungen an das Gleichgewicht sowie mangelnde Kraftdosierung auf (Esser 2002). Bislang liegen keine bundesweit repräsentativen Ergebnisse dazu vor, wie groß der Anteil der Kinder mit motorischen Auffälligkeiten/Störungen in dieser Altersgruppe ist. *Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin* (2007) beziffert die Häufigkeit von diagnostizierten Entwicklungsstörungen der Motorik (bei 3- bis 6-Jährigen) mit 4 bis 6 Prozent; Jungen sind im Vergleich zu Mädchen deutlich überrepräsentiert.

Die Ursachen motorischer Entwicklungsverzögerungen sind wissenschaftlich noch nicht eindeutig belegt. Der derzeitige Forschungsstand stützt die Annahme, dass motorische Entwicklungsstörungen auf verschiedenen Ursachen, die die Verarbeitung sensorischer Informationen betreffen, beruhen können (Krombholz 2005). Kinder, die aufgrund von fehlenden Spiel- und Bewegungsräumen in ihrem häuslichen Umfeld bzw. in Kindertageseinrichtungen und in der Tagespflege oder wegen elterlicher Überbehütung eingeschränkt sind, können zudem die notwendigen (motorischen) Lernerfahrungen nicht machen und erzielen hierdurch nur bedingt altersgemäße motorische Leistungen. Ergebnisse der MoMo-Studie (Bös u. a. 2008) weisen zudem auf den engen Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und motorischer Leistungsfähigkeit hin: Aktive Kinder erzielen bessere Werte bei Motoriktests als inaktive Gleichaltrige. Hierbei spielen insbesondere die Regelmäßigkeit, der Umfang sowie die Anstrengungsbereitschaft der Kinder eine tragende Rolle.

Der Forschungsstand zur motorischen Leistungsfähigkeit weist auf einen Leistungsverlust gegenüber früheren Generationen hin (Bös 2003/2008). Kinder im städtischen Bereich sind aufgrund eingeschränkter Bewegungsmöglichkeiten sichtbar häufiger betroffen als Kinder aus ländlichen Gebieten (Opper u. a. 2007).

Die angeleitete Bewegungszeit im Kindergarten fiel unter den teilnehmenden Kindern der MoMo-Studie bei den 4 bis 5-Jährigen – im Vergleich zu Schulkindern – am geringsten aus (1,5 Stunden/Woche).

Die Ergebnisse des KiGGS verweisen auf eine geringere motorische Leistungsfähigkeit bei Kindern mit Migrationshintergrund sowie Kindern mit niedrigem sozioökonomischen Status im Gegensatz zu Kindern aus sozial besser gestellten Familien und Kindern ohne Migrationshintergrund (Starker u. a. 2007, S.775ff.).

Ebenso zeigte sich bei Auswertungen mit größerer Altersspanne (vgl. Tab. 6.1), dass Kinder mit niedrigem Sozialstatus, aus Ostdeutschland sowie ein Teil der Mädchen mit Migrationshintergrund besonders selten inner- oder außerhalb des Vereinssports körperlich-sportlich aktiv sind (Lampert u. a. 2007). Dem Vereinssport wird durch seine angeleitete, regelmäßige und intensive Aktivität eine besondere Bedeutung bei der motorischen Leistungsfähigkeit zugesprochen (Bös et al 2008). Jedoch verdeutlichen die Ergebnisse der MoMo-Studie, dass sozial benachteiligte Kinder und Kinder mit Migrationshintergrund einen schlechteren Zugang zu Vereinsaktivitäten haben als Kinder mit hohem Sozialstatus oder ohne Migrationshintergrund. Dieser Befund verweist darauf, dass bestimmte (Teil-) Gruppen von Heranwachsenden nur wenig oder gar nicht an der positiven Wirkung körperlich-sportlicher Aktivitäten partizipieren können. Immerhin die Hälfte der Mädchen mit Migrationshintergrund hat aber die Möglichkeit, diese für ihr körperliches und psychisches Wohlbefinden wichtige Ressource der körperlich-sportlichen Aktivität für sich zu nutzen.

Tabelle 6.1

Körperlich-sportliche Aktivität bei 3- bis 10-Jährigen

	Befunde
Einmal in der Woche bis zu täglich aktiv (3–6 Jahre)	*68,2 %* der Jungen; *70,7 %* der Mädchen
Selten/nie aktiv (3–6 Jahre)	*31,7 %* der Jungen; *29,2 %* der Mädchen
Inaktivität und Sozialstatus (3–10 Jahre)	niedriger ST *36,2 %* der Jungen *40,4 %* der Mädchen hoher ST *14,9 %* der Jungen *12,1 %* der Mädchen

Quelle: Lampert u. a. 2007; ST: Sozialstatus

Körperliche Ungeschicklichkeit und geringe Aktivität und Leistungen im Bewegungsbereich können dazu führen, dass Kinder Opfer sozialer Ablehnung und Ausgrenzung durch Gleichaltrige werden. Durch Misserfolge entmutigt, bewegen sie sich in der Folge oft noch weniger – mit entsprechenden Konsequenzen für motorisches Lernen und die Gesamtentwicklung. Daneben wird ein negativer Zusammenhang zwischen Übergewicht und Adipositas und der motorischen Leistungsfähigkeit, insbesondere der konditionellen Leistungsfähigkeit beschrieben (Opper/Wagner 2008).

6.2.1.2 Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung und Sprachkompetenz

Auffälligkeiten der Sprachentwicklung im Kindergartenalter betreffen die Sprachproduktion (z. B. verringerte Zunahme des aktiven Wortschatzes, grammatikalische Fehler), das Sprachverständnis (z. B. Verwechselung inhaltsähnlicher Begriffe) sowie die Artikulation (Amorosa 2008; Fegert/Buchmann 2004). Die Häufigkeit von diagnostizierten Sprachentwicklungsstörungen wird mit 4 bis 8 Prozent angegeben und kommt bei Jungen häufiger vor als bei Mädchen (Weindrich u. a. 2000)

Bei angeborenen Fehlbildungen oder Beeinträchtigungen (z. B. kognitiven und/oder organischen Störungen wie geistige Behinderung, Hörstörung, neurologische Störungen oder Fehlbildung der Sprechwerkzeuge) können die Ursachen der Sprachbeeinträchtigung meist deutlich einer bestimmten Ursache oder einem Ursachenkomplex zugewiesen werden. Wenn dagegen keine konkreten Beeinträchtigungen vorliegen, müssen bei Auffälligkeiten der Sprachentwicklung mehrere Ursachen in Betracht gezogen werden. Hierzu zählen psychische Ursachen (z. B. Missbrauchserfahrungen, Interaktionsstörungen zwischen Eltern und Kind oder dauerhafte Streitigkeiten in der Familie) und/oder soziokulturelle Ursachen (z. B. unkontrollierter, übermäßiger Medienkonsum, Spracharmut, belastende Lebensverhältnisse der Familie mit einer wenig ansprechenden Umwelt, ungünstige Umstände bei mehrsprachiger Erziehung und/oder genetische Dispositionen; Koletzko 2007; von Suchodoletz 2003; Wendlandt 2006).

Exkurs 6.1 Sprachkompetenz bei Kindern mit Migrationshintergrund

Kinder mit Migrationshintergrund sind bislang ebenfalls erheblich benachteiligt, wenn sie bis zum Schulbeginn nicht in ausreichendem Maße über Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen. Die Ergebnisse der PISA-Studie (Esser 2006; Stanat u. a. 2000) belegen, dass mangelnde Sprachkompetenz bei Kindern mit Migrationshintergrund die entscheidende Hürde in der Bildungskarriere darstellt oder umgekehrt die Beherrschung der Landessprache die zentrale Ressource von Kindern mit Migrationshintergrund für Bildung und Integration ist. Kinder mit Migrationshintergrund werden häufiger bei der Einschulung zurückgestellt, bleiben häufiger sitzen und werden häufiger auf Förderschulen überwiesen (Apeltauer 2004).

Die Sprachkompetenz von Kindern mit Migrationshintergrund kann jedoch mit einem längeren Kindergartenbesuch bis zum Zeitpunkt des Schulbeginns signifikant verbessert werden (Kratzmann/Schneider 2008). Kinder mit Migrationshintergrund besuchen allerdings den Kindergarten etwas seltener als Kinder ohne Migrationshintergrund, jedoch ist der Migrationshintergrund nicht der ursächliche Faktor hierfür (Bien u. a. 2007). Nur wenn die Eltern zusätzlich einen niedrigen Bildungsabschluss haben und mehrere Geschwister im Haushalt leben, besuchen Kinder mit Migrationshintergrund seltener oder gar nicht die Kindertagesstätte, sondern werden ausschließlich in der Familie betreut (ebd.).

Die in einigen Bundesländern bereits eingeführten Sprachstandserhebungen in Kindertagesstätten mit ihren unterschiedlichen Konzeptionen müssen bezüglich ihrer Aussagekraft differenziert betrachtet werden. Konkrete Empfehlungen gibt es derzeit (noch) nicht, jedoch deuten die gesammelten Erfahrungen darauf hin, dass längerfristige Beobachtungsverfahren durch (geschulte) Erzieherinnen den Sprachstand des Kindes besser abbilden können als einmalige Sprachtests (Jampert u. a. 2007, S. 313). Die Ermittlung der Sprachkompetenz erscheint zudem nur dann sinnvoll, wenn ihr (bei mangelnder Sprachkompetenz) ein Sprachförderprogramm folgt (Jampert 2008). Auch hier gibt es von Bundesland zu Bundesland sehr heterogene Ansätze, die bislang nur ansatzweise evaluiert wurden. Neuere Konzepte der Sprachförderung verfolgen das Ziel nicht nur Aussprache, Grammatik und Wortschatz zu trainieren, sondern Sprache als Mittel der Kommunikation in den Alltag zu integrieren und zu fördern (Jampert u. a. 2007).

Sprachentwicklungsauffälligkeiten und -störungen bleiben je nach Art und Schweregrad im weiteren Lebensverlauf nicht folgenlos für die betroffenen Kinder. *Warnke* (2005) gibt an, dass etwa 60 Prozent aller Kinder mit Störungen des Sprachverständnisses auch Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (vgl. Kap. 7.2.9) entwickeln und

90 Prozent Schulleistungsprobleme haben. Ein Teil der Kinder mit einem Rückstand im Sprachverständnis besucht trotz normaler Intelligenz eine Förderschule (ebd.). Kinder mit einer verzögerten Entwicklung der Sprache, die weder frühzeitige Förderung erfahren noch Teilhabechancen erhalten, können somit in ihrer weiteren Entwicklung erheblich benachteiligt sein.

6.2.1.3 Psychische Gesundheit und Verhaltensauffälligkeiten

Im KiGGS wurden psychische und Verhaltensauffälligkeiten (emotionale Probleme wie Angst/Depression, aggressiv-dissoziale Verhaltensprobleme, Hyperaktivität, Probleme mit Gleichaltrigen) anhand eines standardisierten Elternfragebogens erfasst, nicht jedoch anhand von Diagnosen durch Fachleute.[40] Es stellt sich hier wie generell die Frage nach unterschiedlichen inneren Bewertungsmaßstäben von Eltern unterschiedlicher Herkunft und Statuszugehörigkeit, die zu den Differenzen in den Ergebnissen beigetragen haben könnten. Daher müssen die nachfolgend dargestellten Zahlen vorsichtig und nicht als konkrete Prävalenzschätzungen, sondern eher im Sinne von Tendenzen und einer Risikogruppenidentifizierung interpretiert werden (Hölling u. a. 2007).

Fast 90 Prozent aller Kinder in der Altersgruppe von drei bis sechs Jahren zeigen nach Angaben der Eltern keine Symptome von Verhaltensauffälligkeiten (ebd.). Symptome grenzwertigen bis auffälligen Verhaltens zeigen nur verhältnismäßig wenige Kinder, und zwar mehr Jungen als Mädchen (vgl. Tab. 6.2). Bei Kindern mit Migrationshintergrund konnten Verhaltensauffälligkeiten im grenzwertigen bis auffälligen Bereich sogar doppelt so häufig festgestellt werden als bei Kindern ohne Migrationshintergrund. Am deutlichsten treten die Unterschiede jedoch bei der Gruppe der sozial benachteiligten Kinder zu Tage, für die ihre Eltern bereits bei den 3- bis 6-Jährigen fast viermal so häufig Verhaltensauffälligkeiten im „grenzwertigen bis auffälligen“ Bereich angaben wie Eltern mit hohem sozialen Status (vgl. Tab. 6.2).

Die nachfolgende Tabelle 6.3 gibt eine differenzierte Darstellung der einzelnen Problembereiche, die als gewichtete Subskalen in die in Tabelle 6.2 dargestellten Gesamtwerte der psychischen Auffälligkeiten einfließen. Auch hier geht es nicht um konkrete Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten, sondern um Hinweise auf Risikogruppen in den einzelnen Bereichen der psychischen Gesundheit.

[40] Im KiGGS wurden Hinweise auf psychische Auffälligkeiten und Stärken mit dem „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ) erfasst. Der SDQ ist ein Fragebogen, der dem Screening von Verhaltensauffälligkeiten (emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen) sowie von sozial angepasstem (prosozialem) Verhalten bei Kindern und Jugendlichen im Alter von drei bis 17 Jahren dient. Die Werte aus den einzelnen Bereichen der Verhaltensauffälligkeiten sind im KiGGS zu einem Gesamtproblemwert berechnet worden. Neben den Eltern für die Altersgruppe der 3- bis 17-Jährigen sind auch die Heranwachsenden selbst (Altersgruppe 11 bis 17 Jahre) befragt worden.

Tabelle 6.2

Auswertung des SDQ-Gesamtproblemwertes zu psychischen und Verhaltensauffälligkeiten bei 3- bis 6-Jährigen (Elternangaben; Prävalenzen in Prozent)[41]

	Befunde
Gesamt	psychisch unauffällig: *86,7 %* grenzwertig auffällig: *8,0 %* auffällig: *5,3 %*
Geschlecht	Jungen: *15,8 %* Mädchen: *10,6 %*
Migrationshintergrund	mit MH: *22,7 %* ohne MH: *11,5 %*
Sozialstatus	niedriger ST: *24,1 %* mittlerer ST: *10,8 %* hoher ST: *6,7 %*

Quelle: Hölling u. a. 2007; MH: Migrationshintergrund; ST: sozialer Status

Tabelle 6.3

Psychische und Verhaltensauffälligkeiten bei 3- bis 6-Jährigen (Elternangaben; Prävalenzen in Prozent)

	Befunde
Emotionale Probleme (Ängste, depressive Verstimmung)	insgesamt: *13,0 %* Jungen: *13,0 %*; Mädchen: *12,9 %* niedriger ST: *18,0 %* mittlerer ST: *11,9 %* hoher ST: *9,7 %* Kinder mit MH: *16,1 %* Kinder ohne MH: *12,4 %*
Verhaltensauffälligkeiten (aggressiv-dissoziales Verhalten)	insgesamt: *35,0 %* Jungen: *39,2 %* Mädchen: *30,6 %* niedriger ST: *43,8 %* mittlerer ST: *33,8 %* hoher ST: *28,5 %* Kinder mit MH: *39,7 %* Kinder ohne MH: *34,0 %*
Hyperaktivitätsprobleme	insgesamt: *14,6 %* Jungen: *17,1 %* Mädchen: *12,1 %* niedriger ST: *24,6 %* hoher ST: *6,5 %* Kinder mit MH: *20 %* Kinder ohne MH: *13,6 %*

[41] Die Daten für auffälliges und grenzwertiges Verhalten wurden ab der 4. Zeile der Tabelle zusammengezogen.

n o c h Tabelle 6.3

	Befunde
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	insgesamt: *20,5 %* Jungen: *23,4 %* Mädchen: *17,4 %* niedriger ST: *31,8* % hoher ST: *14,6 %* Kinder mit MH: *37,7 %* Kinder ohne MH :*17 %*
Grenzwertiges bis auffälliges prosoziales Verhalten[42]	insgesamt: *10,7 %* Jungen: *14,3 %* Mädchen: *6,8 %* niedriger ST: *12,2 %* mittlerer ST: *9,7 %* hoher ST: *9,9 %* Kinder mit MH: *14,5 %* Kinder ohne MH: *9,9 %*

Quelle: Hölling u. a. (2007); MH: Migrationshintergrund; ST: sozialer Status

Entwicklungs- und Verhaltensstörungen können früher oder später zu einer Minderung des Selbstwertgefühls, der sozialen Anerkennung und der Integration führen, psychische Verarbeitungsprozesse beeinträchtigen oder als schulische Lern- und Leistungsstörungen (vgl. Kap. 7.2.9) krankheitsrelevant werden. Sie gehen zudem mit einer erhöhten Rate psychischer Auffälligkeiten wie Angststörungen (vgl. Kap. 7.2.8), Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (vgl. Kap. 7.2.7), Störungen des Sozialverhaltens und Adipositas (vgl. Kap. 8.2.7) einher.

Der Erwerb sozialer Kompetenzen und Achtsamkeit sich selbst bzw. anderen gegenüber wird durch Entwicklungs- und Verhaltensstörungen deutlich erschwert. Es gibt auch erste Hinweise darauf, dass Kinder mit multipler Risikobelastung (Verhaltensauffälligkeiten, psychosoziale Risiken) im Kindergarten- und Vorschulalter über ein geringeres Ausmaß an sozialen Kompetenzen verfügen als Gleichaltrige ohne diese Risikobelastung (Gadow 2007).

6.2.2 Ernährung und Essverhalten

Problematisches Essverhalten zeigt sich u. a. in einer unausgewogenen Zusammensetzung der Nahrung sowie unkontrolliertem Essen, das oft nicht nur der Befriedigung des physiologischen, sondern auch des emotionalen Hungers dient (Lehner u. a. 1991). Folgen einer Fehlernährung (z. B. Adipositas u. a. Erkrankungen) zeigen sich meist nicht unmittelbar, sondern im Lebensverlauf und sind nicht konkret auf eine bestimmte Altersphase zurückführbar. Angesichts der großen Bedeutung, die Essen und Ernährung für die gesundheitliche Entwicklung von Kindern einnehmen sowie im Hinblick auf die weite Verbreitung gestörten Essverhaltens unter Kindern erscheint es notwendig, bereits im frühen Alter die Grundlagen für ein gesundes und genussreiches Essverhalten zu vermitteln. Da Kinder „nicht mit dem Verstand essen“, wird eine gesunde Ernährung besonders dann gut angenommen, wenn sie für Kinder attraktiv erscheint (z. B. Aussehen des Essens, Freude an gemeinsamen Mahlzeiten) und mit Genuss verbunden ist. Elternhaus und Kindertagesstätten spielen hierbei eine bedeutende Rolle. Die Kindertagesstätten-Ernährungs-Situations-Studie (KESS) weist darauf hin, dass die ernährungsphysiologische Qualität der angebotenen Mittagsmahlzeiten[43] in Kindergärten insgesamt befriedigend ist (Kersting/Clausen 2002). Doch können sich Empfänger von Arbeitslosengeld II die Teilnahme ihrer Kinder an diesen Mahlzeiten oft gar nicht leisten, da das in Kindergärten oder Schulen erhobene Essensgeld meist den Tagessatz übersteigt, der ihnen für die Ernährung ihres Kindes zur Verfügung steht (Kersting/Clausen 2007).

Der Vergleich einzelner Bevölkerungsgruppen im KiGGS zeigt, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus, Jungen sowie generell Heranwachsende mit steigendem Alter sich ungünstiger ernähren als jüngere Kinder, Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus sowie Mädchen (Mensink u. a. 2007, RKI 2008a).

6.2.3 Somatische Gesundheit und ärztliche Versorgung

Akute Erkrankungen stehen nach wie vor im Vordergrund des Krankheitsspektrums, jedoch gewinnen chronische Krankheiten wie atopische[44] (allergische) Erkrankungen deutlich an Gewicht. Insgesamt leiden bereits 18 Prozent der 3- bis 6-Jährigen unter atopischen Erkrankungen. Kinder mit hohem Sozialstatus und ohne Migrationshintergrund erhielten häufiger eine Diagnose als Kinder aus sozial benachteiligten Familien oder mit Migrationshintergrund (Schlaud u. a. 2007).

Der Anteil der Kinder, die an den Vorsorgeuntersuchungen (U8/U9) teilnehmen, nimmt im Vorschulalter weiter kontinuierlich ab (vgl. Tab. 6.4). Kinder, die im Ostdeutschland leben, Kinder aus sozial benachteiligten Familien sowie Kinder mit Migrationshintergrund nehmen die Vorsorgeuntersuchungen auch in dieser Altersgruppe seltener wahr als Kinder ohne die genannten Merkmale (Kamtsiuris u. a. 2007). Unterschiede zwischen Migranten und Nicht-Migranten treten besonders dort zutage, wo beide Elternteile einen Migrationshintergrund besitzen. Bei Impfungen bestehen Defizite vor allem bei der Masern-, Mumps- und Rötelnimpfung (vgl. Tab. 6.4).

[42] Prosoziales Verhalten gehört zu den psychischen Stärken und wird durch die Items „nett zu anderen Menschen sein“, „Bereitschaft zu teilen“, „hilfsbereit sein“, „nett zu Jüngeren sein“ und „Anderen oft freiwillig helfen“ erfasst.

[43] Die Mittagsmahlzeit in Form einer ausgewogenen warmen Mahlzeit hat im Vergleich zu anderen Mahlzeiten eine hohe ernährungsphysiologische Bedeutung. Das Nährstoffprofil der Mittagsmahlzeit kann, bei den üblichen deutschen Essgewohnheiten, nicht durch andere Mahlzeiten gleichwertig ersetzt werden.

[44] Atopische Erkrankungen sind Neurodermitis, Heuschnupfen oder Asthma.

Tabelle 6.4

Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Besuchen bei niedergelassenen Ärzten sowie von Impfungen bei Kindern im Alter von drei bis sechs Jahren

	Befunde
Inanspruchnahme der U8 (43. bis 48. Lebensmonat)	insgesamt: *89,0 %* *68,0 %* Kinder mit MH *92,0 %* Kinder ohne MH *81,5 %* niedriger ST *92,5 %* hoher ST *84,0 %* im Osten *89,8 %* im Westen
Inanspruchnahme der U9 (6. Lebensjahr)	insgesamt: *86,4 %* *67,9 %* Kinder mit MH *89,1 %* Kinder ohne MH *79,1 %* niedriger ST *89,6 %* hoher ST *81,8 %* im Osten *87,1 %* im Westen
Besuch des Kinder- und Jugendarztes/Hausarztes in den letzten 12 Monaten	Kinder- und Jugendarzt: *86,3 %* Allgemeinmediziner: *21,6 %*
Impfungen (Zweitimpfung für Masern, Mumps, Röteln)	Masern: *69,0 %*, Mumps: *68,8 %* Röteln: *67,7 %*

Quelle: Kamtsiuris u. a. 2007; Poethko-Müller u. a. 2007; MH: Migrationshintergrund; ST: sozialer Status

6.2.4 Umweltbelastungen

Kinder wachsen heute in einer Umwelt auf, die vielfach durch Schadstoffe in der Innen- und Außenluft, im Wasser oder in der Nahrung sowie durch Lärm belastet ist. Einige Schadstoffe sammeln sich im Körper an und bauen sich nur sehr langsam oder gar nicht ab. Es lassen sich jedoch längst nicht alle Schadstoffe im Blut und/oder Urin nachweisen, weswegen davon ausgegangen werden muss, dass die reale Schadstoffbelastung von Kindern über den derzeit zur Verfügung stehenden Befunden liegt (Umweltbundesamt 2007). Hinzu kommt, dass Kinder durch ihr geringes Körpergewicht relativ stärker durch Schadstoffe belastet sind als Erwachsene. Umweltbelastungen – so die Ergebnisse des Kinder-Umweltsurveys (ebd.) – scheinen jedoch nicht nur ein Problem sozial benachteiligter Kinder, sondern aller Kinder zu sein. Die nachfolgenden zentralen Ergebnisse aus dem *Kinder-Umwelt-Survey* (2003–2006) beschränken sich nicht auf die hier behandelte Altersgruppe der 3- bis 6-Jährigen, sondern gelten für Heranwachsende jeden Alters.

Nach wie vor geht eine starke gesundheitliche Belastung vom Passivrauchen in der elterlichen Wohnung aus, dem etwa die Hälfte aller Kinder ausgesetzt ist. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Wohnung beträgt dabei etwa 15 Stunden täglich. Eine hohe Belastung durch Benzol wirkt krebserregend, zudem führt Passivrauchen zu einer erhöhten Zahl an Mittelohrentzündungen und weiteren Infektionen. Kinder mit niedrigem Sozialstatus und Kinder mit Migrationshintergrund sind deutlich stärker belastet als Kinder mit hohem Sozialstatus und ohne Migrationshintergrund (Becker u. a. 2007).

Kinder mit niedrigem Sozialstatus sind zudem stärker durch Blei belastet, während Kinder mit hohem Sozialstatus stärker durch Organochlorverbindungen, Pflanzenschutzmittel (DDT) und Terpene (Stoffe, die z. B. aus Holz ausgasen) belastet sind (Umweltbundesamt 2007). Terpene wirken reizend auf Augen- und Schleimhäute und können Atemwegsbeschwerden auslösen. Haben die Kinder zusätzlich einen Migrationshintergrund, sind sie mehr als doppelt so stark wie der Durchschnitt der Kinder durch DDT belastet. Konkrete Ursachen für die erhöhten Werte liegen nicht vor, jedoch haben der Stillstatus und die Nahrung einen deutlichen Einfluss auf die Gehalte an Organochlorverbindungen im Blut. Gestillte Kinder weisen nachhaltig höhere Werte auf als Kinder, die nicht gestillt wurden. Daneben werden Organochlorverbindungen insbesondere durch den Verzehr fettreicher tierischer Lebensmittel aufgenommen. Bei Kindern, die mehr als ein halbes Glas Fruchtsaft pro Tag trinken, lässt sich ein deutlicher Anstieg der Stoffwechselprodukte aus Organosphosphaten/Pflanzenschutzmitteln nachweisen, die als Nervengifte wirken. Zudem sind 6 Prozent der Kinder auf Innenraumschimmelpilze sensibilisiert und ca. 6 Prozent fühlen sich nach Angaben ihrer Eltern durch Straßen- und Fluglärm gestört (Umweltbundesamt 2007).

6.3 Zusammenfassung

Achtsamkeit, Bewegen und Sprechen lenken den Blick auf die sensiblen Phasen, die ein Kind etwa zwischen dem dritten und sechsten Lebensjahr durchläuft. Diese Phasen bedürfen der Unterstützung durch ein Umfeld, das Entdeckungsfreude und die Rückversicherung durch Eltern und andere bedeutsame Erwachsene sowie die Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen ermöglicht und fördert, eingebettet in einen anhaltenden Dialog mit anderen Kindern und Erwachsenen über die sozialen und dinglichen Erfahrungen in ihrer Lebenswelt.

Die Befunde weisen darauf hin, dass diese günstigen Bedingungen für die große Mehrheit der Kinder gegeben sind. Einschränkungen entstehen jedoch dort, wo Eltern, zumeist aufgrund prekärer Lebenslagen, die Entwicklungsbedürfnisse ihrer Kinder nur begrenzt befriedigen können. Gleichzeitig müssen Eltern häufig auch durch ungünstige Wohn- und Umfeldverhältnisse bedingte Einschränkungen des gefahrlosen Spielens und des Kontaktes ihrer Kinder mit Gleichaltrigen ausgleichen.

Entwicklungsauffälligkeiten und -störungen in den Bereichen Sprache, Motorik und Verhalten kommen bei Jungen, sozial benachteiligten Kindern und Kindern mit Migrationshintergrund deutlich häufiger vor als bei Mädchen, Kindern aus Familien mit höherem Sozialstatus oder ohne Migrationshintergrund. Während Auffälligkeiten in Entwicklung und Verhalten zum Teil vorübergehen,

können manifeste Störungen in diesen Bereichen früher oder später zu einer Minderung des Selbstwertgefühls, der sozialen Anerkennung und der Integration führen, psychische Verarbeitungsprozesse beeinträchtigen oder später als Leistungsstörung in der Schule krankheitsrelevant werden.

Kinder mit Behinderungen sollten nicht getrennt von ihren nichtbehinderten Altersgenossen aufwachsen, damit sich ihre Erfahrungswelten nicht trennen und beiderseitig Teilhabe erfahren werden kann. Eine ihre Kompetenzen anerkennende Haltung von Fachkräften ebenso wie der Eltern ist besonders für Kinder mit Behinderung in dieser Altersphase von hoher Bedeutung, da die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und Gelingen ihre Chancen zum Kompetenzaufbau verbessert.

Für eine gesunde Entwicklung des Kindes spielt auch die richtige Ernährung eine wichtige Rolle. Fehlernährung sowie mangelnde Bewegung und auch psychische Faktoren können auf Dauer zu Übergewicht und Adipositas führen, die gehäuft bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien und Kindern mit Migrationshintergrund anzutreffen sind. Da Kinder „nicht mit dem Verstand essen", ist gesundes Essverhalten Kindern nur dann nahezubringen, wenn das Essen und die Essenssituation kindgemäß und ansprechend gestaltet werden.

Im Alter von drei bis unter sechs Jahren nehmen die allergischen Erkrankungen dramatisch zu. Impfdefizite bestehen besonders bei der Mumps-, Masern- und Röteln-Impfung. Vorsorgeuntersuchungen werden von sozial benachteiligten und Kindern aus Familien mit beidseitigem Migrationshintergrund seltener wahrgenommen.

6.4 Fazit

Kinder brauchen Eltern und andere Erwachsene (z. B. Erzieherinnen), die mit großer Achtsamkeit und ohne Diskriminierung nach sozialer Zuordnung, Religion, ethnischer Herkunft oder Behinderung die Bedürfnisse von Kindern nach emotionaler Zuwendung, Bewegung und Erforschung der Umwelt, genussreicher und gesunder Ernährung sowie Kommunikation und Austausch wahrnehmen. Auf dieser Grundlage und mit guten erwachsenen Vorbildern wird es Kindern möglich, achtsames Verhalten gegenüber sich selbst und anderen zu entwickeln und aktiv an der Ausgestaltung gesunder Lebensverhältnisse teilzunehmen (Partizipation).

Kinder in Kindertagesstätten und Tagespflege brauchen individuelle Förderung, die nicht auf Defizite, sondern auf ihre besonderen Bedürfnisse, Ressourcen und Kompetenzen abzielt. Um dieses Ziel zu erreichen, brauchen die Fachkräfte in Kindertagesstätten und Tagespflege wiederum ausreichende Möglichkeiten, durch regelmäßige Qualifikationen und Supervisionen nachhaltig eine hohe Qualität ihrer Arbeit zu gewährleisten. Um spezifische fachliche Unterstützung für Kinder mit Behinderungen in Integrationskindergärten leisten zu können, müssen die Fachkräfte besondere Qualifikationen erwerben und mit medizinisch-therapeutischen und pädagogisch-sozialpsychologischen Diensten Hand in Hand arbeiten können.

Eltern brauchen niedrigschwellige Unterstützungs- und Beratungsangebote sowie Lebensverhältnisse, die sie dabei unterstützen, ihre Kinder bezüglich Bewegung, Sprache und sozialer Kompetenzen ausreichend zu fördern und ihnen gesunde und genussreiche Ernährungsweisen nahe zu bringen.

Kinder brauchen andere Kinder, um in der Auseinandersetzung mit anderen unterschiedliche Interessens- und Gefühlslagen kennen zu lernen und den achtsamen Umgang mit ihnen zu erlernen. Und sie brauchen andere Kinder, um ihre Fähigkeiten spielerisch miteinander zu vergleichen und sich gegenseitig Anlässe für Bewegung und Kommunikation zu geben.

Alle Kinder brauchen Orte (in der Kinderbetreuung und im familiären Umfeld), in denen sie ihre Explorationsbedürfnisse mit allen Sinnen und ohne Gefahren ausleben können und so auf vielfältige Weise Erfahrungen über ihren Körper und seine Grenzen sammeln können. Kinder brauchen Orte, die weitgehend frei von gesundheitsschädlichen Schadstoffen sind.

7 Kinder von sechs bis unter zwölf Jahren

7.1 Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen: Sich bewähren, Beziehungen eingehen, sich die Welt aneignen

Entwicklung vollzieht sich in Beziehungen; das gilt nicht nur für das frühe Kindesalter, sondern insbesondere auch für das Grundschulalter. Neben den Eltern als primären Bezugspersonen treten in der Entwicklungsphase von 6 bis unter 12 Jahren für behinderte und nichtbehinderte Kinder noch weitere Sozialisationsinstanzen hinzu: die Schule und die Gleichaltrigengruppe. Mit dem Eintritt in die Schule ergeben sich neue Herausforderungen: Jungen und Mädchen erfahren fortan definierte Leistungserwartungen von Schule und Elternhaus. Inwiefern sich ein Kind diesen Anforderungen gewachsen fühlt, hängt wesentlich davon ab, wie Erfolge oder Misserfolge in der Schule erlebt bzw. bewältigt werden können. Zudem ist es im Kontext Schule für das Kind möglich, sich mit anderen sozial zu vergleichen und damit Fragen und Antworten hinsichtlich der eigenen Identität, des Geschlechts und auch des Verhältnisses zum anderen Geschlecht zu generieren (Mietzel 2002; Permien/Frank 1995). Die gestiegene Selbstständigkeit und Mobilität von Kindern und die sich daraus ergebenden Freiheiten ermöglichen es auch, sich die eigene Lebenswelt jenseits von Familie und Schule anzueignen und diese zu gestalten. Im öffentlichen Raum (auf Straßen und Spielplätzen etc.), in Vereinen und Verbänden (Sport, Musik, etc.) und Jugendeinrichtungen können Kinder mit anderen Kindern in Kontakt treten, ihre Fähigkeiten erproben, Handlungsspielräume erweitern und sich aneinander messen. Teilzuhaben an diesen Kontexten bedeutet aber auch, dass Heranwachsenden bzw. ihren Eltern die hierzu notwendigen Ressourcen (z. B. Zeit, Geld oder Gesundheit) zur Verfügung stehen müssen (Fegert 2003).

Durch erweiterte Erfahrungen im sozialen Raum wird es möglich, Beziehungen zu anderen einzugehen, die durch Gleichrangigkeit geprägt sind. Aus dieser Vielzahl von Beziehungsoptionen für Mädchen und Jungen, seien diese formeller Natur (z. B. im Schulkontext) oder auf informeller Ebene (z. B. in der Freizeit), ergibt sich eine Vielzahl von Herausforderungen. Die Bewältigung dieser Aufgaben, Erfahrungen und Anforderungen, verbunden mit den gegenüber früheren Altersstufen differenzierteren kognitiven Fähigkeiten in dieser Entwicklungsphase, ermöglicht es Mädchen und Jungen in unterschiedlichem Maße, eine erste eigene Verortung zu finden, d. h. sich gegenüber den Ansprüchen der sozialen Umwelt zu bewähren. Ein derart breites Spektrum an Aufgaben fordert vom Kind als Akteur seiner Entwicklung ein hohes Maß an Kompetenz. Im Zusammenspiel der gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen

- Aneignen und Gestalten
- Sich bewähren und
- Beziehungen eingehen

ergeben sich für 6- bis unter 12-jährige Kinder wesentliche Grundlagen für die Ausdifferenzierung von (sozialen) Kompetenzen, des eigenen Selbstbildes und des Verständnisses für die eigene Person.

Aufgrund ihrer eigenen Kompetenzen und der Ressourcen ihrer sozialen Umwelt gelingt es einem Großteil der 6- bis unter 12-Jährigen, sich die soziale Umwelt anzueignen, sie aktiv zu gestalten und sich dementsprechend gesund zu entwickeln. Je nach Ausmaß der erfolgreichen Bewältigung der für Mädchen und Jungen teilweise unterschiedlichen Aufgaben, Erfahrungen und Anforderungen machen die Kinder, bezogen u. a. auf ihre schulischen Fähigkeiten, Selbstkonzept, Körperlichkeit, Kontakt mit Gleichaltrigen und mit dem anderen Geschlecht unterschiedliche Erfahrungen in Bezug auf ihre Selbstwirksamkeit und ihre persönlichen Stärken und Schwächen. Daraus und aus der Verarbeitung dieser Erfahrungen und aus dem Vergleich mit Peers entwickeln die Mädchen und Jungen zunehmend ihre Selbsteinschätzung, ihre eigene Identität und ihr Verhältnis zum anderen Geschlecht und setzen sich mit den Geschlechtsrollen auseinander (Mietzel 2002; Permien/Frank 1995).

Bei Kindern mit Behinderungen treten häufig Schwierigkeiten bei der Entwicklung eines geschlechterspezifischen Selbstkonzepts auf, wenn in der Umweltwahrnehmung die Behinderung die Identität als Mädchen oder Junge dominiert und überlagert. Bei Eltern von Mädchen findet sich des Öfteren Überbehütung, aber auch ein Rollenverständnis, das nicht dem Prinzip der Gleichwertigkeit der Geschlechter entspricht (Schmetz 2001).

Mädchen und Jungen messen sich in Bezug auf das eigene Selbstkonzept, ihr Selbstbewusstsein und ihren Selbstwert an dem, was in ihrem sozialen Bezugsrahmen (Schule, Eltern, Gleichaltrige) als konsensfähig erachtet wird (Berk 2005). Hier erfahren behinderte Kinder und Jugendliche ihre Verschiedenheit nicht selten leidvoll als Minderwertigkeit (Walter 1996). Das Selbstwertgefühl bzw. Selbstkonzept resultiert also aus dem (ständigen) Abgleich von Ist- und Sollvorstellungen der eigenen Person (Erikson 1968) und kann über die Zeit variieren. Ein im Kindes- und Jugendalter, aufgebautes positives Selbstwertgefühl wirkt im Sinne eines Schutzfaktors und hat deshalb für die weiteren Lebensphasen, speziell auch für die Umbruchphase des Jugendalter, eine hohe Bedeutung. So verfügen Heranwachsende mit einem positiven Selbstwertgefühl bis ins Erwachsenenalter hinein über eine bessere psychische Gesundheit und sind eher in der Lage, Krisen zu meistern und sich von belasteten Lebensumständen (z. B. Behinderung, Aufwachsen mit einer psychisch kranken Mutter) zu distanzieren (Bovier u. a. 2004; Werner/Smith 2001).

Eine weitere Quelle des Selbstwerterlebens von Mädchen und Jungen sind neben der Messung an soziokulturellen Maßstäben ihre sozialen Erfahrungen, die sie im unmittelbaren Kontakt mit ihren Hauptbezugspersonen (in der Regel sind dies die eigenen Eltern), aber auch durch ihre schrittweise Verselbstständigung machen. So stehen beispielsweise bei chronisch kranken und behinderten Mädchen und Jungen der Bewältigung dieser Entwicklungsaufgaben vielfach krankheitsbedingte Hindernisse entgegen: Während Gleichaltrige ihren Aktionsradius kontinuierlich erweitern und selbstständiger werden, bleiben chronisch kranke und behinderte Heranwachsende oft in hohem Maße auf ihre Familie angewiesen. Auch Kinder mit psychosozialen Entwicklungsrisiken (z. B. Aufwachsen in familiärer Armut oder mit migrationsbedingten Problemen) reagieren auf die Entwicklungsanforderungen dieser Altersphase mit unterschiedlichen, manchmal problematischen Bewältigungsformen, die zum einen auf den Erfahrungen der Kinder in vorangegangenen Entwicklungsphasen beruhen, zum anderen auf den Bedingungen in ihrer gegenwärtigen Umwelt. So können Kinder ohne ausreichende Ressourcen auf die wachsenden Anforderungen von unterschiedlichen Seiten (Familie, Schule, Gleichaltrige) beispielsweise mit einer gesteigerten Infektanfälligkeit, psychosomatischen Beschwerden (z. B. Schlafstörungen), einem unangemessenen Ernährungs-/Bewegungs- und Mediennutzungsverhalten (das die Entwicklung von Adipositas begünstigt), gesteigerter Aggressivität, vermehrten Ängsten (z. B. Schulangst), Leistungsproblemen und Störverhalten in der Schule reagieren. Diese psychosoziale Beeinträchtigungen und lebensstilbedingten Erkrankungen können sich im Lebensverlauf wieder reduzieren, sich aber auch zu dauerhaften Problemen entwickeln. So lässt sich am Beispiel von Adipositas aufzeigen, wie ab dem 6. Lebensjahr ein deutlicher Anstieg der Prävalenz zu beobachten ist. Dieser Trend setzt sich bis ins Jugendalter fort (vgl. Abb. 8.7). Anhand dieses Beispiels wird deutlich, wie wichtig frühzeitige Prävention ist, damit Entwicklungsrisiken im Lebensverlauf von Kindern und Jugendlichen nicht kumulieren. Dabei ist allerdings zu beachten: Ebenso vielfältig wie die kindlichen Reaktionen auf veränderte bzw. ungünstige Umweltbedingungen sind die Ursachen hierfür. Hier kommt Aspekten des familiären Zusammenlebens eine besondere Bedeutung zu. Vor allem der familiäre Zusammenhalt (als Maß emotionaler Bindung zwischen Familienmitgliedern), sowie die Loyalität der Familienmit-

glieder untereinander stellen wichtige Schutzfaktoren für die kindliche Entwicklung dar, da sie wesentlich zu einer sicheren Bindungsbeziehung zwischen Eltern und Kind beitragen. Weiter tragen Zusammenhalt, Anpassungsfähigkeit und Flexibilität in den familiären Strukturen, Rollen und Regeln dazu bei, dass die familiäre Funktionsfähigkeit auch bei Belastungen erhalten bleibt (Schnabel 2001). Voraussetzung hierfür ist ein guter körperlicher und psychischer Gesundheitszustand der Eltern, welcher die optimale Nutzung von familiären Ressourcen sicherstellt (Bettge 2004). Eltern stellen in diesem Sinne für ihre Kinder bedeutende Lernmodelle für ein positive Bewältigung von schwierigen Lebenssituationen und für die Entwicklung einer realistischen Sichtweise der eigenen Person und der sozialen Umwelt dar (Schnabel 2001; Werner/Smith 2001).

Auch die Bewältigung des Entwicklungsübergangs von Bildung, Erziehung und Betreuung in Familie und Kindertageseinrichtung hin zur Schule, die im Primärbereich in zunehmendem Maß als Ganztags(grund)schulen organisiert sind (Kultusministerkonferenz, KMK 2008), ist wesentlich für das Wohlbefinden von Mädchen und Jungen dieser Altersphase. Die erfolgreiche Bewältigung dieser neuen Anforderungen oder sich daraus ergebender Probleme (z. B. Streitigkeiten in der Familie, Schulschwierigkeiten, Probleme mit Freunden etc.) weisen eine enge Verknüpfung mit dem körperlichen und psychischen Wohlbefinden auf. So machen eine verstärkte Konfrontation mit Stressoren im Schulkontext und unter Umständen divergente Rollenerwartungen unterschiedlicher Sozialisationsinstanzen (z. B. Eltern oder Gleichaltrige) bereits das Grundschulalter zu einer sensiblen Entwicklungsphase. Zusätzliche belastende Erfahrungen (z. B. Scheidung der Eltern, Mobbing etc.) ergeben in dieser Phase ein gesteigertes Risiko für die Entwicklung von gesundheitlichen Auffälligkeiten, die auch für nachfolgende Entwicklungsphasen relevant sind (Bilz 2008).

Fehlen Kindern notwendige Ressourcen zur Bewältigung der neu an sie gestellten Anforderungen (z. B. durch Armut eingeschränkte Sozialisationserfahrungen im Elternhaus, unbefriedigende Qualität von Schule und Kindertagesbetreuung etc.), begünstigt dies die Entwicklung von gesundheitlichen Auffälligkeiten (Jané-Lopis/Braddick 2008). Ressourcen, die solchen Risiken entgegenwirken können, sind sprachliche Ausdrucksmöglichkeiten und schulische Kompetenz. Der Schutzfaktoreneffekt dieser Kompetenzen nimmt mit steigendem Alter zu und ist im Jugendalter größer als in der Kleinkindphase. Kinder und Jugendliche mit diesen Ressourcen schätzen kritische Lebensereignisse angemessener ein und wenden Bewältigungsstrategien im Alltag sowie in spezifischen Notlagen flexibel an (Werner 2007).

Das System Schule fördert durch seine Bewertungsmaßstäbe (z. B. Notenvergabe) soziale und leistungsbezogene Vergleiche zwischen Kindern und regt einen Wettbewerb um die besten Leistungen (und das damit verbundene soziale Prestige) an. Insbesondere Kinder mit Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (Lese-Rechtschreibstörung, Rechenschwäche) haben in diesem Wettbewerb aufgrund ihrer Erkrankung eine schlechte Ausgangsposition, denn aus Heranwachsenden, die bis zum Schuleintritt „einfach Kinder“ sein durften, können jetzt für und durch ihr soziales Umfeld zu „Problem-Kindern“ werden. Zudem können die Leistungsanforderungen, die von Schule (und Elternhaus) an Kinder gestellt werden, oftmals nur durch verstärkten Einsatz der Eltern (am Wochenende oder nach der Arbeit) oder durch spezielle außerschulische Lernförderung (Nachhilfe) kompensiert werden. Schule wird damit auch nach Hause verlagert, und die gemeinsame (Frei-)Zeit von Eltern und Kind wird kostbar und knapp. Hier hat allerdings ein positives Interesse der Eltern an ihren Kindern auch positiven Einfluss auf deren schulische Bildungserfolge. Beteiligen sich Eltern zudem aktiv am schulischen Geschehen, wird den Kindern eine wertschätzende Haltung gegenüber der Schule vermittelt, was wiederum regelmäßigen Schulbesuch, Verbesserung der Arbeitshaltung in der Hausaufgabensituation und eine Steigerung der Schulleistungen fördert, aber kaum Verhaltensprobleme reduziert (Christenson/Sheridan 2001).

Auch können sich spezielle Talente und Interesse an Hobbies bei Kindern und Jugendlichen mit bestehender Risikobelastung risikomildernd auswirken, da die dadurch erfahrene soziale Anerkennung förderlich für die Entwicklung von Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit ist (Werner/Smith 2001). Wichtig dafür ist aber, dass für vieles, was ein Kinderleben ausmacht (z. B. Sporttreiben, Hobbies nachgehen, sich mit Freunden treffen etc.) genügend Zeit bleiben muss, sodass Konflikte zwischen Eltern, Kindern und den Anforderungen der Schule vermieden werden können.

Heranwachsende erfahren, dass Erfolg im System Schule nicht (allein) durch persönliche Eigenschaften und soziale Kompetenzen, die sie z. B. bei ihren Mitschülern beliebt machen, sondern durch das Erreichen von vorgegebenen Normen (z. B. ein bestimmter Notendurchschnitt, um die nächste Klassenstufe zu erreichen) bestimmt ist. Im Umkehrschluss ist ein Nicht-Erreichen von vorgegebenen Normen mit Sanktionen seitens des Systems (z. B. Klassenwiederholung oder Sonderbeschulung) verbunden, die negative Auswirkungen auf die soziale Einbettung haben können. Zu fragen ist an dieser Stelle, inwiefern und warum es dem System Schule (nicht) gelingt, die „Individualität des Kindes als erzieherische Herausforderung“ (Largo 2001) in ihren Bewertungsmaßstäben zu verankern, und damit eine institutionenbedingte Aussonderung mit entsprechenden Nachteilen des Kindes zu vermeiden. Dahinter verbirgt sich für das System Schule die Frage, ob die von ihm gestellten Anforderungen, seine Lernmethoden und Beziehungsangebote von einem (kaum real existenten) „Idealschulkind“ ausgehen. Die Erfahrung, dass Leistungen wesentlich für das Erlangen von positiv bewerteten gesellschaftlichen Positionen sind, nimmt hier ihren Ausgangspunkt und setzt sich in den nachfolgenden Lebensabschnitten fort (z. B. bei der Berufsfindung im Jugendalter). Sie führt in ihrer ungünstigsten Ausprägung zur Minimierung von Lernfreude und Leistungsmotivation. Kinder erfahren damit auch, dass sie trotz eines größeren Selbst-Bewusstseins nicht uneingeschränkt in der Lage sind, ihre Umwelt so zu gestalten, dass sie sich in dieser Welt bestätigt und

wohlfühlen (Baacke 2001). Dies ist auch insofern von Bedeutung, als Mädchen und Jungen Informationen über den Wert der eigenen Person, die sie den Rückmeldungen ihrer Eltern und den Leistungen im schulischen Bereich entnehmen, auch auf soziale Kontakte zu Gleichaltrigen übertragen. Besondere Selbstwert- und Beziehungsprobleme haben nicht selten Kinder, die wegen geistiger, körperlicher oder (drohender) seelischer Behinderung oder wegen starker Verhaltensstörungen Sonder- oder Förderschulen besuchen.

Das System Schule mit seinen vielfältigen Anforderungen an die Heranwachsenden birgt aber nicht nur Risiken, sondern kann und sollte sich insbesondere auf solche Kinder entwicklungsförderlich auswirken, die in ihrem sozialen Nahraum psychosozialen Risiken (z. B. Armut der Familie) ausgesetzt sind. In Zeiten instabil gewordener Familienstrukturen (z. B. Zunahme an Scheidungen) können auch Lehrerinnen und Lehrer zu Bezugspersonen für Kinder mit einem schwierigen familiären Hintergrund werden. Damit kann Schule ein Gegengewicht für psychosozial belastete Mädchen und Jungen bilden (Opp 2007; Werner/Smith 2001). Dem Vorhandensein von erwachsenen Bezugspersonen außerhalb der Familie wird eine Schutzfaktoren-Funktion dadurch beigemessen, dass sie das Selbstwertgefühl der Heranwachsenden steigern, ihrem Leben Sinn geben und positive Rollenmodelle anbieten (Heller u. a. 1999). Die Qualität der in diesen sozialen Beziehungen wahrgenommen Unterstützung ist entscheidender als deren Quantität (Schnabel 2001). Vor allem die Ausdifferenzierung von sozialen Kompetenzen ist im Grundschulalter (und den danach folgenden Entwicklungsphasen) essenziell für die Gewinnung und den Erhalt sozialer Anerkennung durch andere. Aber nicht nur auf der informellen Ebene sind soziale Kompetenzen von Bedeutung; vielmehr kommt ihnen auch später mit dem Eintritt in die Berufsausbildung im jungen Erwachsenenalter eine zentrale Rolle für eine erfolgreiche Partizipation am gesellschaftlichen Leben zu.

Nach wie vor entscheidend für das Wohlbefinden von Mädchen und Jungen sind die Qualität der Interaktion zwischen Eltern und Kind sowie die Rahmenbedingungen des familiären Zusammenlebens (z. B. Sicherstellung ausreichender finanzieller Ressourcen). Für die Entwicklung der Voraussetzungen, Mitmenschen auch langfristig als Freunde gewinnen zu können, sind die Grundschuljahre besonders wichtig. Positive Beziehungen zu Gleichaltrigen besitzen für die positive Entwicklung eines Kindes einen hohen Vorhersagewert; sie können sogar die negativen Auswirkungen eines dysfunktionalen familiären Umfeldes ausgleichen helfen (Werner/Smith 2001). Inwiefern sich ein Kind zugänglich und kooperativ im Kontakt mit Gleichaltrigen erweist, wird wesentlich durch individuelle Merkmale (z. B. Temperament) und soziale Vorerfahrungen mitbestimmt (Gadow 2007). Durch freundschaftliche Beziehungen zu Gleichaltrigen, die ihnen im Hinblick auf zentrale Merkmale gleichen, versuchen Mädchen und Jungen zudem ihr Selbstbild zu festigen, aber es werden z. T. auch erste (sexuelle) Annäherungen an das andere Geschlecht erprobt (oder sich bewusst distanziert), die u. a. bedingt sind durch eine Vorverlagerung der sexuellen Reifeentwicklung (Kahl u. a. 2007a) in diese Altersstufe. In freundschaftlichen Beziehungen können Kinder soziale Kompetenzen ausdifferenzieren, Entwicklungsaufgaben meistern (z. B. sich mit der eigenen und der fremden Geschlechtsrolle auseinandersetzen) und individuelle Bedürfnisse befriedigen (z. B. nach Anerkennung und Wertschätzung der eigenen Person). Freundschaften stellen damit für Kinder eine entscheidende Entwicklungsressource dar, die zwar gelungene Sozialbeziehungen zu Erwachsenen (vor allem die eigenen Eltern) nicht ersetzen, aber unter Umständen deren Mangel in einem erheblichen Ausmaß kompensieren helfen können (Criss u. a. 2002; Vitaro u. a. 2001). Soziale Unterstützung durch positive Gleichaltrigenbeziehungen besitzt für die weitere Entwicklung und die soziale Kompetenz von Heranwachsenden einen hohen Vorhersagewert. Die Bedeutung von positiven Sozialbeziehungen zu Gleichaltrigen als Schutzfaktor liegt darin, dass sie Nähe und Akzeptanz bieten, welche die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls maßgeblich beeinflussen (Ezzell u. a. 2000). Insofern stellen positive Freundschaftsbeziehungen im sozialen Nahraum entwicklungsförderliche Ressourcen dar, in welchen Kinder jenseits der Instanzen Schule und Elternhaus wichtige Sozialisationserfahrungen machen (z. B. Vertrauen in andere entwickeln).

7.2 Gesundheit, Krankheit und Behinderung

7.2.1 Kinder mit speziellen Versorgungsbedarfen

Geht es bei den in den vorausgegangenen Kapiteln (und den vergleichbaren Kapiteln in den anderen Altersstufen) vorgestellten Daten wesentlich um die Erfassung von Auffälligkeiten, Störungen oder gar Krankheiten, so sind die im Folgenden präsentierten Daten durch eine andere Herangehensweise des KiGGS gewonnen worden: Gesundheit, Krankheit und Behinderung wurden „(…) über den Bedarf oder die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems sowie [über] funktionelle Beeinträchtigungen (…)“ (Scheidt-Nave u. a. 2007, S. 750), den sogenannten „speziellen Versorgungsbedarf“, ermittelt.[45] Die Gruppe der Kinder (und Jugendlichen) mit einem speziellen Versorgungsbedarf umfasst Mädchen und Jungen mit „(…) dauerhaften oder absehbar längerfristig bestehenden körperlichen gesundheitlichen Einschränkungen, Verhaltens- oder Entwicklungsstörungen“ (Scheidt-Nave u. a. 2007, S. 751).[46] Es handelt sich also

[45] Ein Wechsel der Argumentationsperspektive lässt sich u. a. damit begründen, dass Selbstangaben der Eltern zu Krankheitsdiagnosen eingeschränkt valide sind (für eine genauere Argumentation hierzu siehe Scheidt-Nave u. a. 2007).

[46] Definiert wurde ein spezieller Versorgungsbedarf in den nachfolgenden Analysen dadurch, dass von den folgenden fünf Bereichen mindestens einer zutrifft: Medikamenteneinnahme (außer Vitamine); medizinische Versorgung bzw. psychosozial/pädagogische Unterstützung; Einschränkungen im Tun von Dingen, die die meisten Gleichaltrigen können; Erhalt einer speziellen Therapie (z. B. Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie); sowie emotionale, Entwicklungs- oder Verhaltensstörungen, für die Behandlung/Beratung in Anspruch genommen wird (Scheidt-Nave u. a. 2007).

um Mädchen und Jungen mit einer chronischen Erkrankung, (angeborenen) Fehlbildungen oder Stoffwechseldefekten oder mit Verhaltensstörungen, die deshalb behindert oder zumindest von Behinderung bedroht sein können. Diesen Gruppen von Heranwachsenden mit unterschiedlichen und verschieden verursachten Beeinträchtigungen, die aber mit ähnlichen Auswirkungen für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld verbunden sind, widmen sich die nachfolgenden Ausführungen.

Nach den Erhebungen des KiGGS haben ca. 14 Prozent der Heranwachsenden einen speziellen Versorgungsbedarf. Mit steigendem Alter ist insgesamt ein kontinuierlich zunehmender Versorgungsbedarf zu erkennen. Es lassen sich aber auch deutliche Geschlechtsunterschiede feststellen: So weisen Jungen bis zum 14. Lebensjahr einen höheren Versorgungsbedarf als Mädchen auf, der aber ab der Altersstufe 11 bis 13 Jahre rückläufig ist, während er bei Mädchen mit wachsendem Alter kontinuierlich ansteigt. Heranwachsende mit Migrationshintergrund haben eine deutlich geringere Prävalenz an speziellen Versorgungsbedarfen, die möglicherweise auch mit der Wahrnehmung von Problemen durch die Befragten und deren Zugang zu entsprechenden Therapien zusammenhängen könnte. Die geringen Geschlechtsunterschiede bei Heranwachsenden mit Migrationshintergrund fallen – anders als bei Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund – zuungunsten der Mädchen aus. Für Heranwachsende aus Ostdeutschland zeigt sich gegenüber den westdeutschen Heranwachsenden insgesamt ein erhöhter Versorgungsbedarf insbesondere für Mädchen (Scheidt-Nave u. a. 2007).

Heranwachsende mit einem speziellen Versorgungsbedarf weisen nicht nur bezüglich der Geschlechtsdimension bedeutsame Unterschiede auf, sondern vor allem im Hinblick auf Kinder und Jugendliche ohne speziellen Versorgungsbedarf. Im Unterschied zu letzteren wachsen Kinder und Jugendliche mit einem speziellen Versorgungsbedarf häufiger in Ein-Elternteil-Familien als in vollständigen Familien auf, wobei sich allerdings keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Gruppen im Hinblick auf das Vorliegen von familiären Ressourcen zeigen. Die Häufigkeit von Arztbesuchen (außer Zahnarzt- und Psychologenbesuche) ist für Heranwachsende mit speziellem Versorgungsbedarf signifikant erhöht. Dieser Unterschied ist bei Jugendlichen (11 bis 17 Jahre) noch stärker ausgeprägt als bei unter 10-jährigen Kindern.

Tabelle 7.1

Prävalenz von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf (Angaben in Prozent)

	Jungen	**Mädchen**	**Gesamt**
Alter			
0 bis 2 Jahre	*5,7*	*4,1*	*5,0*
3 bis 6 Jahre	*14,4*	*7,9*	*11,2*
7 bis 10 Jahre	*21,7*	*11,4*	*16,7*
11 bis 13 Jahre	*19,5*	*13,7*	*16,6*
14 bis17 Jahre	*15,5*	*16,0*	*15,8*
Gesamt	*16,0*	*11,4*	*13,7*
Migrationshintergrund			
mit MH	*8,0*	*9,4*	*8,7*
ohne MH	*17,1*	*11,6*	*14,4*
Wohnregion			
Ostdeutschland	*16,3*	*13,7*	*15,1*
Westdeutschland	*15,9*	*10,9*	*13,4*
sozialer Status			
niedriger ST	*15,5*	*11,0*	*13,3*
mittlerer ST	*16,7*	*11,5*	*14,1*
hoher ST	*15,4*	*11,5*	*13,5*

Quelle: Scheidt-Nave u. a. 2007; MH: Migrationshintergrund; ST: sozialer Status

Heranwachsende mit einem speziellen Versorgungsbedarf werden weitaus häufiger als Heranwachsende ohne Versorgungsbedarf von ihren Eltern als psychisch auffällig bewertet (RKI 2008a). Dies könnte zum einen daran liegen, dass die Gruppe der Heranwachsenden mit einem speziellen Versorgungsbedarf sich auch aus Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten zusammensetzt; zum anderen könnte es aber auch daran liegen, dass Heranwachsende mit einem speziellen Versorgungsbedarf stressreichen Belastungen ausgesetzt sind (z. B. schmerzhafte medizinische Behandlungen), welche die Anfälligkeit der Kinder und Jugendlichen für Verhaltensauffälligkeiten erhöhen.

Nur für die Gruppe der 3- bis 10-jährigen Kinder mit speziellem Versorgungsbedarf wurde eine signifikant häufigere Betreuung außer Haus ermittelt. Keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne speziellen Versorgungsbedarf zeigen sich hinsichtlich der Variablen Sozialstatus, besuchte Schulform sowie sportliche Betätigung bzw. körperliche Inaktivität (RKI 2008a).

Aus der Vielzahl an Beeinträchtigungen, die einen speziellen Versorgungsbedarf ergeben können, werden in den nachfolgenden Kapiteln die Bereiche chronisch-somatische Erkrankungen und Behinderungen ausgewählt und mit ihren Auswirkungen auf den sozialen Nahraum näher dargestellt.

7.2.2 Chronisch-somatische Erkrankungen

Chronisch-somatische Krankheiten[47] zeichnen sich durch Nichtheilbarkeit oder ihren langwierigen, nicht vorhersehbaren Verlauf aus und bringen in der Regel tief greifende Veränderungen des Lebens der Betroffenen mit sich (Hölling u. a. 2008). Nahezu alle Organsysteme können von einer chronischen Erkrankung betroffen sein. Der Schwerpunkt von chronischen Erkrankungen liegt nach Angaben des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) bei atopischen Erkrankungen (24,4 Prozent) und obstruktiver Bronchitis (14,6 Prozent).

Von den in Tabelle 7.2 dargestellten chronisch-somatischen Erkrankungen sind mehr Jungen als Mädchen sowie mehr Kinder ohne Migrationshintergrund als Kinder mit Migrationshintergrund betroffen. Keine nennenswerten Unterschiede gibt es in der Auftretenshäufigkeit zwischen Ost- und Westdeutschland und im Sozialstatus nur bezogen auf atopische Erkrankungen.

Tabelle 7.2

Lebenszeitprävalenz[48] atopischer Erkrankungen und obstruktiver Bronchitis bei 7- bis 10-Jährigen

	Befunde
Atopische Erkrankungen[49]	gesamt: *24,4 %* Mädchen: *22,7 %* Jungen: *26,0 %* Ost: *23,5 %*[50] West: *22,7 %* ohne MH: *23,9 %* mit MH: *17,7 %* niedriger ST: *20,6 %* hoher ST: *26,3 %*
Obstruktive Bronchitis	gesamt: *14,6 %* Mädchen: *12,0 %* Jungen: *17,1 %* Ost: *10,2 %* West: *14,0 %* ohne MH: *13,6 %* mit MH: *12,0 %* niedriger ST: *13,0 %* hoher ST: *13,9 %*

Quelle: Kamtsiuris u. a. 2007; Schlaud u. a. 2007 MH: Migrationshintergrund; ST: sozialer Status

Die Lebenszeitprävalenzen einzelner chronischer Erkrankungen nehmen im Altersverlauf unterschiedlich stark zu. Ein Teil der Erkrankungen wird verstärkt schon in den ersten Lebensjahren diagnostiziert, sodass die Lebenszeitprävalenz im Grundschul- und Jugendalter nur leicht zunimmt (z. B. obstruktive Bronchitis). Bei anderen chronischen Erkrankungen (z. B. Heuschnupfen, Asthma oder Migräne) ist im Altersverlauf teilweise eine starke Zunahme der Prävalenz zu beobachten (Kamtsiuris u. a. 2007).

7.2.3 Mädchen und Jungen mit Behinderungen

Weil es keine Meldepflicht für Behinderungen gibt, lässt sich die tatsächliche Zahl der Kinder und Jugendlichen mit Behinderung nur schätzen. Nach der amtlichen Statistik, die allerdings nur Kinder und Jugendliche erfasst, für die ein Ausweis nach dem Schwerbehindertengesetz (SchwbG) ausgestellt wurde, sind 1,1 Prozent der unter 18-Jährigen und 1,3 Prozent der unter 25-Jährigen schwerbehindert (Grad der Behinderung über 50 Prozent; vgl. Tab. 7.3).

Die Zahlen der amtlichen Schwerbehindertenstatistik liegen mit großer Sicherheit weit unter der realen Anzahl der behinderten Heranwachsenden. Gründe hierfür liegen beispielsweise in Informations- und Beratungsdefiziten, Schwellenängsten/Schwierigkeiten der Eltern mit formalen Anträgen, Unkenntnis oder fehlender Wahrnehmung

[47] In Analogie zum internationalen Sprachgebrauch werden auch in Deutschland verschiedene Begrifflichkeiten verwendet, um (körperlich) chronisches Kranksein und die damit verbundenen psychosozialen Folgen (z. B. erhöhter Versorgungsbedarf, Einschränkungen der Lebensqualität) zu beschreiben (z. B. chronische Gesundheitsstörung, chronisches Gesundheitsproblem, chronischer Gesundheitszustand; Kurth/Koch 2008; Schmidt/Thyen 2008). Die Kommission teilt dieses umfassende Verständnis von (körperlich) chronischem Kranksein, verwendet aber im Bericht aus Gründen der Lesbarkeit den Begriff „chronische Krankheit bzw. Erkrankung".

[48] Lebenszeitprävalenz: Anzahl aller Fälle einer bestimmten Krankheit/Auffälligkeit in einer Population (z. B. Altersgruppe) zum gegebenen Untersuchungszeitpunkt, die im Verlauf ihres Lebens eine bestimmten Krankheit/Auffälligk eit zeigen

[49] Vorliegen wenigstens einer der atopischen Erkrankungen Asthma, Heuschnupfen oder atopisches Ekzem (Neurodermitis) (Schlaud u. a. 2007)

[50] Angaben bezogen auf die Gruppe der Erkrankten im Alter von 0 bis 17 Jahren

Tabelle 7.3

Schwerbehinderte junge Menschen mit Behindertenausweis am 31. Dezember 2005 nach Altersgruppen in Deutschland

	Insgesamt	Davon im Alter von … bis unter … Jahren									
		Unter 4		4 bis 6		6 bis 15		15 bis 18		18 bis 25	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Deutschland	273.277	14.478	*0,5*	14.611	*1,0*	91.124	*1,2*	41.342	*1,4*	111.722	*1,6*

Quelle: Statisches Bundesamt (2007b); Prozent-Anteil an der altersgleichen Bevölkerung, eigene Berechnungen

der Behinderung sowie einer größeren Toleranz bezüglich Entwicklungsabweichungen bei Kindern im Vorschulalter. Die Statistik macht aber auch deutlich, dass die Inanspruchnahme jeweils an den zentralen Stellen des Übergangs zu Beginn des Schulalters und mit Beginn des Ausbildungsalters (ab 18 Jahren) zunimmt. Kinder und Jugendliche, die einen Schwerbehindertenausweis besitzen, weisen häufig medizinisch klar diagnostizierbare, vielfältige und augenscheinliche körperliche, geistige und/oder Sinnesbeeinträchtigungen sowie meist einen hohen Unterstützungsbedarf auf. Da längst nicht alle Heranwachsenden, auf die diese Merkmale zutreffen, auch tatsächlich einen Schwerbehindertenausweis besitzen (Beck 2002), soll ergänzend zur Schwerbehindertenstatistik die Schulstatistik herangezogen werden, um zumindest für die Altersgruppe der 6- bis unter 15-Jährigen Angaben über das Ausmaß des sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfes (und damit assoziiert auch der Verbreitung von Behinderungen) zu machen (vgl. Tab. 7.4).

Doch auch die Definition dieses Bedarfs ist nicht unabhängig von ihrem gesellschaftlichen Hintergrund möglich. So gelang es mit der wachsenden Ausdifferenzierung schulischer Angebote und Maßnahmen zwar, auch Kindern mit Behinderung die Teilhabe an Bildung zu ermöglichen, allerdings weitgehend um den Preis der Förderbeschulung, über die es jedoch seit langem eine kontroverse Debatte gibt: Betonen auf der einen Seite die seit den 1960er Jahren als eigenständige Schulform anerkannten Sonder- oder seit neuerer Zeit Förderschulen die Notwendigkeit einer umfassend angepassten Hilfe für behinderte Kinder, wird auf der anderen Seite der pädagogische Sinn von Sonderbeschulung bezweifelt und eine größtmögliche (Re-) Integration angestrebt (Sander 1998). Als leitendes Konzept für die integrative Beschulung entwickelte sich seit etwa 1990 eine „Pädagogik der Vielfalt“ (Prengel 2006, Hinz 1993), die darauf abhebt, dass Koedukation, Vielfalt der Kulturen und Kompetenzen im Bildungssystem als „Umsetzung der demokratischen Wertschätzung von Differenzen“ erfahren werden sollen. Unabhängig von Grundsatzdebatten hat sich eine Vielfalt von Formen schulischer Erziehung entwickelt, die sich nach den Möglichkeiten des sozialen Kontaktes zwischen behinderten und nicht behinderten Kinder abstufen lässt (Sander 1998). Die überwiegende Zahl von Kindern mit Behinderung wird aber trotz dieser Angebotsvielfalt gesondert in Förderschulen beschult, die sich an der Art der Behinderung ausrichten, (dies sind ca. 4,5 Prozent aller Schüler der Primar- und Sekundar-Stufe I, also über 400 000 Kinder und Jugendliche; Schröder 2003). Im Fall von Lernschwierigkeiten führt die Sonderbeschulung sogar oft erst zu ihrer Benennung als „behindert“ (Wüllenweber 2004). Jungen sind in dieser Gruppe deutlich überrepräsentiert, ebenso wie Kinder mit sozialer Benachteiligung und Migrationshintergrund. Deren Leistungen schneiden im internationalen Vergleich besonders schlecht ab (OECD 2001), während sich hinsichtlich der Lernleistungen bei integrativer Beschulung leichte Vorteile zeigen (Preuss-Lausitz 1997a). Allerdings werden Kinder mit Lern- und Verhaltensproblemen in integrierten Schulen von ihren Mitschülerinnen und Mitschülern am wenigsten akzeptiert (Hinz u. a. 1998; Preuss-Lausitz 1997b; Wischer 2001). Die neueste Fachdiskussion reflektiert die Schulentwicklung unter dem Aspekt ihrer Teilhabe fördernden Wirkung. Hierfür werden Indices erarbeitet, die der Maßgabe folgen, Lernen und Teilhabe für alle Schülerinnen und Schüler zu verbessern, zugleich aber den Prozess der Schulentwicklung selbst als Teilhabegeschehen zu gestalten (Hinz 2005).

Die Angaben der amtlichen Schulstatistik weisen sowohl in Förderschulen als auch in Regelschulen integrativ beschulte Jungen und Mädchen aus (vgl. Tab. 7.4).

Vergleicht man die Anzahl der Schüler und Schülerinnen mit sonderpädagogischer Förderung mit Heranwachsenden im schulpflichtigen Alter (6 bis unter 15 Jahre) ohne sonderpädagogischen Förderbedarf, ergibt sich ein Anteil von 6,5 Prozent (Westdeutschland 6 Prozent; Ostdeutschland einschl. Berlin: 10,0 Prozent) von Heranwachsenden mit Behinderung an der altersgleichen Bevölkerung am 31. Dezember 2006 in Deutschland. Grenzt man diesen Anteil der Heranwachsenden mit Behinderung noch weiter ein, indem die Schüler/Schülerinnen mit eher sozialpädagogisch-orientierten Förderschwerpunkten „Lernen“ und „emotionale und soziale Entwicklung“ von der Gesamtzahl der Kinder und Jugendlichen mit sonderpädagogischer Förderung abgezogen werden, reduziert sich der Anteil von Heranwachsenden mit geistigen und körperlichen Behinderungen auf ca. 2,8 Prozent (Westdeutschland: 2,6 Prozent; Ostdeutschland einschl. Berlin: 3,8 Prozent). Dieser Wert entspricht in etwa auch Angaben, wie sie im KiGGS mit etwa 2 Prozent aller Kinder mit einer amtlich anerkannten Behinderung gemacht werden (Kamtsirius u. a. 2007).

Tabelle 7.4

Schüler und Schülerinnen (6 bis 15 Jahre) mit sonderpädagogischer Förderung (Integrationsschüler/-innen[51] und Schüler/innen an Förderschulen) nach Förderschwerpunkten im Schuljahr 2006/2007 (ohne Schüler/innen in Klassen für Kranke)

	zusammen	Lernen	Sehen	Hören	Sprache	körperliche und motorische Entwicklung	geistige Entwicklung	emotionale und soziale Entwicklung	Förderschwerpunkt übergreifend	Keinem Förder-schwerpunkt zugeordnet
Deutschland	470.886	223.864	6.770	13.820	49.475	28.784	75.464	47.591	13.093	12.025
Westdeutschland	368.820	172.351	5.562	11.480	37.159	23.796	57.806	35.791	12.941	11.934
Ostdeutschland einschl. Berlin	102.066	51.513	1.208	2.340	12.316	4.988	17.658	11.800	152	91

Quelle: Statistisches Bundesamt (2008c)

Unter Berücksichtigung der verschiedenen amtlichen Quellen, die Behinderung in der Altersgruppe der 6- bis unter 15-Jährigen ausweisen, ist zusammenfassend davon auszugehen, dass zwischen 1,2 Prozent und 6,5 Prozent der Heranwachsenden dieser Altersgruppe von mindestens einer der genannten Formen von Behinderung betroffen sind (Statistisches Bundesamt 2007b, eigene Berechnungen). Diese Zahl würde sich noch erhöhen, wenn man die eingangs beschriebenen Jungen und Mädchen mit speziellen Versorgungsbedarfen den Heranwachsenden mit Behinderungen zurechnete.

7.2.4 Auswirkungen von besonderen Versorgungsbedarfen, chronisch-somatischen Erkrankungen und Behinderungen auf den sozialen Nahraum

Insbesondere einem guten körperlichen Gesundheitszustand (d. h. ohne schwerwiegende Krankheiten oder Beeinträchtigungen) wird für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen eine Schutzfaktorenfunktion in dem Sinne beigemessen, dass dieser die Voraussetzung für altersangemessene Entwicklungsprozesse in anderen Bereichen (z. B. des Sozialverhaltens) ist (Werner/Smith 2001). Gerade aber Kinder und Jugendliche mit einem speziellen Versorgungsbedarf, mit einer chronisch-körperlichen Erkrankung oder mit einer Behinderung haben im Unterschied zu gesunden Gleichaltrigen deutlich schlechtere Ausgangsbedingungen für eine altersangemessene Entwicklung, da ihre Einschränkungen tief greifend auch ihre psychische und soziale Entwicklung beeinflussen können. Betroffene erfahren Einengungen in ihren Alltagsaktivitäten und häufig eine beständige Abhängigkeit von medizinischer Unterstützung. Eine ungenügende Bewältigung der krankheitsbegründeten Belastungen und Beschränkungen kann aber nicht nur den Krankheitsverlauf verschlechtern, sondern außerdem das Selbstwert- und Kompetenzerleben beeinträchtigen bis hin zum Risiko der Entwicklung einer psychischen Begleiterkrankung (Noeker/Petermann 2008; Seiffge-Krenke/Skaletz 2006). Zudem sind die Angehörigen über die Verwicklung in den Bewältigungsprozess des erkrankten Kindes zusätzlich in ihrer persönlichen Lebensperspektive berührt. Geschwister stehen häufig im Konflikt zwischen Rücksichtnahme auf die Interessen der/des kranken Schwester/Bruders und der Sorge, dass eigene Anliegen nicht genügend wahrgenommen werden. Sie antworten auf diese Belastungssituation häufig mit sozialem Rückzug oder psychosomatischen Beschwerden (z. B. Stressschmerz). Eltern erleben zusätzliche finanzielle Belastungen, Einschränkungen in Erwerbstätigkeit und Freizeitgestaltung, schwierige organisatorische Anforderungen bei der Bewältigung von Behandlungsterminen und bürokratische Barrieren. Sie müssen nicht nur mit eigenen Ängsten fertig werden, sondern sich die nötigen – und ihnen zustehenden – Therapien und Unterstüt-

[51] Nachweis von Bildungsbereichen aufgrund von fehlendem Datenmaterial nicht vollständig; kein Nachweis von Integrationsschülern/-schülerinnen in Niedersachsen und im Saarland.

zungsleistungen oft hart erkämpfen. In der Erziehung behinderter und chronisch kranker Heranwachsender kann es zudem zur Überforderung des Kindes, häufiger aber zu einer falsch verstandenen Hilfe oder Überfürsorge kommen (Günter 2004; Sarimski 2002).

Unter dem Gesichtspunkt der Teilhabemöglichkeiten von Kindern mit Behinderungen kommt im sozialen Nahraum vor allem den Kindertageseinrichtungen eine bedeutsame Rolle zu, die von anderen Institutionen wie der Schule nicht erreicht wird: 49 695 Kinder mit Behinderungen im Alter von drei Jahren bis zum Schuleintritt besuchen Regelkindertageseinrichtungen. Der überwiegende Teil dieser Kinder ist körperlich oder geistig behindert; seelisch behinderte Kinder werden erheblich seltener dort betreut (Riedel 2007).

7.2.5 Stresserleben und Lebensqualität

Im Kindesalter können bestimmte Stressfaktoren und Belastungssituationen die psychosoziale Entwicklung und das physische und psychische Wohlbefinden negativ beeinflussen. Potenzielle Belastungssituationen sind die (gesundheitsrelevanten) Entwicklungsaufgaben (z. B. sich in der Schule bewähren, Beziehungen zu anderen eingehen), kritische Lebensereignisse (z. B. Scheidung der Eltern) und alltägliche Belastungen (z. B. kranker Elternteil, schulische Überforderung; Bilz 2008; Seiffge-Krenke 2006, 2008a).

Wenn Stress wiederholt auftritt und keine mildernden Schutzfaktoren vorhanden sind bzw. entwickelt werden (wie z. B. durch die Förderung von Stressbewältigungskompetenzen, durch ein unterstützendes Netzwerk von Freunden und Familie, Schaffung von Freiräumen und Entspannung etc.), können Stressauswirkungen chronisch werden. Es entstehen Beanspruchungssymptome, die in bestimmten Situationen (oder sogar situationsübergreifend) regelmäßig auftreten (Lohaus/Klein-Heßling 2001). Die Symptome können sich auf der körperlichen Ebene (z. B. Kopf- und Bauchschmerzen, Ein- und Durchschlafstörungen, Erschöpfung), der gedanklich-emotionalen

Exkurs 7.1 Kinder psychisch, sucht- und körperlich kranker Eltern

Über die Prävalenz dauerhaft psychisch kranker Eltern lassen sich bislang keine verlässlichen Angaben machen. Die vorliegenden Studien und Schätzungen zeigen aber übereinstimmend, dass Kinder langfristig kranker Eltern keine Randgruppe darstellen. Konservativ geschätzt sind etwa 1,6 Mio. Minderjährige in Deutschland vom Erleben psychischer Krankheit bei einem oder bei beiden Elternteilen betroffen (eigene Berechnungen nach Schmid u. a. 2008).

Von zeitweiser oder dauerhafter elterlicher Alkoholabhängigkeit/-missbrauch sind etwa 2,65 Mio. Heranwachsende unter 18 Jahren zeitweise oder dauerhaft betroffen (Klein 2008). Mehr als ein Drittel der Drogenabhängigen in Deutschland hat Kinder; konservativ geschätzt ist davon auszugehen, dass in Deutschland bis zu 50 000 Kinder drogenabhängiger Eltern leben. Über die Zahl der Kinder von Eltern mit Suchtproblemen wie Spielsucht oder Internetsucht liegen keine gesicherten Angaben vor (Lenz 2008a). Etwa 4,1 Prozent der Kinder im Alter von 4 bis 17 Jahren haben einen Elternteil mit einer langfristigen körperlichen Erkrankung, wobei Krebserkrankungen etwa ein Drittel der Fälle ausmachen (Barkmann u. a. 2007).

Das Aufwachsen mit einem oder gar zwei kranken Eltern ist für Heranwachsende mit einer deutlichen Zunahme an stressbesetzten alltäglichen Anforderungen, Konflikten und Spannungen sowohl innerhalb der Familie als auch im sozialen Umfeld verbunden (Lenz 2008a; Mattejat/Remschmidt 2008; Möller u. a. 2008). Insbesondere die Schwere der Erkrankung und die damit parallel auftretenden psychosozialen Beeinträchtigungen wirken sich negativ auf die Interaktion zwischen dem Kind und dem betroffenen Elternteil aus (Kölch 2008; Pollak u. a. 2008). Zentrale Probleme von Familien mit kranken Elternteilen sind zum einen das erhöhte Risiko der genetischen Übertragung der elterlichen Erkrankung, zum anderen begünstigen elterliche Erkrankungen das (kumulierte) Auftreten von Belastungsfaktoren wie eheliche Konflikte, familiäre Disharmonien, Scheidung, Störungen in der Eltern-Kind-Beziehung, inadäquate soziale Unterstützung und soziale Isolation sowie eingeschränkte Lebensbedingungen (z. B. Arbeitslosigkeit, finanzielle Schwierigkeiten und problematische Wohnverhältnisse; Franz 2005; Krumm u. a. 2005; Romer u. a. 2005). Häufig ist in den betroffenen Familien auch eine Rollenumkehr zu beobachten, indem die Kinder eine Eltern- oder Partnerfunktion für die Eltern übernehmen und Verantwortung für ganze Lebensbereiche wie Haushaltführung oder Betreuung jüngerer Geschwister übernehmen. Zu beobachten ist auch, dass die Kinder ihr Verhalten am Tagesablauf und an den Bedürfnissen des erkrankten Elternteils ausrichten (Kölch 2008; Lenz 2008a; Möller u. a. 2008). In solchen Familienkonstellationen ist schnell eine Überforderungs- und Belastungsschwelle für Heranwachsende erreicht, jenseits derer eine Beeinträchtigung der Lebensqualität und der emotionalen und psychischen Entwicklung droht (Kölch u. a. 2008a; Pollak u. a. 2008). Wenn Eltern unter einer ernsthaften Erkrankung leiden, zeigen Kinder und Jugendliche aller Altersstufen ein erhöhtes Risiko für körperliche Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, psychische Störungen und Suchtmittelabhängigkeit (Lenz 2008a; Mattejat/Remschmidt 2008; Sills u. a. 2007).

Ebene (z. B. Beeinträchtigung schulischer Leistungen, Antriebslosigkeit, Auftreten von Ängsten) und der verhaltensbezogenen Ebene (z. B. körperliche Unruhe, Konzentrationsschwierigkeiten) äußern (Lohaus/Seiffge-Krenke 2007). Kopf- und Bauchschmerzen gehören zu den häufigsten Beanspruchungssymptomen im Kindes- und Jugendalter (Noeker 2008); nach Angaben des LBS-Kinderbarometers sind von den 9- bis 14-Jährigen 33 Prozent häufig von Stresskopfschmerzen und 22 Prozent häufig von Stressbauchschmerzen betroffen (LBS Initiative Junge Familie/Deutscher Kinderschutzbund 2007). Auch aus dem KiGGS lassen sich Aussagen zur Schmerzprävalenz und damit in Zusammenhang stehend zu Beanspruchungssymptomen machen (vgl. Tab. 7.5).

Tabelle 7.5

Auftretenshäufigkeit von Schmerzen in den letzten drei Monaten bei Kindern zwischen 7 und 10 Jahren (Prävalenzangaben in Prozent)

Befunde
gesamt: *66,9 %* Mädchen: Kopfschmerzen (zunehmend zwischen etwa *34* und *41 %*), Bauchschmerzen (abnehmend zwischen etwa *44* und *39 %*) Jungen: Bauchschmerzen abnehmend zwischen etwa *32* und *25 %*; Kopfschmerzen zunehmend zwischen etwa *30 %* (7 Jahre) *25 %* (8 Jahre) und *37 %* (10 Jahre)

Quelle: Ellert u. a. 2007 (7 bis 10 Jahre); MH: Migrationshintergrund

Im Alter von 7 bis 10 Jahren berichten bereits zwei Drittel aller Kinder von Schmerzen in den letzten drei Monaten. Auffällig ist die rapide Zunahme von Kopfschmerzen bei Mädchen und Jungen ab dem 5./6. Lebensjahr mit einer kontinuierlichen Zunahme bei den Mädchen bis zum 17. Lebensjahr und bei den Jungen bis zum 10. Lebensjahr (Ellert u. a.2007).

Stresskopfschmerzen und Stressbauchschmerzen stehen in einer engen Beziehung zueinander; d. h. je mehr Kinder unter einem dieser Schmerzen leiden, desto eher leiden sie auch unter dem anderen. Stressschmerzen werden von den betroffenen Kindern zudem häufig als krank machend erlebt und nicht nur als leichte Beeinträchtigung des Wohlbefindens (z. B. gehen Kinder, die unter Stresskopfschmerzen leiden, häufiger auch dann zur Schule, wenn sie sich krank fühlen). Zudem weisen Stressschmerzen einen negativen Zusammenhang mit dem Ausmaß des erlebten Wohlbefindens in den Bereichen Familie und Schule auf. Weiter zeigen Kinder, die unter häufiger Stressbelastung leiden, öfter als Kinder mit geringer Belastung ein Essverhalten, das durch den häufigen Konsum von Süßwaren und Fast Food gekennzeichnet ist, was als ein Hinweis auf Stressregulierung durch Nahrungsmittelkonsum verstanden werden kann (LBS Initiative Junge Familie/Deutscher Kinderschutzbund 2007).

Eng in Zusammenhang mit dem Konzept von Stress steht das Erleben von gesundheitsbezogener Lebensqualität, das sich auf körperliche, gedanklich-emotionale, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit stützt. Gesundheitsbezogene Lebensqualität beschreibt den subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand (Ravens-Sieberer u. a. 2007a). Nach Ergebnissen des LBS-Kinderbarometers 2007 haben mit 93 Prozent die allermeisten Kinder in Deutschland ein positiv ausgeprägtes Gefühl des Wohlbefindens, nur eine kleine Gruppe (7 Prozent) berichtet diesbezüglich über ein negatives Gefühl. Besonders ausgeprägt ist das Wohlbefinden im Freundeskreis, in der Schule ist dagegen der Anteil der Kinder mit niedrigem Wohlbefinden (13 Prozent) am größten (LBS Initiative Junge Familie/Deutscher Kinderschutzbund 2007). In eine ähnliche Richtung weisen auch Ergebnisse des DJI-Kinderpanels zu schulischem Wohlbefinden, das bei Kindern in den ersten Klassenstufen noch relativ ausgeprägt, aber mit steigender Verweildauer in der Schule rückläufig ist (Gisdakis 2007). Sowohl das allgemeine Wohlbefinden wie auch das Wohlbefinden in Familie und Schule sinken mit steigendem Alter der Kinder merklich (LBS Initiative Junge Familie/Deutscher Kinderschutzbund 2007). Zu etwas anderen Ergebnissen kommt der KiGGS, welcher zur Beschreibung von Wohlbefinden die diesem Begriff inhaltlich sehr ähnliche Kategorie der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität verwendet. Danach zeigen Kinder (laut Selbstauskunft wie auch nach Elternangaben) mit höheren sozialen Status eine höhere generelle Lebensqualität als Kinder aus Familien mit einem mittleren oder niedrigen Sozialstatus. Die aktuellen Kinderstudien (Alt 2008, LBS-Kinderbarometer 2007, World Vision Studie 2007) kommen aufgrund der jeweils befragten Kinder zu dem Ergebnis, dass die überwiegende Mehrheit der Kinder ihre Familie und ihre Umwelt positiv bewerten. „Vor dem Hintergrund, dass jedes fünfte Kind in prekären Verhältnissen aufwächst, ist ein Prozentsatz von 96 Prozent glücklicher Kinder schwer nachvollziehbar. Es zeigt sich, (…) wie groß das Vermögen, aber auch das Potenzial der Kinder ist, aus allem das Beste machen zu können. Wenn wir es lernen, sie darin besser zu verstehen, können wir sie dabei künftig besser unterstützen“ (Alt 2008a).

Bei den 7- bis 10-Jährigen verfügen Kinder mit Migrationshintergrund nach Angaben ihrer Eltern über eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund. Auch verhaltensauffällige Kinder und Kinder, die häufig unter Schmerzen leiden, weisen eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität auf als Mädchen und Jungen ohne diese Einschränkungen (Ravens-Sieberer u. a. 2007a).

Vermutlich steht das Ausmaß gesundheitsbezogener Lebensqualität auch in Zusammenhang mit bestimmten Aspekten des familiären Zusammenlebens, die entscheidende Ressourcen für Heranwachsende darstellen und die Effekte von Risikobedingungen wie Stress abmildern helfen. Zu diesen Ressourcen zählen ein offenes, unterstützendes Erziehungsklima, das gekennzeichnet ist durch Zuwendung, Wärme und Unterstützung der Eltern im Hinblick auf ihr Kind, Wahrnehmung von dessen subjektiven Bedürfnissen, eine offene Kommunikation und Achtung seiner Einstellungen, aber auch durch elterliche Konsequenz. Kinder und Jugendliche mit solchen Erfahrungen verfügen über eine hohe soziale Kompetenz, haben gute schulische Leistungen und weniger emotionale und Verhaltensprobleme. Weitere wichtige Schutzfaktoren für die kindliche Entwicklung liegen in einem positiven familiären Zusammenhalt, verstanden als das Ausmaß an emotionaler Verbundenheit und Loyalität zwischen den Familienmitgliedern sowie ein hohes Ausmaß an gemeinsam verbrachter Zeit bei gleichzeitigem Zugeständnis von genügend Autonomie des Kindes zur Gestaltung von Freundschaften und Aktivitäten außerhalb der Familie (Sheridan u. a. 2006).

Das Interesse der Eltern an ihrem Kind hat vor allem Einfluss auf dessen schulischen Bildungserfolg. Durch aktive Beteiligung der Eltern am schulischen Geschehen wird dem Heranwachsenden eine wertschätzende Haltung gegenüber der Schule vermittelt. Daraus resultieren ein regelmäßiger Schulbesuch, weniger Verhaltensprobleme, eine Verbesserung der Arbeitshaltung in der Hausaufgabensituation und eine Steigerung der Schulleistungen (Christenson/Sheridan 2001).

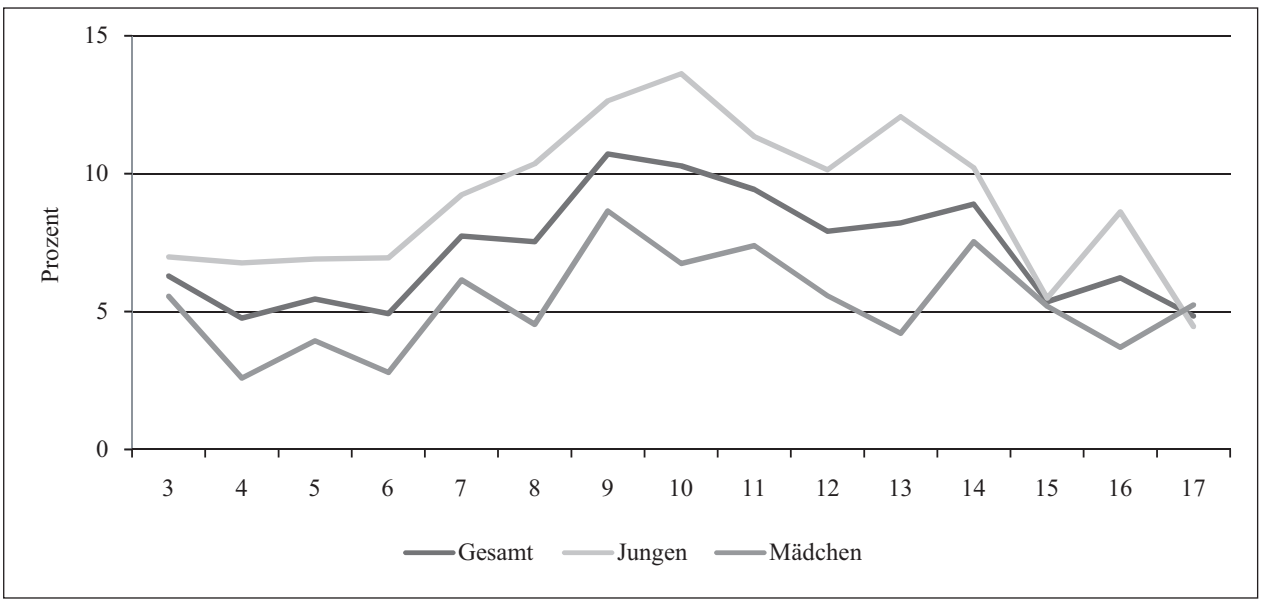
Verfügen die Eltern über ein positives Bewältigungsverhalten im Umgang mit Stress und schwierigen Lebenssituationen, kann dies für Kinder und Jugendliche Vorbildfunktion für die Entwicklung einer realistischen Sichtweise der eigenen Person und der sozialen Umwelt haben (Werner/Smith 2001).

7.2.6 Psychische Gesundheit und Verhaltensauffälligkeiten

Im KiGGS wurden Verhaltensauffälligkeiten anhand eines Eltern-Fragebogens erfasst, jedoch ganz überwiegend keine Diagnosen erfragt. Daher müssen die nachfolgend dargestellten Zahlen vorsichtig und nicht im Sinne konkreter Prävalenzschätzungen, sondern eher als Risikogruppenidentifizierung interpretiert werden (Hölling u. a. 2007). Unter psychischen Auffälligkeiten werden hier emotionale Probleme (Ängste, Depression) sowie Probleme im Umgang und Zusammenleben mit anderen (d. h. aggressives, dissoziales, hyperaktives Verhalten) verstanden. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die überwiegende Mehrheit der Kinder in der Altersgruppe von 6 bis 12 Jahren in Deutschland keine Symptome von Verhaltensauffälligkeiten zeigt (vgl. Tab. 7.6). Dennoch werden Verhaltensauffälligkeiten für die Altersgruppe der 7- bis 10-Jährigen von den Eltern deutlich häufiger angegeben als für Kinder im Vorschulalter und für 14- bis 17-Jährige (vgl. Abb. 7.1).

Abbildung 7.1

Psychische und Verhaltensauffälligkeiten (Ausprägung „auffällig“) der 3- bis 17-Jährigen (Prävalenzen in Prozent)



Quelle: RKI 2008a, S. 55

Tabelle 7.6

Auswertung des SDQ-Gesamtproblemwertes zu psychischen und Verhaltensauffälligkeiten bei 7- bis 10-Jährigen (Elternangaben; Prävalenzen in Prozent)[52]

	Befunde
Gesamt	psychisch unauffällig: *82,6 %* grenzwertig auffällig: *8,4 %* auffällig: *9,0 %*
Geschlecht	Jungen: *21,6 %* Mädchen: *13,0 %*
Migrationshintergrund	mit MH: *23,6 %* ohne MH: *16,4 %*
Sozialstatus	niedriger ST: *28,5 %* mittlerer ST: *15,4 %* hoher ST: *10,0 %*

Quelle: Hölling u. a. 2007 MH: Migrationshintergrund; ST: sozialer Status

Besonders auffällig ist die hohe Rate der Kinder mit Migrationshintergrund und mit niedrigem Sozialstatus, deren Eltern über Symptome von Verhaltensauffälligkeiten berichten. Dabei könnten diese erhöhten Werte zum Teil auch durch negative Selbst- und Fremdzuschreibungen bedingt sein. Gleichzeitig liegen für Kinder mit Migrationshintergrund seltener ADHS-Diagnosen vor (vgl. Kap. 7.2.7), und auch der von den Eltern angegebene besondere Versorgungsbedarf (vgl. Kap. 7.2.1) ist geringer. Beides deutet darauf hin, dass Familien mit Migrationshintergrund seltener Zugang zu (adäquaten) medizinischen, therapeutischen und Kinder- und Jugendhilfe-Angeboten finden, oder aber Lebhaftigkeit und Bewegungsbedürfnisse kulturell unterschiedlich bewertet werden (Leuzinger-Bohleder u. a. 2007).

Insgesamt sind Jungen in diesem wie in jedem anderen Alter stärker von Verhaltensauffälligkeiten betroffen als Mädchen. Bei einer Unterscheidung nach Problemlagen fällt jedoch auf, dass Jungen und Mädchen annähernd gleich mit emotionalen Problemen belastet sind, während die Jungen stärker als Mädchen Probleme im Umgang und Zusammenleben mit anderen haben (vgl. Tab. 7.7, die eine differenzierte Darstellung der einzelnen Problembereiche gibt, die als gewichtete Subskalen in die in Tabelle 7.6 dargestellten Gesamtwerte der psychischen Auffälligkeiten einfließen).

Auch Tabelle 7.7 stellt keine konkreten Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten dar, sondern gibt Hinweise auf Risikogruppen in den einzelnen Bereichen der psychischen Gesundheit.

[52] Die Daten für auffälliges und grenzwertiges Verhalten wurden ab der 4. Zeile der Tabelle zusammengezogen.

Tabelle 7.7

Psychische und Verhaltensauffälligkeiten sowie prosoziales Verhalten bei 6- bis 12-Jährigen (Elternangaben; Prävalenzen in Prozent)[53]

	Befunde
Emotionale Probleme (Ängste, depressive Verstimmung)	gesamt: *18,3 %* Jungen: *18,6 %* Mädchen: *18,0 %* mit MH: *20,1 %* ohne MH: *18,0 %* niedriger ST: *26,0 %* mittlerer ST: *16,9 %* hoher ST: *13,1 %*
Verhaltensauffälligkeiten (aggressiv-dissoziales Verhalten)	gesamt: *29,9 %* Jungen: *35,2 %* Mädchen: *24,4 %* mit MH: *35,4 %* ohne MH: *28,9 %* niedriger ST: *41,4 %* mittlerer ST: *27,2 %* hoher ST: *22,7 %*
Hyperaktivitätsprobleme	gesamt: *17,9 %* Jungen: *23,2 %* Mädchen: *12,2 %* mit MH: *20,7 %* ohne MH: *17,3 %* niedriger ST: *25,4 %* mittlerer ST: *17,7 %* hoher ST: *10,7 %*
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	gesamt: *21,2 %* Jungen: *24,2 %* Mädchen: *17,9 %* mit MH: *36,3 %* ohne MH: *18,4 %* niedriger ST: *32,4 %* mittlerer ST: *18,4 %* hoher ST: *14,2 %*
Grenzwertiges bis auffälliges prosoziales Verhalten[54]	gesamt: *8,6 %* Jungen: *11,0 %* Mädchen: *6,1 %* mit MH: *10,0 %* ohne MH: *8,3 %* niedriger ST: *10,2 %* mittlerer ST: *8,7 %* hoher ST: *6,9 %*

Quelle: Hölling u. a. 2007; ST = Sozialer Status, MH: Migrationshintergrund

[53] Prosoziales Verhalten gehört zu den psychischen Stärken und wird durch die Items „nett zu anderen Menschen sein“, „Bereitschaft zu teilen“, „hilfsbereit sein“, „nett zu Jüngeren sein“ und „Anderen oft freiwillig helfen“ erfasst.

Ein überwiegend sozial angemessenes, positives Verhalten führt dazu, dass Kinder und Jugendliche von ihrer sozialen Umwelt vermehrt als angenehm im Kontakt erlebt werden. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit für stabile Kontakte zu den unterschiedlichsten Bezugspersonen in der Lebenswelt von Heranwachsenden (Werner/Smith 2001).

7.2.7 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS/ ADS) sind chronisch verlaufende psychische Störungen und durch ein durchgängiges Muster der Kernsymptome Unaufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörungen, Ablenkbarkeit), Hyperaktivität (motorische Unruhe) und Impulsivität gekennzeichnet. Im KiGGS wurden die Eltern danach gefragt, ob ihr Kind jemals eine professionelle ADHS-Diagnose erhalten habe. Dies traf im Vorschulalter für 1,5 Prozent aller Kinder zu. Mit dem Schuleintritt erhöht sich diese Rate deutlich. Dabei ist allerdings kritisch zu hinterfragen, wieweit wenig kindgerechte Verhältnisse in der Schule diese Diagnose begünstigen und wieweit diese wirklich immer fundiert gestellt wird (vgl. Köttgen 2007). Bei den 11 bis 13-Jährigen wird am häufigsten ADHS diagnostiziert (Schlack u. a. 2007); Auswertungen auf der Basis von Krankenversichertendaten geben einen Näherungswert von 500 000 der unter 18-Jährigen mit ADHS in Deutschland an (KKH 2008). Jungen sind in allen Altersgruppen deutlich häufiger betroffen als Mädchen (Schlack u. a. 2007). Für Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund wurde seltener eine solche Diagnose gestellt als für Kinder ohne Migrationshintergrund, jedoch werden bei ihnen häufiger Verdachtsfälle[54] festgestellt (vgl. Tab. 7.8).

[54] Bei den Verdachtsfällen liegt keine ärztlich/psychologisch gestellte Diagnose vor; jedoch können anhand der von den Eltern berichteten Verhaltensprobleme Verdachtsfälle identifiziert werden.

Tabelle 7.8

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei 7- bis 10-Jährigen

	Befunde
Kinder mit manifester Diagnose	gesamt: *5,3 %* Jungen: *8,7 %;* Mädchen: *1,9 %* niedriger ST: *7,3 %* hoher ST: *3,4 %* mit MH: *2,9 %;* ohne MH: *5,7 %*
Verdachtsfälle aufgrund ausgewählter Symptome	Jungen: *8,0 %*; Mädchen: *4,8 %* Niedriger ST: *10,7 %* Hoher ST: *4,1 %* Mit MH: *8,1 %;* ohne MH: *6,2 %*

Quelle: Schlack u. a. 2007; ST = Sozialer Status, MH: Migrationshintergrund

In der Genese von ADHS wird eine multikausale, biopsychosoziale Perspektive angenommen. Als prädisponierende Faktoren auf der biologischen Ebene gelten genetische Ursachen und organische Risikofaktoren (z. B. Frühgeburtlichkeit; Huss 2008). Erschwerende psychosoziale Umstände (z. B. gewaltgeprägtes Erziehungsverhalten, psychische Erkrankung der Eltern, soziale Ablehnung in der Schule durch Lehrer/Gleichaltrige) bewirken einen ungünstigen Einfluss auf den Störungsverlauf (Gadow 2007). Kinder mit früh im Entwicklungsverlauf auftretenden ADHS/ADS-Symptomen haben ein beträchtliches Risiko für fortgesetzte Verhaltensprobleme, schlechte Schulleistungen, delinquente Verhaltensformen und eine eingeschränkte allgemeine Lebensqualität (Beelmann/Raabe 2007; Huss 2008; Mattejat u. a. 2005; Schmeck 2004; Vloet u. a. 2006); daher sind eine frühe Identifikation mehrfach problembelasteter Kinder und vor allem frühe Hilfen von gesellschaftlichem Interesse.

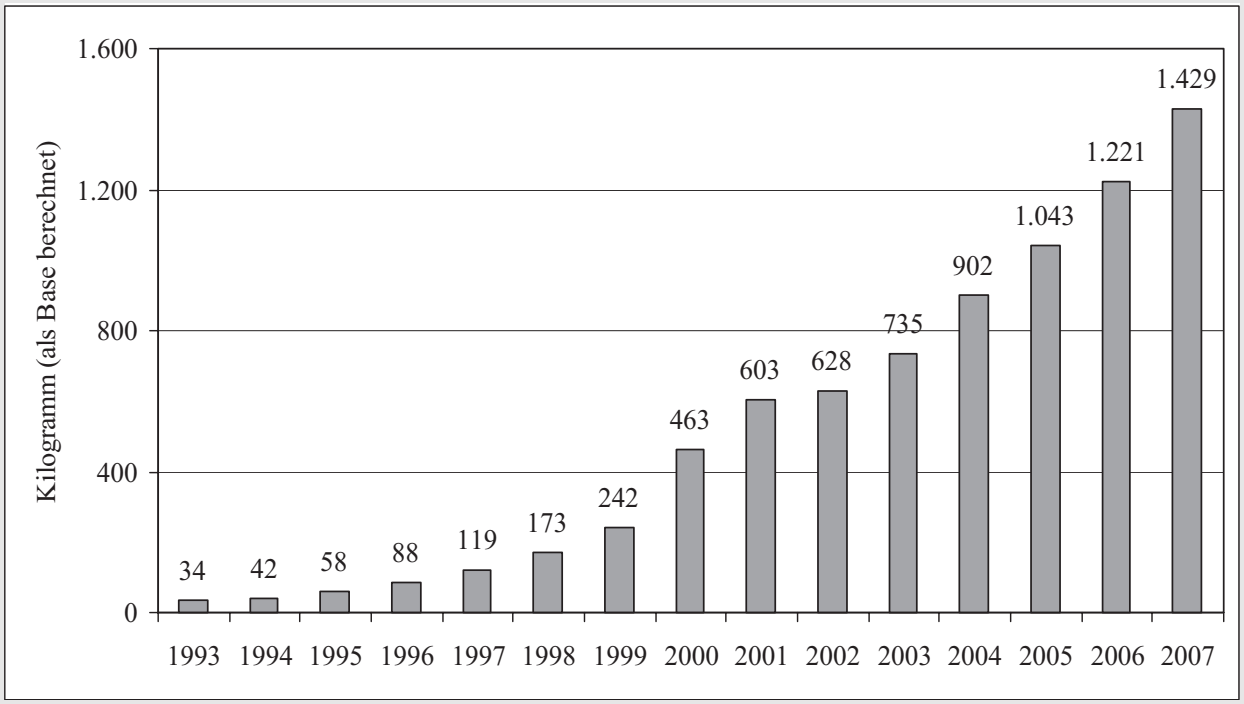
Exkurs 7.2 Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen

Die Therapie mit Psychopharmaka ist bei speziellen Symptomen und Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter Teil eines mehrere Ebenen umfassenden Behandlungskonzeptes, das auch begleitende psychotherapeutische Behandlungen und Ansätze im sozialen Nahraum einschließt – oder zumindest sollte es so sein. Dies gilt im Besonderen für ADHS, aber auch für Angsterkrankungen und depressive Störungen (Gerlach/Wewetzer 2008). Die Verordnungszahlen für auf das Nervensystem wirkende Arzneimittel steigen in den letzten Jahren kontinuierlich (Glaeske/Janhsen 2007). Laut den Erhebungen des KiGGS gehören diese Medikamente mit 7,9 Prozent zu den am häufigsten angewandten Medikamenten bei unter 18-Jährigen (Knopf 2007). Insbesondere im Zusammenhang mit der Verordnung

von Psychostimulanzien[55] des Wirkstoffs Methylphenidat (Handelsname: z. B. Ritalin® oder Medikinet®) bei ADHS ist das Thema ins öffentliche Bewusstsein gelangt. Die Verordnungen von Methylphenidat haben im Laufe des letzten Jahrzehnts in Deutschland drastisch zugenommen (vgl. Abb. 7.2), und Experten befürchten derzeit eine Über-, Unter- und Fehlversorgung bei Heranwachsenden (Fegert u. a. 2002; Kölch u. a. 2008b). Vor allem in der Altersspanne zwischen 7 bis unter 14 Jahren stehen Psychostimulanzien auf vorderen Plätzen der Verordnungs- und Ausgabezahlen im Jahr 2007, wobei sie in der Altersgruppe der 11- bis 14-Jährigen an der Spitze der Verordnungen noch vor Präparaten gegen Erkältungskrankheiten liegen (Janhsen 2008). Die folgende Abbildung zeigt die Zunahme des Verbrauchs methylphenidathaltiger Arzneimittel in den letzten Jahren.

Abbildung 7.2

Erwerb von Methylphenidat durch Apotheken in Form von Fertigarzneimitteln



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, BfArM 2008

Nach *Döpfner* (2008) bewirkt die Gabe von Methylphenidat bei der überwiegenden Mehrheit der Betroffenen einen Rückgang der beobachtbaren Symptome, ohne aber eine physische oder psychische Abhängigkeit der Betroffenen von diesem Wirkstoff zu erzeugen. Problematisch können jedoch Gewöhnungseffekte im Sinne einer schulischen Leistungssteigerung (Sahakian/Morein-Zamir 2007) oder der Erwerb einer Tendenz, Probleme durch Medikamenteneinnahme lösen zu wollen, sein. Insbesondere das weite Spektrum der methylphenidathaltige Medikamente verordnenden Ärztinnen und Ärzte (neben Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin/-psychiatrie sind dies auch in zunehmendem Maße Allgemeinmediziner und Internisten) gibt der Vermutung Nahrung, dass oft leichtfertig (evtl. auf Drängen von Eltern oder anderen Bezugspersonen) versucht wird, mit methylphenidathaltigen Arzneimitteln eine Verbesserung der „Auffälligkeiten“ von Heranwachsenden herzustellen, ohne dass eine ausreichende Diagnose vorliegt. Zudem sind die langfristigen Konsequenzen der Therapie bisher nicht genau abschätzbar (Fegert u. a. 2002). Zu berücksichtigen ist auch die Gefahr einer „Medizinalisierung sozialer Probleme“ durch Medikamentengaben als Pseudo-Problemlösung (Leuzinger-Bohleber u. a. 2007, Köttgen 2007), die sich auch die Heranwachsenden zueigen machen.

[55] Psychostimulanzien sind pharmakologische Substanzen, die durch eine direkte Beeinflussung des Zentralnervensystems Erleben und Verhalten beeinflussen können. Bei gesunden Menschen wirken Psychostimulanzien psychisch anregend und können den Antrieb steigern. Bei Menschen mit ADHS haben sie einen ausgleichenden Effekt. Die Verordnung von Psychostimulanzien unterliegt in Deutschland dem Betäubungsmittelgesetz.

Von besonderer Problematik der Medikamentengabe an Kinder und Jugendliche in Deutschland ist zudem, dass viele Arzneien für diese Altersgruppe nicht exakt geprüft sind, Dosisangaben und Hinweise auf mögliche Wechselwirkungen nicht vorliegen (z. B. gibt es trotz der Verwendung von Methylphenidat seit den 1940er-Jahren kaum Studien über dessen genauen Wirkmechanismus und Spätfolgen; Fegert u. a. 2002). Viele Mittel (z. B. Antidepressiva), die eigentlich für Erwachsene bestimmt sind, sind aber auch für Kinder und Jugendliche unverzichtbar (Richter-Kuhlmann 2008). Andererseits ist kritisch anzumerken, dass methylphenidathaltige Arzneien in Deutschland nur für die Altersgruppe der unter 18-Jährigen vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zugelassen sind; aufgrund des chronischen Verlaufs der Krankheit können deshalb (junge) Erwachsene Schwierigkeiten mit einer angemessenen Medikamentenversorgung haben.

7.2.8 Angststörungen

Die Mehrzahl der Mädchen und Jungen erlebt im Verlaufe ihrer Entwicklung ein bestimmtes Ausmaß an Angst. Meistens sind diese Ängste relativ gering, auf eine Altersphase bezogen, von passagerer Natur und stehen in einer engen Beziehung zur geistigen Entwicklung der Kinder (Essau u. a. 2003). Von daher werden Ängste erst dann als klinisch bedeutsam eingeordnet, wenn diese ausgeprägte und dauerhafte Beeinträchtigungen für den Heranwachsenden beinhalten, unabsehbar eine altersentsprechende Entwicklung hemmen oder Probleme im sozialen Nahraum (z. B. Familie, Schule etc.) bewirken (Schneider 2003a).

Tabelle 7.9

Auftretenshäufigkeit von Angststörungen bei 7- bis 10-jährigen Kindern (Auskunft der Eltern, Angaben in Prozent)[56]

	Befunde
gesamt	*9,3 %*
Geschlecht	Mädchen: *10,0 %* Jungen: *10,1 %*
Wohnregion	Ost: *9,7 %* West: *10,1 %*
sozialer Status	niedriger ST: *12,9 %* mittlerer ST: *10,1 %* hoher ST: *8,0 %*

Quelle: Ravens-Sieberer u. a. 2007b; ; ST = Sozialer Status

Es wird eine multifaktorielle Genese von Angsterkrankungen angenommen. Als Risiko gelten dispositionell-genetische Ursachen (z. B. Überängstlichkeit) in Wechselwirkung mit angstverstärkenden Faktoren im sozialen Nahraum (z. B. inkonsistentes elterliches Erziehungsverhalten, Gewalterfahrungen mit z. T. traumatisierenden Folgen; Blanz/Schneider 2008; Schneider 2003b).

Angststörungen sind für Kinder eine folgenreiche Belastung, führen sie doch nicht selten zu drastischen Beeinträchtigungen in der Schule (z. B. Vermeidung des Schulbesuchs) und im Kontakt mit Gleichaltrigen.

7.2.9 Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten

Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten umfassen die Lese-Rechtschreibstörung (Legasthenie), die Rechenstörung (Dyskalkulie) und eine Kombination beider Störungsbilder. Die Lese-Rechtschreibstörung ist definiert als umschriebene Beeinträchtigung des Erlernens von Lesen und Rechtschreibung (Warnke/Schulte-Körne 2008); Rechenstörungen umfassen spezifische Beeinträchtigungen des Rechnens (z. B. Schwierigkeiten bei grundlegenden mathematischen Operationen) und der Zahlenverarbeitung (von Aster 2008). Kinder mit Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten grenzen sich von lernbehinderten Kindern durch eine normale Intelligenz und fehlende Sinnesschädigung/neurologische Grunderkrankung ab. Im deutschsprachigen Raum schwanken die Angaben zu Lese-Rechtschreibstörung zwischen 4 bis 5 Prozent und zu Rechenstörungen zwischen 3 bis 6 Prozent (Blanz u. a. 2007; Schulte-Körne/Remschmidt 2003). Jungen sind gegenüber Mädchen häufiger von der Lese-Rechtschreibstörung betroffen, während unter der Rechenstörung beide Geschlechter in gleichem Ausmaß leiden. Tritt eine Rechenstörung hingegen zusammen mit einer Lese-Rechtschreibstörung auf, sind deutlich mehr Jungen hiervon betroffen (von Aster u. a. 2007; Warnke/Plume 2008). Bezüglich der Häufigkeit von Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten gibt es keine sozialen Statusunterschiede.

Als ursächlich für die Entstehung von Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten werden genetische Einflüsse, Aufmerksamkeitsstörungen, Beeinträchtigungen in der visuell-räumlichen Wahrnehmung und auditorisch-sprachlichen Informationsverarbeitung angenommen. Psychosoziale Einflüsse (z. B. spracharmes häusliches Milieu) und Merkmale des Schulunterrichts beeinflussen die Entwicklung, können aber allein nicht die Entstehung erklären (Blanz u. a. 2007; Warnke/Schulte-Körne 2008).

Verlaufsuntersuchungen zeigen, dass Störungen des Lesens/Rechtschreibens und des Rechnens über den Entwicklungsverlauf sehr stabil sind. Sie werden aufgrund

[56] Daten zu Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen sind nicht mit dem KiGGS, sondern mit der an KiGGS angelehnten Bella-Studie ermittelt worden. Neben Angststörungen erhebt die Bella-Studie Daten zur Auftretenshäufigkeit von psychischen Auffälligkeiten und Störungen (Depressivität, Hyperaktivität, Störungen des Sozialverhaltens) bei Kindern und Jugendlichen.

der schulischen Anforderungen meist erst in der Schule sichtbar, haben aber Vorläufer, die sich bereits im Kindergartenalter zeigen (z. B. Schwierigkeiten in der visuellräumlichen Wahrnehmung). Mit diesen Störungen gehen des Öfteren weitere Störungen (z. B. ADHS) einher, zum anderen können Auffälligkeiten wie z. B. Delinquenz in der Folge von Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten in nachfolgenden Lebensphasen auftreten und schulisches Versagen begünstigen, das sich wiederum in einem geringen Selbstwertgefühl, zuweilen auch in depressiven Verstimmungen und aggressiven Verhaltensweisen niederschlagen kann. Dadurch sind die weitere Schulkarriere sowie die Beziehungen zu Gleichaltrigen gefährdet. Die auch durch negative Etikettierung von betroffenen Mädchen und Jungen mitbedingten Eingliederungsprobleme im schulischen Bereich führen zudem nicht selten zu niedrigen Bildungs- und Berufsausbildungsabschlüssen und einer erhöhten Arbeitslosenrate im Erwachsenenalter (Blanz u. a. 2007).

Dagegen haben gute Intelligenz/sprachliche Ausdrucksmöglichkeiten und schulische Kompetenz einen Schutzfaktoreneffekt für risikobelastete Heranwachsende. Dieser Effekt nimmt mit steigendem Alter zu und ist dementsprechend im Jugendalter größer als in der Kleinkindphase. Kinder und Jugendliche mit diesen Ressourcen schätzen kritische Lebensereignisse meist angemessen ein und verwenden zahlreiche und flexible Bewältigungsstrategien im Alltag und in spezifischen Notlagen (Werner 2007). Zudem erfahren Kinder und Jugendliche mit diesen Fähigkeiten viel Unterstützung von Gleichaltrigen und Lehrern.

7.2.10 Körperlich-sportliche Aktivität

Sportliche Aktivität und Bewegung sind eine Voraussetzung für ein gesundes Aufwachsen und gehören zu den zentralen Präventionsmaßnahmen, die einer Vielzahl von Krankheiten, (z. B. Bluthochdruck, Herz-Kreislauferkrankungen, Störungen des Bewegungsapparates) vorbeugen können. Bewegung fördert den Stressabbau, unterstützt die psychische Gesundheit und trägt zur Stärkung der personalen und sozialen Ressourcen bei. Sportliche Aktivität und Bewegung gehören neben Fernsehen zu den beliebtesten Freizeitaktivitäten von Kindern (Zerle 2007). Spezielle sportliche Talente und Interessen wirken sich bei Kindern und Jugendlichen mit bestehenden Belastungen risikomildernd aus, da die hierdurch erfahrene (soziale) Anerkennung förderlich für die Entwicklung von Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit ist (Werner/Smith 2001). Die Ergebnisse des KiGGS zeigen, dass das Kindesalter ein Lebensabschnitt „in Bewegung“ ist (vgl. Tab. 7.10).

Allerdings sind Kinder mit niedrigem Sozialstatus und Mädchen mit Migrationshintergrund am wenigsten körperlich-sportlich aktiv: Für deutlich mehr Mädchen mit Migrationshintergrund (16 Prozent) als für deutsche Mädchen (6 Prozent) wird angegeben, dass sie nur unregelmäßig oder gar nicht Sport treiben. Dagegen sind Jungen mit Migrationshintergrund (24 Prozent) häufiger an sechs bis sieben Tagen/Woche sportlich aktiv als einheimische deutsche Jungen (15 Prozent; Leven/Schneekloth 2007; vgl. Tab. 7.10).

Tabelle 7.10

Körperlich-sportliche Aktivität bei 7- bis 10-Jährigen

	Befunde
7–10 Jahre (Elternangaben)	sportliche Betätigung an ≥ drei Tagen/Woche Mädchen: *41,7 %;* Jungen: *52,9 %* sportliche Betätigung an ≤ zwei Tagen/Woche Mädchen: *58,2 %* Jungen: *47,2 %* davon keine sportliche Betätigung Mädchen: *10,6 %* Jungen: *6,9 %*
8–11 Jahre (Angaben von Kindern)	sportliche Betätigung an ≥ drei Tagen/Woche niedriger ST: *50 %* hoher ST: *78 %* sportliche Betätigung an ≤ zwei Tagen/Woche niedriger ST: *50 %* hoher ST: *22 %*

Quelle: Lampert u. a. 2007 (7 bis 10 Jahre); Leven/Schneekloth 2007 (8 bis 11 Jahre); ST = Sozialer Status; Differenzen aufgrund von Rundungseffekten

Auch im LBS-Kinderbarometer 2007 bilden sportliche Betätigungen von Kindern einen wichtigen Fragenkomplex. Insgesamt machen mehr als zwei Drittel der Befragten des LBS-Kinderbarometers 2007 einmal oder mehrmals die Woche Sport in einem Verein, 29 Prozent jedoch gar nicht. Mädchen beteiligen sich seltener am Vereinssport als Jungen. Auch Kinder mit Migrationshintergrund, Kinder Alleinerziehender und Kinder, deren Familien von Arbeitslosigkeit betroffen sind, sowie Kinder, die sich für zu dick halten, sind seltener im Sportverein aktiv. Zudem lässt sich ein Zusammenhang mit weiteren gesundheitsfördernden Aspekten herstellen: Kinder, die häufiger Vereinssport betreiben, sind auch häufiger mit den Eltern gemeinsam sportlich aktiv, frühstücken auch öfter (regelmäßig) vor der Schule, und zudem achten die Eltern vermehrt auf eine gesunde Ernährung.

Zudem geben 83 Prozent der Kinder im LBS-Kinderbarometer 2007 an, einmal bis mehrmals in der Woche aus Spaß sportlich aktiv zu sein (z. B. Fahrrad fahren). Auch hier sind die Werte für Mädchen und Kinder mit Migrationshintergrund geringer, und auch hier gibt es einen positiven Zusammenhang mit sportlichen Aktivitäten gemeinsam mit ihren Eltern sowie mit gesunder Kinderernährung.

Im bundesweiten Durchschnitt hat nur knapp ein Viertel (24 Prozent) der Kinder (sehr) oft Gelegenheit, gemeinsam mit den Eltern Sport zu treiben; die überwiegende

Mehrheit (56 Prozent) hingegen nur selten bis manchmal, und immerhin 21 Prozent nie. Dabei scheint dem Alter eine wichtige erklärende Rolle zuzukommen, denn mit steigendem Alter des Kindes ist ein Rückgang der gemeinsamen sportlichen Aktivitäten zu verzeichnen (LBS Initiative Junge Familie/Deutscher Kinderschutzbund 2007).

Mit steigendem Alter von Heranwachsenden nimmt nicht nur die Häufigkeit der sportlichen Aktivitäten gemeinsam mit Eltern ab, sondern auch der gesamten körperlich-sportlichen Aktivität (Lampert u. a. 2007). Die bereits im Kindesalter beobachtete Tendenz, dass Heranwachsende mit einem niedrigen Sozialstatus sowie Mädchen mit einem Migrationshintergrund zu einer Risikogruppe gehören, die sich weniger als einmal in der Woche körperlich betätigt, setzt sich auch im Jugendalter fort (ebd.).

7.3 Zusammenfassung

Kinder im Alter von 6 bis 12 Jahren machen mit dem Eintritt in die Schule eine Vielzahl von neuen Erfahrungen. Sie werden damit konfrontiert, dass ihr Leben nun zumindest teilweise den Gesichtspunkten der Zukunfts-, Leistungs- und Zeitnutzungsorientierung unterworfen wird. Auf der anderen Seite ist die Schule ein zentraler Treffpunkt für die Gleichaltrigen ihres sozialen Nahraums. Vielfältige Möglichkeiten und Anlässe, Gleichaltrige kennen zu lernen, neue Freunde zu finden und gemeinsame Interessen zu verwirklichen sind damit ebenso verbunden wie die gegenseitige Unterstützung im Umgang mit schulischen Herausforderungen. Schulische Anforderungen wirken sich auch auf den Freizeitbereich von Kindern aus; die Zeit für das „einfach nur Kind sein“ wird immer knapper (und kostbarer). Angesichts dieser gestiegenen Anforderungen reagieren diejenigen Mädchen und Jungen, denen kaum kompensatorischen Ressourcen zur Verfügung stehen, verstärkt mit diffusen Stresssymptomen sowie mit emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten. Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten und bestehende chronisch-somatische Erkrankungen können diese Belastungen noch wesentlich erhöhen, wenn es im sozialen Umfeld an Ressourcen und an kompensatorischer Unterstützung mangelt. Dies kann sich ungünstig auf die schulische Leistungsfähigkeit der betroffenen Jungen und Mädchen auswirken.

Kinder mit Behinderung werden im Schulalter zunehmend vor besondere Herausforderungen gestellt: Die Erfahrung wachsender Mobilität ist ihnen oft verwehrt, ihre sozialen Kontakte werden durch die Abhängigkeit von Erwachsenen, aber auch durch die immer noch überwiegende Sonderbeschulung bestimmt. Dies führt zu deutlichen Einschränkungen in ihrer Weltaneignung. Angesichts der Probleme von benachteiligten Mädchen und Jungen wird in jüngster Zeit zunehmend eine inklusive Beschulung in einer „Schule für alle“ angestrebt, die mit den jeweils individuell besten Förderkonzepten den Verschiedenheiten von Kindern mit Behinderung, mit Migrationshintergrund oder auch mit Verhaltensauffälligkeiten besser genügen kann.

7.4 Fazit

Die Lebens- und Lernwelten von Kindern im Grundschulalter bleiben nicht unbeeinflusst von gesellschaftlichen Entwicklungen wie eine Zunahme von Leistungsorientierung und Effizienzstreben, zudem sind viele Kinder betroffen von Einschränkungen individueller Freiheiten und der Verwirklichung eigener Handlungsmöglichkeiten. Um sich aber zu gesunden Mitgliedern der Gesellschaft zu entwickeln, brauchen Kinder Lebens- und Lernbedingungen, welche ihnen das in der UN-Kinderrechtskonvention verbürgte Grundrecht auf ein gesundes Aufwachsen ermöglichen.

Kinder brauchen unabhängig davon, ob sie gesund, chronisch krank oder behindert sind, Bewegungs-, Erfahrungs- und Bildungsräume, in denen sie sich ihre Lebenswelt aneignen und diese aktiv mitgestalten können.

Kinder brauchen innerhalb des Bildungssystems Lebens- und Lernbedingungen, in denen sie sich mit ihren Kompetenzen bewähren können und in denen gesundheitliche Risiken und gesundheitsbezogene Aussonderung (z. B. von Kindern mit Behinderungen auf Förderschulen) möglichst ebenso wenig eine Rolle spielen wie Faktoren, die die Lernfreude senken (z. B. große Klassen, mangelnde persönliche Zuwendung von Lehrkräften) und zu gesundheitlichen Belastungen (z. B. Entstehung von Schulangst, Vermeidung des Schulbesuchs) führen können. Zudem brauchen Schulkinder Rahmenbedingungen, welche ihre Möglichkeiten zum sozialen Lernen unterstützen.

Soziales Lernen innerhalb der Schule, aber auch in Kontexten der non-formalen und informellen Bildung, ermöglicht es gesunden, aber auch kranken und behinderten Mädchen und Jungen, Freundschaften und befriedigende Beziehungen zu anderen Menschen einzugehen. Kinder brauchen hierzu Rahmenbedingungen ohne diesbezügliche Barrieren (z. B. finanzielle Ressourcen, Erreichbarkeit von Bildungsorten etc.), die einen negativen Einfluss auf ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität haben können.

8 Kinder und Jugendliche von zwölf bis unter achtzehn Jahren

8.1 Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen: den Körper spüren, Grenzen suchen, Identität finden

Jugend im Sinne des Wortes verstanden als eine eigenständige Lebensphase, die die Heranwachsenden beider Geschlechter und aller sozialen Klassen und Milieus umfasst, ist ein historisch vergleichsweise junges Phänomen, das erst im 20. Jahrhundert seine heute vertraute Form annahm. Dabei war und ist bis in die Gegenwart hinein das Verständnis von Jugend immer auch durchzogen von sich wandelnden Erwartungen an Jugendliche und von gesellschaftlichen Normierungen einerseits und andererseits tief greifenden Umgestaltungen der Selbstwahrnehmungen und Auseinandersetzungsprozesse aufseiten der Jugendlichen selbst, die sich nicht zuletzt auch auf die Aspekte Gesundheit und Sexualität beziehen. Ihren Niederschlag finden die öffentlichen Erwartungen in vielfältigen Formen. Neben weithin akzeptierten Moralvorstel-

lungen finden derartige Erwartungen ihren Niederschlag u. a. in den institutionellen Arrangements (z. B. im Aufbau der Lehrpläne und den schulischen Didaktiken) und den gesetzlichen Vorgaben und Verordnungen (z. B. in Bezug auf Strafmündigkeit, Geschäftsfähigkeit, Jugendschutz etc.). Jugendlichen begegnen sie in Form konkreter, mehr oder weniger alltäglich erfahrbarer Erwartungen.

Ein kleine historische Reminiszenz mag dies verdeutlichen: Als 1906 *Wedekinds* Drama „Frühlings Erwachen – Eine Kindertragödie“ erstmals in den Berliner Kammerspielen aufgeführt wurde, gab es einen Skandal. Die öffentliche Inszenierung pubertärer Krisen galt als obszön. Hundert Jahre später scheint das Thema Pubertät offenbar noch immer und erneut die öffentliche Diskussion und die Medien zu beschäftigen.[57] Nun geht es nicht mehr um Verbotsforderungen, sondern es dominiert die Information und Aufklärung. Pubertät bzw. Adoleszenz und damit weite Teile der Jugendphase erscheinen dabei nicht nur als eine Phase schnellen körperlichen Wachstums und tief greifender Veränderungen, sondern für alle Beteiligten auch als etwas mitunter sehr Krisenhaftes und Verunsicherndes, sogar Rätselhaftes und aus der Sicht der Erwachsenen vor allem als mit den üblichen pädagogischen, auf Einsicht und Vernunft setzenden Mitteln kaum Beeinflussbares.

Doch es sind nicht nur gesellschaftliche Erwartungen und Bilder von Jugend, die an dieser Stelle eine Rolle spielen. Neben den biologisch bedingten Veränderungen muss vor allem auf die sozioökonomischen und kulturellen Rahmenbedingungen und verfügbaren Ressourcen einerseits sowie die individuellen Muster der Lebensführung bzw. der Bewältigung des Alltags andererseits hingewiesen werden. Dazu gehört es auch, mit den größeren eigenen Handlungsspielräumen und den vielfältigen neuen Eindrücken und Ausdrucksmöglichkeiten umgehen zu lernen. Vor diesem Hintergrund spielen eigene personale Ressourcen eine bedeutende Rolle, die für das ganze Leben, vor allem aber auch für das Jugendalter bedeutsam werden. Dazu gehören einmal selbstbezogene Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeitserwartungen, die in Alltagssituationen entstehen, in denen Heranwachsende eigene Optionen entwickeln und erproben können. Sie können auf diese Weise in ihren Lebenswelten Grundlagen für ihre Handlungsfähigkeit und ein Vertrauen in die eigene Handlungswirksamkeit erwerben. Von einer stabilen selbstbezogenen Kontrollüberzeugung lässt sich dann sprechen, wenn die Heranwachsenden weitgehend überzeugt sind, dass eintretende Ereignisse wesentlich das Ergebnis eigenen Handelns bzw. durch dieses zu beeinflussen sind. Sogar in der Bewältigung enttäuschender Situationen durch eigene Aktivität oder durch den Rückgriff auf die Kompetenz von Erwachsenen entwickeln Kinder und Jugendliche Vertrauen in die eigene Person (Egle/Hoffmann 2000; Werner 2007; Werner/Smith 2001). Selbstwirksamkeit gilt als ein relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal, es umschreibt die allgemeine Überzeugung von der eigenen Kompetenz, herausfordernde Situationen aktiv und positiv zu bewältigen (Bandura 1997). Positive Selbstwirksamkeitserfahrungen erleichtern Kindern und Jugendlichen den Umgang mit potenziell belastenden Ereignissen und steuern zukünftiges Problemlöseverhalten. Sie haben darüber hinaus einen förderlichen Effekt auf die psychische Gesundheit und wirken sich auch auf die Bewältigung von (schulischen) Aufgaben positiv aus. So orientieren sich Kinder und Jugendliche mit einer solchen Persönlichkeitstendenz an anspruchsvollen Zielen und unternehmen große Anstrengungen, um diese Ziele auch bei auftretenden Schwierigkeiten, die sie als Herausforderung für die eigene Person interpretieren, beizubehalten (Schwarzer 1994).

Jugendliche sind – genauso wenig wie Kinder – als passive Objekte stürmischer Entwicklungen und gesellschaftlichen Drucks zu verstehen, sondern im Zusammenspiel mit den genannten Aspekten als aktive Akteure. *Fend* spricht von „Jugendlichen als Werke ihrer selbst“ (2001, S. 205 ff.). Aus diesen je individuellen Gemengelagen ergeben sich sehr unterschiedliche Wege durch die Jugendphase.

Mit dem Konzept der alterstypischen Entwicklungsaufgaben für Jugendliche wird seit einigen Jahrzehnten versucht, die notwendige Auseinandersetzung der Heranwachsenden mit den gesellschaftlichen Erwartungen und den normierenden Bildern des Jugendalters prägnant zu bündeln.[58] In der Fachliteratur existiert mittlerweile eine Reihe von Vorschlägen, welches denn nun die typischen Entwicklungsaufgaben des Jugendalters in der Gegenwart sind. Auch wenn sich diese im Detail und in der Sortierung unterscheiden, so lassen sich doch für die Jugendphase charakteristische Entwicklungsaufgaben ausmachen. Auf der Basis eines breiten Forschungsüberblicks unterscheidet z. B. *Fend* (2001) folgende sieben Aufgaben: Den Körper bewohnen lernen (S. 222 ff.), der Umgang mit Sexualität lernen (S. 254 ff.), den Umbau der sozialen Beziehungen (S. 269), den Umbau der Leistungsbereitschaft: Schule als Entwicklungsaufgabe (S. 330 ff.), die Berufswahl (S. 368 ff.), Bildung (S. 378 ff.) und Identitätsarbeit (S. 402 ff.).

In einem knappen Systematisierungsversuch nennt *Fend* fünf Kernthemen der Adoleszenz: Selbst, Körper und Sexualität, Beziehungen zu Eltern und Peers, Leistung und Beruf sowie Kultur und Gesellschaft (Fend 2001, S. 414). Die Auseinandersetzung mit diesen Kernthemen bzw. ihre Bewältigung erfolgt in unterschiedlichen Formen, nicht nur kognitiv, sondern immer auch emotional, häufig willentlich.

Im Horizont der in diesem Bericht im Mittelpunkt stehenden Fragestellungen ergeben sich an dieser Stelle direkte Anschlusspunkte. Als gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen für das Jugendalter lassen sich vor allem folgende drei Aspekte ausmachen:

– Den Körper spüren
– Die Grenzen suchen
– Eine eigene Identität finden

[57] Ein Beispiel aus jüngerer Zeit: GEO-Wissen, Heft 41, 2008, zum Thema Pubertät. Vgl. auch z. B. Sichtermann 2007.

[58] Es war der amerikanische Psychologe *Havighurst*, der mit seinem 1972 erschienenen Buch „Developmental tasks and education“ den bis in die aktuelle Forschung hinein nachhaltigen Versuch unternommen hat, die alterstypischen Entwicklungsaufgaben in modernen Gesellschaften zu beschreiben.

Den Körper spüren

Wie wohl kaum eine andere biografische Veränderung markieren die hormonellen und körperlichen Veränderungen den Beginn der Pubertät und der Jugendphase. Dabei spielen äußerliche Veränderungen (Größenwachstum, Ausprägung der sekundären Geschlechtsmerkmale und Geschlechtsreife) ebenso eine Rolle wie komplexe psychische Dynamiken und die vielschichtigen Reaktionen der Umwelt. Befunde aus der Neurobiologie belegen, dass Gehirnstrukturen in dieser Zeit grundlegend umgebaut und neue Lernprozesse möglich werden (vgl. Wietasch 2007). Dabei werden vor allem die äußerlich sichtbaren Veränderungen des Körpers zum Gegenstand zum Teil ängstlicher eigener wie auch fremder kritischer Beobachtung und, soweit als möglich, zum Objekt von bewusster Gestaltung, zum Teil aber auch bewusster Negierung. Auch im Zusammenhang mit der sexuellen Reifung und dem wachsenden Interesses an sexueller Attraktivität gewinnen Schönheitsideale an Bedeutung ebenso wie das Interesse, „etwas aus sich zu machen“. Körperästhetik, Inszenierungen und Präsentationen beanspruchen viel Raum (vgl. Misoch 2007); das Ausprobieren der Geschlechterrollen und auch erster sexueller Annäherungen prägen den Alltag bis in die kleinsten Nischen. Körpererfahrungen und Körpererleben werden in dieser Phase in vielfältiger Form zum Ausgangs- und Bezugspunkt von Wohl- und Unwohlbefinden, von positiver Weltzuwendung wie auch von quälenden Anstrengungen, von Krisen und neuen Risiken. Dabei differieren die Muster der Körperwahrnehmung und des Umgangs mit ihm sowie das Sexualverhalten nach sozialen Lagen, kulturellen Hintergründen sowie zwischen den Geschlechtern erheblich.

Mädchen und Jungen mit Behinderung haben es in Hinblick auf ein befriedigende sexuelle Entwicklung oft besonders schwer, zumal, wenn sie nicht den üblichen Schönheitskriterien entsprechen. Zwar gilt in der Fachwelt nicht mehr die Norm, sie auf sexuelle Enthaltsamkeit und ein Leben ohne partnerschaftliche Beziehungen vorzubereiten, doch häufig fehlt es, z. B. für Menschen mit geistiger Behinderung, schon an einer angemessenen Sexualpädagogik und an Information zu sexuellem Missbrauch (vgl. Exkurs 8.3) und AIDS-Prävention (Stöppler 2008). Zudem wird nach wie vor ihr Recht auf Elternschaft kontrovers diskutiert (Pixa-Kettner/Bargfrede 2005), dies kann eine zusätzliche Belastung für sie sein.

Die Aufgabe, dem eigenen Körper in dem Sinne Bedeutung beizumessen, dass die eigene leibliche Existenz mit Genuss, Begierden, Begehren und Leiden positiv und als verwoben mit dem gelebten Leben, der individuellen Geschichte, mit subjektiver Bedeutung, der Nähe zu anderen und der intersubjektiven Kommunikation wahrgenommen werden kann, ist für die meisten Jugendlichen nicht einfach zu bewältigen. Mädchen und Jungen mit Behinderung müssen sie darüber hinaus für sich in besonderer Weise realisieren (Dederich 2007, S. 182 ff.). Zudem werden Jugendliche mit Behinderung insofern benachteiligt, diese Sorge für ihren Körper zu entwickeln, als ihnen die Erfüllung gesellschaftlicher Erwartungen wie Selbstbestimmung und Selbstständigkeit nicht zugetraut wird, aber zugleich Abhängigkeit und Angewiesensein keine Würdigung erfahren, die sie für ihre Identitätsentwicklung nutzen könnten. Positiv ausgedrückt bedeutet dies, dass Sozialleistungen und Bürgerrechte alleine nicht genügen, um Anerkennung und Teilhabe zu erreichen, sondern dass es der kulturellen Werte, der individuellen und gesellschaftlichen Akzeptanz bedarf, damit Menschen mit Behinderung nicht als integrierte Minderheit, sondern als integraler Bestandteil der Gesellschaft verstanden werden können (Waldschmidt 2005).

Der zentrale Stellenwert, der der Körpererfahrung im Jugendalter zukommt, wird nicht zuletzt daran erkennbar, dass für nicht wenige Jugendkulturen Körperlichkeit in ihren jeweiligen Facetten das Zentrum der jeweiligen Szene und ihrer vorrangigen Freizeitbeschäftigung darstellt (Hitzler u. a. 2005; Neumann-Braun/Richard 2005).

Die Identifikation von Jugendlichen mit bestimmten Jugendkulturen kann problematisch erscheinen, bedeutet aber auch die Partizipation an bestimmten Mustern der sozialen Interaktion. Die dort meist erfahrene soziale Unterstützung, Nähe und Akzeptanz in der Gruppe stellt eine wichtige Ressource für die die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls und die soziale Kompetenz von Jugendlichen dar (Ezzell u. a. 2000). In dieser Perspektive kann die Phase der Adoleszenz auch als zweite Chance gesehen werden, innerhalb derer frühere Kindheitserfahrungen modifiziert und korrigiert werden können (Erdheim 1983; Blos 1973). So können beispielsweise in der frühen Kindheit entstandene Kommunikationsstörungen zwischen Eltern und ihren Kindern durch die Teilhabe an anderen kulturellen symbolischen Systemen, z. B. in der Gleichaltrigengruppe, modifiziert statt fixiert werden (vgl. Erdheim 1983).

Eine zu den Eltern und anderen wichtigen Erwachsenen komplementäre Ressource stellen die Gleichaltrigen dar, bieten sie doch vor allem in Bezug auf die altersspezifischen Themen der Jugendlichen und die jugendtypischen Entwicklungsaufgaben eine bessere Bühne als die Erwachsenen. Gleichwohl können diese Erfahrungen eine fehlende Unterstützung durch die Eltern sowie durch externe erwachsene Bezugspersonen wie Lehrer oder Sozialpädagoginnen, die u. a. positive Rollenmodelle anbieten (Heller u. a. 1999) oder auch bei der Berufsfindung unterstützend wirken, nur bedingt kompensieren (van Aken u. a. 1996). Soziale Unterstützung wirkt sich körperlich und psychisch entlastend aus (van Aken u. a. 1996), insbesondere auch bei Heranwachsenden, die eine chronische Erkrankung oder ein kritisches Lebensereignis (z. B. Erkrankung der Eltern oder Missbrauchserfahrungen) zu bewältigen haben (Ezzell u. a. 2000), und erleichtert zudem ein positives Gesundheitsverhalten (Bettge 2004). Dabei ist die Qualität von sozialer Unterstützung entscheidender als deren Quantität (Schnabel 2001).

Grenzen suchen

Es gehört zum bislang weitgehend akzeptierten Common Sense, dass Jugendliche ihre Grenzen erproben müssen. Nicht nur die körperlichen und psychischen Veränderungen, sondern auch die sich öffnenden gesellschaftlichen Spielräume sowie schließlich die Notwendigkeit, eine eigene Position in der Welt finden zu müssen, erfordern geradezu das Ausloten der eigenen individuellen sowie der gesellschaftlich gesetzten Grenzen. Hinzu kommt, dass spätmoderne Gesellschaften mit ihren diffusen Normierun-

gen, inneren Widersprüchen und zahlreichen Doppelbödigkeiten nicht mehr einfach Anpassungen an vorgegebene Muster der Lebensführung ermöglichen, sondern jeden Einzelnen und jede Einzelne zwingen, sich individuell ihren Weg durch die zahlreichen Optionen zu bahnen.

Das vielfältige, wenig gesundheitsförderliche Risikoverhalten, z. B. in Form von Extremsport, Magersucht, Selbstverletzung, Probieren von Drogen, Rauschtrinken (Raithel 2001), und die Bereitschaft zu extremen körperlichen Belastungen sind in diesem Sinne ebenso als Formen des Auslotens von Handlungsräumen und des Suchens nach Grenzen zu verstehen wie die vielen Formen abweichenden Handelns, sei es in Form delinquenten bzw. strafrechtlich relevanten Handelns, sei es in Form psychopathologischer Verhaltensweisen. Grenzen suchen bedeutet schließlich, sich im sozialen Netz zwischen Elternhaus, Schulumwelt, Peergroup und virtuellen Welten zu positionieren und die dabei jeweils gültigen Regeln akzeptieren bzw. deren Spielräume ausloten zu lernen.

Eine eigene Identität finden

Eng mit den zuvor genannten Entwicklungsthemen ist schließlich die zentrale Herausforderung der Jugendphase zu sehen: die Entwicklung einer eigenen Identität, die mit der Beantwortung der Frage „wer bin ich“ verknüpft ist. Damit sind für die Jugendlichen existenzielle Grund- und Sinnfragen angesprochen, die besonders in dieser Lebensphase eine zentrale Rolle spielen. Die Beschäftigung mit Religion, Transzendenz, Tod, aber auch grundlegende Erfahrungen wie Angst, Bedrohung, Verzweiflung, Hoffnung und Zuversicht nehmen deshalb einen breiten Raum ein. Die Frage nach der eigenen Identität tangiert aber auch die vielen Teilaspekte von Identität – also z. B. die Geschlechtsidentität (wer bin ich als Junge bzw. als Mädchen?) – oder die verschiedenen Bezüge zur Welt und die individuell jeweils verfügbaren und zugänglichen Wissensbestände und Kompetenzen in sachlich-dinglicher, kultureller, sozialer und subjektiver Hinsicht (Deutscher Bundestag 2005b). Gesellschaftlich wird dabei – trotz aller ungebrochen wirksamen Individualisierungs-, Pluralisierungs-, Entgrenzungs- und spätmodernen Vergesellschaftungsprozesse (Keupp u. a. 1999, vgl. Teil A) – von Jugendlichen erwartet, dass sie eine im Kern relativ kohärente Identität ausbilden. Identität wird hier verstanden als ein permanenter Aushandlungsprozess, in dem das Individuum versucht, über Handlungen/Verhalten eine Übereinstimmung zwischen der eigenen Selbstwahrnehmung und eigenen – antizipierten – Verhaltensstandards zu erreichen („Identitätsarbeit“). Der Begriff der Identität umfasst nicht nur Werte und Ziele sowie Vorstellungen darüber, wer man ist, sondern auch über die eigenen Fähigkeiten. Damit ist „Identität“ auch für die Entwicklung des Kohärenzsinns (Antonovsky 1979; vgl. Kap. 3.2.2.1 in Teil A) von großer Bedeutung. Zentrales Ziel des Identitätsprozesses ist das (immer wieder erneute) Erreichen eines positiven Selbstwertgefühls und einer allgemeinen Handlungsfähigkeit, die die Grundlage für die Lebensbewältigung und damit die Basis für Gesundheit bilden. Wenn es einem Jugendlichen gelingt, eigene Identitätsziele zu erreichen, etwa, indem er vorhandene Stressoren (z. B. Arbeitsplatzverlust) als Herausforderung annimmt und positiv bewältigt, dann kann Identität selbst zu einer gesundheitsförderlichen Ressource im Umgang mit Stress und Krisen werden (Höfer 2000). Für Jugendliche, die als behindert gelten, erweisen sich die Herausforderungen wachsender Freiheitsgrade des Handelns bei gleichzeitiger Einordnung in gegebene Verhältnisse als besonders hindernisreich. Sich zu behaupten und mit Risiken selbstbewusst umzugehen, wird ihnen zunächst wenig zugemutet und zugetraut. Mit welchen Lösungsansätzen sie ihr Leben bewältigen sollen und können, ist nicht immer deckungsgleich mit traditionellen Selbstverständnissen auch der Fachwelt. Sie stellen also zugleich die scheinbare Selbstverständlichkeit sinnvoller und tragfähiger Lebensgestaltung, die Erwachsene bei ihren Erziehungsaufgaben und Bildungskonzepten leiten, in Frage (Langner 2009).

8.2 Gesundheit, Krankheit und Behinderung

8.2.1 Sexualität und Schwangerschaften Minderjähriger

Mit der Pubertät erleben Mädchen und Jungen körperlich und sexuell eine wichtige Passage auf dem Weg ins Erwachsensein. Mit 14 Jahren hat jede/jeder zehnte deutsche Jugendliche intime sexuelle Erfahrungen gemacht und bis zum Alter von 17 Jahren steigt dieser Anteil deutlich an. Unter den 14- bis 17-jährigen Jugendlichen mit Migrationshintergrund haben Jungen häufiger als Mädchen bereits sexuelle Erfahrungen (vgl. Tab. 8.1). Den ersten Geschlechtsverkehr haben deutschstämmige Jugendliche in der Regel mit dem festen Freund/der festen Freundin. Für beide Geschlechter gilt: Je älter die Jugendlichen beim Einstieg ins Sexualleben sind, desto sorgfältiger wählen sie ihre Partner aus (BZgA 2006). Mädchen mit Migrationshintergrund entsprechen in ihrem Verhalten zumeist den Mädchen ohne Migrationshintergrund (BZgA 2007a).

Exkurs 8.1 Schwangerschaften Minderjähriger

Die Zahl der zur Welt gebrachten Kinder minderjähriger Mütter hat sich zwischen 2000 und 2005 um 7,5 Prozent verringert und ist international als relativ gering einzustufen (Block/Matthiesen 2007; Laue 2007). In einer Studie von „pro familia“ zu den Gründen für Schwangerschaftsabbrüche bei minderjährigen Schwangeren gaben 92 Prozent aller Befragten an, dass sie ungeplant schwanger geworden sind (ebd.). Nur etwa ein Viertel dieser Schwangeren hatte mit der Pille verhütet. Auffällig ist, dass vor allem junge Schwangere aus „geschlechtertraditionellen“ Zusammenhängen (z. B. Musliminnen) nicht oder nur unsicher verhüten. Darüber hinaus zeigte die Studie deutliche Zusammenhänge zwischen Bildungsgrad und Schwangerschaften: 54 Prozent der schwangeren Jugendlichen besuchten die Hauptschule. Von den jungen Frauen, die derzeit keine Schule besuchten, waren 51 Prozent ohne Arbeit oder Ausbildung. Diese Frauen bewegen sich zudem meist in einem sozialen Umfeld, das ebenfalls von sozialer Benachteiligung geprägt ist. Während sozial benachteiligte junge Frauen des Öfteren aus Mangel an sozialen Teilhabechancen in der Gründung einer neuen Familie eine neue Identität und Zukunft sehen, entscheiden sich junge Frauen mit hohem Bildungsgrad eher für eine Abtreibung (ebd.).

Der KiGGS zeigt, dass das Aufwachsen von Kindern sehr junger Mütter (die bei Geburt ihres Kindes unter 19 Jahre alt waren) vergleichsweise belastet ist: 64 Prozent dieser Familien (im Gegensatz zu 26 Prozent der älteren Mütter) haben aktuell einen niedrigen Sozialstatus. Sehr junge Mütter rauchten häufiger in Schwangerschaft und Stillzeit und stillten insgesamt seltener als ältere Mütter (RKI 2008a).

Kondome sind das bevorzugte Verhütungsmittel beim Einstieg ins Geschlechtsleben: 71 Prozent der sexuell erfahrenen Mädchen ohne Migrationshintergrund und 66 Prozent der Jungen ohne Migrationshintergrund geben an, dieses Verhütungsmittel beim ersten Mal benutzt zu haben. Mit großem Abstand folgt die Pille (BZgA 2006). Jugendliche mit Migrationshintergrund nutzen seltener als ihre Altersgenossen ohne Migrationshintergrund Kondome (Mädchen 63 Prozent; Jungen 50 Prozent) und Pille (BZgA 2007a).

Mit zunehmender sexueller Erfahrung ändert sich das Verhütungsverhalten. Die Anwendung von Kondomen geht zurück und die Nutzung der Pille steigt an (BZgA 2006). In weiteren sexuellen Kontakten ergibt sich eine Angleichung des Verhütungsverhaltens Jugendlicher mit Migrationshintergrund an das Verhütungsverhalten Jugendlicher ohne Migrationshintergrund.

Mädchen achten zu mehr als Dreivierteln „immer sehr genau“[59], darauf nicht schwanger zu werden. Anders allerdings die Jungen mit Migrationshintergrund: Nur jeder Dritte gibt an, „immer sehr genau“ auf Verhütung zu achten (BZgA 2007a). Je früher Jugendliche mit sexuellen Kontakten beginnen, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich „immer sehr genau“ um die Verhütung kümmern (BZgA 2006).

[59] Zitiert wurde hier ein Item der Untersuchung.

Tabelle 8.1

Sexualverhalten bei 14- bis 17-jährigen Jugendlichen ohne und mit Migrationshintergrund

	Jugendliche ohne Migrationshintergrund (BZgA 2006)	**Jugendliche mit Migrationshintergrund (BZgA 2007a)**
mind. einmal Erfahrung mit Intimverkehr	Mädchen: *39 %* Jungen: *33 %*	Mädchen: *26 %* Jungen: *44 %*
Alter beim 1. Intimverkehr ≤ 14 Jahre	Mädchen: *14 %* Jungen: *12 %*	Mädchen: *11 %* Jungen: *29 %*
feste Partnerschaft beim 1. Intimverkehr	Mädchen: *64 %* Jungen: *51 %*	Mädchen: *64 %* Jungen: *28 %*
keine Verhütung beim 1. Intimverkehr	Mädchen: *9 %* Jungen: *15 %*	Mädchen: *19 %* Jungen: *34 %*
keine Verhütung bei nachfolgenden Intimverkehren	Mädchen: *2 %* Jungen: *9 %*	Mädchen: *8 %* Jungen: *8 %*
Jugendliche, die „immer sehr genau“ auf Verhütung achten	Mädchen: *77 %* Jungen: *62 %*	Mädchen: *74 %* Jungen: *35 %*
Sozialstatus	Bei niedrigem Bildungsstatus werden erste sexuelle Kontakte in einem früheren Alter eingegangen	
Wohnregion	Jugendliche aus Ostdeutschland haben größere Erfahrung mit sexuellen Kontakten als Jugendliche aus Westdeutschland	

Quelle: BzgA 2006a, 2007a

8.2.2 Medienkonsum

Der Umgang mit den Informations- und Kommunikationstechnologien (Fernsehen, Computer, Internet, Spielkonsolen, Mobiltelefon, MP3) ist ein wichtiger Teil des Alltags von Jugendlichen heute. Bei der Frage des Zugangs, der Auswahl und bei den aktiven und passiven Formen des Medienumgangs sind alters-, geschlechts-, bildungs- und statusspezifische Unterschiede ebenso zu beachten (Theunert u. a. 2005; Treumann u. a. 2007; Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2008), wie der Trend von der stationären zur mobilen Mediennutzung (Mobiltelefon etc.). Auch die rasante Verbreitung der selbst gestalteten Netze und Inhalte im Internet des Web 2.0 trägt zu Veränderungen der Jugendphase bei, die als „Mediatisierung des Jugendalltags“ beschrieben wird (Deutscher Bundestag 2005, S. 59). Eine seriöse Beschäftigung mit dem Thema erfordert eine doppelte Perspektive, die sowohl die Möglichkeiten und Risiken dieser das gesamte Spektrum der Informations- und Kommunikationstechnologien umfassenden Mediatisierung als auch die Wechselwirkungen der Veränderungen von Jugendphase und Jugendmedien mit einbezieht.

Dabei ist zunächst festzuhalten: Die vielfältige Präsenz der Medien im Alltag der Jugendlichen beeinträchtigt im Allgemeinen nicht die nicht-medialen Freizeitinteressen dieser Altersgruppe. Vielmehr unterstützen die neuen interaktiven Kommunikationsmöglichkeiten z. B. über Mobiltelefon und soziale Netze im Internet (Foren, Communities etc.) das Interesse der Heranwachsenden an Freundschaften und am Zusammensein mit Freunden, das für die 12- bis 19-Jährigen an erster Stelle ihrer „nicht-medialen“ Freizeitinteressen steht (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2007, S. 6). Die inzwischen von bestimmten Orten und Zeiten weitgehend unabhängige mediale Interaktion mit den Freunden kann den Heranwachsenden Zugehörigkeit und mehr Sicherheit auf dem (gemeinsamen) Weg ins Erwachsenenalter vermitteln. Diese Orientierung an den Freunden und die aktive Beteiligung an den Aktivitäten im Freundeskreis spiegeln sich auch in den Themen wieder, über die sich die Jugendlichen in den sozialen Netzen im Internet austauschen. Im Mittelpunkt stehen dort Tipps zu Veranstaltungen, Unterstützung in Schule, Ausbildung und Jobs sowie der Austausch – auch über persönliche Probleme – mit alten Freunden und die Kontaktaufnahme zu anderen Gleichaltrigen (Sander/Lange 2008).

In der kontroversen Diskussion über die Medien und ihre Wirkungen ist eine differenzierte Einordnung der vorliegenden Daten und empirischen Befunde erforderlich. Dies gilt auch in Bezug auf die selbst eingeschätzte durchschnittliche tägliche Fernsehdauer. Nach eigener Einschätzung verbringen die befragten 12 bis 19-Jährigen durchschnittlich zwei Stunden pro Tag mit Fernsehen (123 Min; vgl. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2007, S. 23). Deren Wert differiert in den verschiedenen Untersuchungen je nach Parametern, Messverfahren und Auswahl der Untersuchungsgruppe z. T. erheblich (vgl. Pfeiffer u. a. 2007, Lampert u. a. 2007a). Zudem kam die *JIM-Studie* 2007 zu dem Ergebnis, dass die Jugendlichen dazu neigen, ihre Fernsehdauer um durchschnittlich 20 Minuten zu überschätzen (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2007, S. 23).

Einen Computer besitzen 67 Prozent der Jugendlichen, über die Hälfte von ihnen beschäftigt sich ein bis drei Stunden täglich mit dem Computer. Dabei liegt bei den befragten Jungen der Wert für das „für die Schule arbeiten“ erstmals vor dem Wert für „Computerspielen“. Auf dem zweiten und dritten Rang folgen „Texte schreiben“ und „Musik-CD/MP3 zusammenstellen“ (ebd. S. 33).

Im Verlauf der Adoleszenz verändern sich die Interessen und Erwartungen der Jugendlichen. Das Spielen als tägliche Aktivität verringert sich von 40 Prozent der 12- bis 13-Jährigen auf 25 Prozent der 18- bis 19-Jährigen. Jungen verbringen sehr viel mehr Zeit mit Computerspielen als Mädchen, was für sie mit einer Reihe von emotionalen, kognitiven und sozialen Optionen verbunden ist (z. B. expressive Verhaltensmuster, gemeinsamer Spaß und Spannung; Quandt u. a. 2008). Medienkompetenz in Bezug auf Inhalte, Nutzungsdauer und soziale Aspekte)[60] stellt in diesem Zusammenhang eine wichtige Ressource im Hinblick auf verschiedene Settings wie Schule, Ausbildung und Beruf dar. Allerdings verfügen nicht alle Jugendlichen über sozial und auch medial kompetente Vorbilder, die ihnen eine Orientierung beispielsweise in Hinblick auf gefährdende Medieninhalte oder zeitlichen Nutzungsumfang geben.

In der Forschung werden Zusammenhänge zwischen (zu) intensiver Mediennutzung und aggressivem Sozialverhalten, Aufmerksamkeits- und Schulleistungsproblemen sowie u. a. Bewegungsmangel/Übergewicht, Augenbeschwerden und Schlafmangel/-störungen diskutiert (Lampert u. a. 2007, van Egmond-Fröhlich u. a. 2007). So konnte im KiGGS ein Zusammenhang zwischen intensiver Mediennutzung und sportlich-körperlicher Inaktivität[61] sowie Adipositas ermittelt werden, wobei allerdings offen bleiben muss, was hier Ursache und was Wirkung ist (Lampert u. a. 2007). Ebenfalls wird im KiGGS über eine verstärkte Mediennutzung (Spiele, Musik hören) bei verhaltensauffälligen Mädchen berichtet (RKI 2008a).

---

[60] „Medienkompetenz ist die Fähigkeit, Medien und die dadurch vermittelten Inhalte den eigenen Zielen und Bedürfnissen entsprechend zu nutzen“ (Baacke 1997; zu empirischen Befunden vgl. Treumann u. a. 2007, S. 32–35).

[61] Die Bewegungshäufigkeit fällt generell bei Jungen nach dem 13. und bei Mädchen nach dem 11. Lebensjahr ab. Mit 17 Jahren sind nur noch 18,4 Prozent der Jungen und 11,2 Prozent der Mädchen täglich sportlich aktiv, diese Anteile sind bei Mädchen mit einem niedrigen Sozialstatus und/oder mit Migrationshintergrund noch niedriger (Lampert u. a. 2007).

Tabelle 8.2

Mediennutzung und Gesundheitsbeeinträchtigungen bei 11- bis 17-Jährigen (Selbstauskunft der Befragten)

	Befunde
zeitliche Dauer der Mediennutzung und körperlich-sportliche Inaktivität	
bis 60 Minuten	Jungen: *6,1 %;* Mädchen: *16,6 %*
bis 240 Minuten	Jungen: *8,7 %;* Mädchen: *27,1 %*
360 Minuten und mehr	Jungen: *15,6 %;* Mädchen: *34,1 %*
zeitliche Dauer der Mediennutzung und Adipositas	
bis 60 Minuten	Jungen: *4,9 %;* Mädchen: *4,2 %*
bis 240 Minuten	Jungen: *7,3 %;* Mädchen: *10,0 %*
360 Minuten und mehr	Jungen: *10,9 %;* Mädchen: *16,5 %*

Quelle: Lampert u. a. 2007

Nicht nur der Umfang des Medienkonsums, sondern auch dessen Inhalte können (negativen) Einfluss auf Entwicklung und Gesundheit nehmen, wenn Kinder und Jugendliche trotz der gesetzlichen Kinder- und Jugendschutzbestimmungen immer wieder Medieninhalte konsumieren, die für ihr Alter als schädlich eingestuft wurden. Untersuchungen über die Wirkung von sog. Gewaltdarstellungen in Film, Fernsehen und Computerspielen konstatieren eine Reihe unterschiedlicher Wahrnehmungs- und Verarbeitungsformen, wobei vor allem bei männlichen Jugendlichen „mit feindseligen, aggressiven Persönlichkeitsmerkmalen und niedrigem Selbstwertgefühl eine erhöhte Gewaltbereitschaft“ vermutet wird (Kuncik/Zipfel 2006). Gewaltdarstellungen können bei Heranwachsenden mit übermäßigem Medienkonsum vor allem dann zu einer Gewöhnung an aggressive Ausdrucksformen (Myrtek/Scharff 2000) führen, wenn sie in einem Gewalt tolerierenden oder gar verherrlichenden sozialen Umfeld leben. Ein kausaler Zusammenhang zwischen medialer Gewalt und realer Gewaltausübung kann wissenschaftlich aber nicht belegt werden (Kuncik/Zipfel 2006). Die verwendeten unterschiedlichen Parameter, z. B. das Aufwachsen von Jugendlichen in belasteten Milieus, selbst erlittene Gewalt, Labilität, fehlendes Selbstwertgefühl sowie fehlende soziale Integration reichen in Verbindung mit der Rezeption von „Gewaltmedien“ zur Erklärung von ‚realen‘ Gewalttaten deswegen nicht aus, weil diese Merkmale auch für eine Vielzahl von Jugendlichen (und Erwachsenen) zutreffen, die nicht gewalttätig werden (Brunn u. a. 2007). Zudem hat sich gezeigt, dass die Schulleistungen von Heranwachsenden umso schlechter sind, je mehr Zeit sie mit Medienkonsum verbringen und je brutaler dessen Inhalte sind (Pfeiffer u. a. 2007), wobei auch hier offen bleibt, was Ursache und was Wirkung ist. In der Medienforschung (Treumann u. a. 2007; Mikos/Wegener 2005) herrscht Einigkeit darüber, dass extreme Formen des Mediengebrauchs oft ein Symptom für verborgene Probleme der Kinder und Jugendlichen sind. Von daher kann z. B. eine alleinige Fixierung auf die Inhalte von Computerspielen und deren mögliches Verbot den notwendigen Blick auf die unterschiedlichen Motive und Rezeptionsweisen von Heranwachsenden verstellen.

8.2.3 Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum

Zur Abschätzung des Konsums von psychoaktiven Substanzen durch Kinder und Jugendliche wird eine Reihe von regelmäßigen Monitorings durchgeführt. Die seit 1973 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) durchgeführte Drogenaffinitätsstudie erfasst mittels Telefonbefragungen die Konsumerfahrungen von 12- bis 25-jährigen Jugendlichen. Daten zum Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von 11- bis 17-Jährigen liefert auch der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Daneben gibt es die europäische Schülerstudie ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs)[62] sowie die HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children), die Konsumprävalenzen bei 15- bis 16-Jährigen respektive bei 11- bis 15-Jährigen untersuchen. Ein Problem der Zusammenfassung der verschiedenen Daten besteht darin, dass jeweils unterschiedliche Alterseinteilungen vorgenommen werden und dass die Kategorien zur Beurteilung des Konsumverhaltens variieren (vgl. Lampert/Thamm 2007). Daher können die Ergebnisse der verschiedenen Monitorings nicht direkt verglichen werden, sondern man muss sie als übergreifende Tendenzen verstehen (Sting 2008).

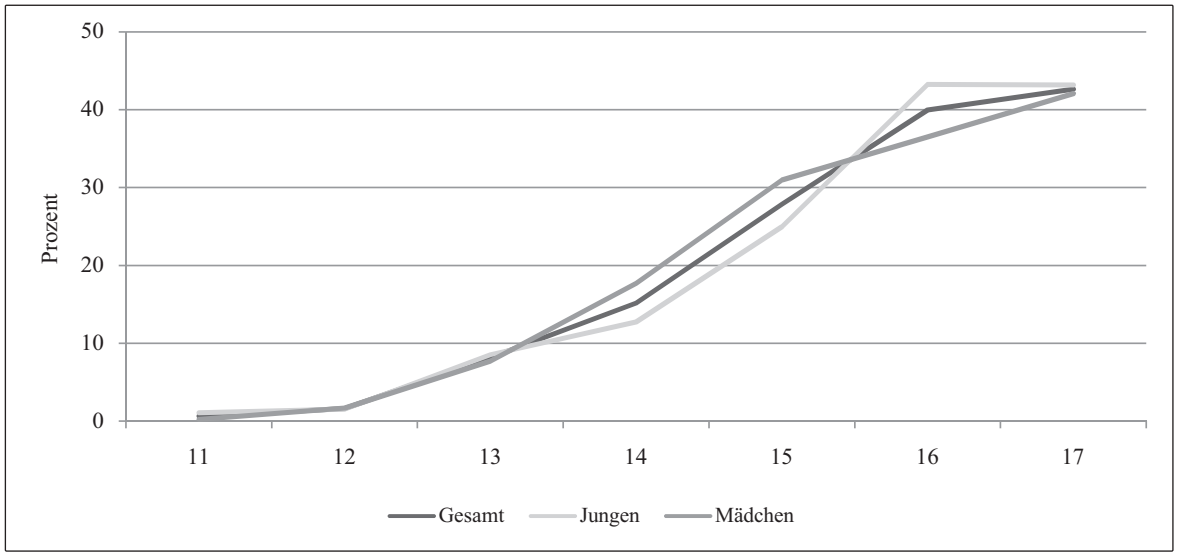
8.2.3.1 Tabakkonsum

Regelmäßiger Tabakkonsum ist ein wichtiger Risikofaktor für die Entstehung einiger schwerwiegender Erkrankungen (z. B. Krebserkrankungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen). Die Auswirkungen des Tabakkonsums sind abhängig vom Einstiegsalter, der Dauer und der Intensität des (regelmäßigen) Rauchens. Bei einem frühen Einstieg sind die langfristigen Gesundheitsgefahren besonders groß, da sich der Körper noch im Wachstum befindet und die Organentwicklung noch nicht abgeschlossen ist. Bei der Ausarbeitung der nationalen Gesundheitsziele, die verbindliche Vereinbarungen von verantwortlichen Akteuren des Gesundheitssystems darstellen, ist „Tabakkonsum reduzieren“ als eines von sechs Zielen festgelegt (Bundesministerium für Gesundheit, BMG 2008).

[62] Im Folgenden werden aus dieser Studie die für Deutschland erhobenen Daten berichtet.

Abbildung 8.1

Aktueller Tabakkonsum der 11- bis 17-Jährigen (Prävalenzen in Prozent)



Quelle: RKI 2008a, S. 55

Die überwiegende Mehrheit der weiblichen (59,4 Prozent) und männlichen (61,7 Prozent) Jugendlichen hat noch nie in ihrem Leben zu einer Zigarette gegriffen (BZgA 2008). Sowohl die Regelmäßigkeit als auch die Intensität des Rauchens nehmen aber mit dem Alter zu (Lampert/Thamm 2007), wobei nach Auswertungen des Robert-Koch-Instituts (2008a) um die 40 Prozent der 16- bis 17-Jährigen angaben, aktuell zu rauchen (ohne Angabe der Intensität; vgl. Abb. 8.1).

Laut ESPAD (Kraus u. a. 2008a) hat mehr als jeder dritte Jugendliche im Alter von 12 Jahren oder früher erstmalig geraucht. Raucht bei den 11-Jährigen nur 1 Prozent der Jungen und Mädchen mindestens einmal in der Woche, so sind es bei den 15-Jährigen bereits 22 Prozent der Mädchen und 17 Prozent der Jungen (WHO 2008). Einfluss auf das Rauchverhalten hat die besuchte Schulform: Jugendliche Hauptschüler (14 bis 17 Jahre) haben eine 4,6 (Jungen) bis 3,4 (Mädchen) mal höhere Wahrscheinlichkeit zu rauchen als Gymnasiasten (Lampert/Thamm 2007). Der Sozialstatus wirkt sich lediglich bei Mädchen auf das Rauchverhalten aus: Je höher der Sozialstatus der Eltern, umso geringer der Anteil der Raucherinnen (Stolle u. a. 2007). Des Weiteren haben die Gleichaltrigen-Bezugsgruppe sowie das Vorbild der Eltern einen weiteren bedeutenden Einfluss auf den Tabakkonsum. In Ostdeutschland ist Rauchen unter Jugendlichen weiter verbreitet als in Westdeutschland (Lampert/Thamm 2007). Auswertungen des KiGGS weisen darauf hin, dass Heranwachsende, deren Mutter zum Zeitpunkt der Geburt ebenfalls im Jugendalter gewesen ist, eine Tendenz zu vermehrtem Tabakkonsum zeigen (RKI 2008a). Neben der gesundheitlichen Belastung durch aktiven Tabakkonsum birgt auch das Passivrauchen oft unterschätzte gesundheitliche Gefahren, denen die Gruppe der Haupt- und Realschüler und -schülerinnen sehr viel stärker als die Gruppe der Gymnasiasten ausgesetzt ist (Lampert 2008).

Tabelle 8.3

Tabakkonsum bei Jugendlichen

	Befunde
aktiv rauchende Jugendliche (BZgA 2007b)	*18 %* (davon *10 %* Gelegenheitsraucher) Mädchen: *17 %* (davon *11 %* Gelegenheitsraucher) Jungen: *18 %* (davon *9 %* Gelegenheitsraucher)
Alter des Erstkonsums (Kraus u. a. 2008)	≤ 12. Lebensjahr: *35,6 %* Durchschnittsalter: 14,2 Jahre
Sozialstatus (Lampert/Thamm 2007)	Mädchen: häufigeres Rauchen in niedrigen sozialen Statusgruppen (1,8fach erhöhte Wahrscheinlichkeit) Jungen: kein Einfluss des Sozialstatus auf das Rauchverhalten
Migrationshintergrund (Lampert/Thamm 2007)	Mädchen: mit MH *24,1 %*; ohne MH *33,4 %* Jungen: mit MH *26,4 %*; ohne MH *32,0 %*
Wohnregion (Lampert/Thamm 2007)	Mädchen: Ostdeutschland *36,0 %*; Westdeutschland *30,7 %* Jungen: Ostdeutschland *37,7 %*; Westdeutschland *29,2 %*
Passivrauchbelastung (tägl. bis mehrfach/Woche) (Lampert 2008)	Mädchen: *41,6 %* Jungen: *40,1 %*

MH: Migrationshintergrund

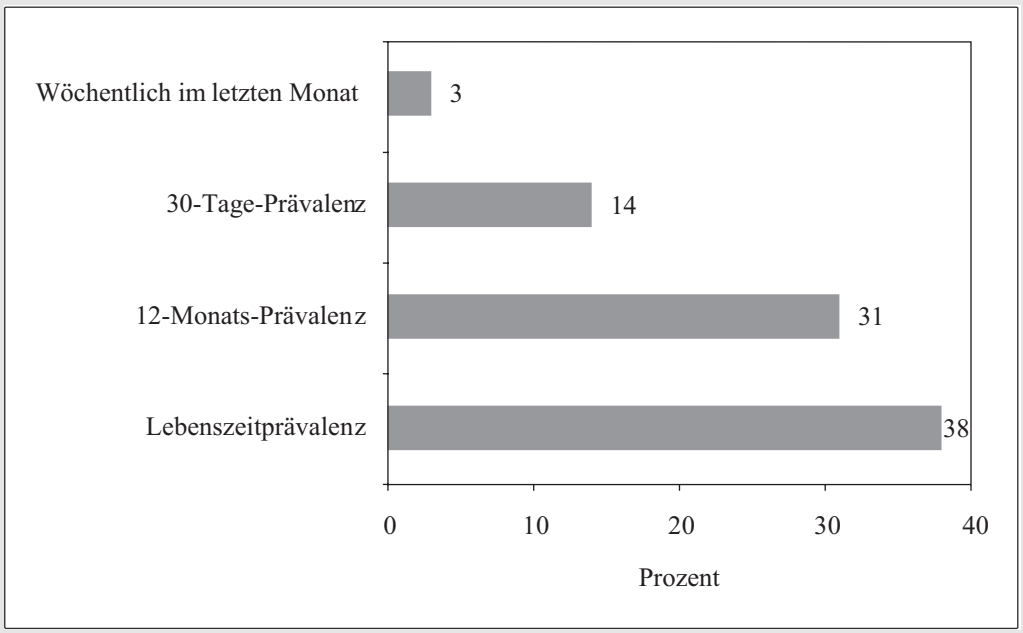
Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund rauchen signifikant seltener (15,8 Prozent) als Jugendliche ohne Migrationshintergrund (21,3 Prozent) und weisen auch einen geringeren täglichen Zigarettenkonsum auf. Je höher der Sozialstatus auch bei den Jugendlichen mit Migrationshintergrund ist, desto geringer ist der Anteil an regelmäßigen Rauchern. Am deutlichsten sind die Unterschiede in der niedrigsten Statusgruppe: Hier rauchen lediglich 13,0 Prozent der Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund, aber nahezu doppelt so viele Jugendliche ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund (23,1 Prozent bzw. 23,8 Prozent). Einfluss auf das Rauchverhalten haben nicht nur der Sozialstatus, sondern auch kulturelle Eigenheiten des Herkunftslandes: So liegt der Tabakkonsum von Heranwachsenden mit türkischem Hintergrund knapp unter dem ihrer deutschen Altersgenossen (RKI 2008b).

Exkurs 8.2 Rauchen von Wasserpfeifen

Ein in den letzten Jahren zunehmend auch unter Jugendlichen zu beobachtender Trend ist das Rauchen von Tabak in Wasserpfeifen (sog. Shishas), dessen Ursprung in orientalischen Ländern liegt. Dabei wird spezieller Wasserpfeifentabak (oftmals mit Essenzen von Früchten oder anderen stark aromatischen Stoffen versetzt) verwendet und der daraus entstehende Rauch über eine spezielle Apparatur inhaliert. Das Rauchen von Tabak über Wasserpfeifen besitzt ein annähernd so hohes Gefahren- und Suchtpotenzial wie der Konsum mittels Zigaretten (Deutsches Krebsforschungszentrum, DKFZ 2008). Der Bekanntheitsgrad von Wasserpfeifen ist unter Jugendlichen hoch; 84 Prozent der 12- bis 17-Jährigen geben an, Wasserpfeifen zu kennen (BZgA 2008). Hiervon unterscheiden sich allerdings deutlich die Jugendlichen, die Wasserpfeifen auch rauchen: So geben nur 0,4 Prozent der 12- bis 17-Jährigen an, täglich Wasserpfeife zu rauchen (BZgA 2007b). Verbreiteter hingegen ist der gelegentliche Wasserpfeifenkonsum (vgl. Abb. 8.2). Die Ergebnisse zeigen, dass das Rauchen von Wasserpfeifen für einen Teil der Jugendlichen eine ernst zu nehmende Variante des Tabakkonsums darstellt (BZgA 2008).

Abbildung 8.2

Prävalenz und Häufigkeit des Wasserpfeifenrauchens bei 12- bis 17-Jährigen (Angaben in Prozent)



Quelle: BZgA 2007b

8.2.3.2 Alkoholkonsum

In Umfragen geben fast alle älteren Jugendlichen an, schon einmal Alkohol getrunken zu haben, wobei mit steigendem Alter zunehmend mehr Jugendliche über Konsumerfahrungen berichten. Bei der folgenden Darstellung von Daten zum Alkoholkonsum muss berücksichtigt werden, dass die Ergebnisparameter jeweils unterschiedlich definiert (Alkohol, Spirituosen und bestimmte Sorten von Alkohol) und damit nur eingeschränkt vergleichbar sind. Im Jahr 2003 lag der Pro-Kopf-Verbrauch von alkoholischen Getränken über alle Altersgruppen hinweg in Deutschland bei 147 l.; das entspricht einem Anteil von 10,2 l. reinen Alkohol (Robert Koch Institut, RKI 2006b). Bei Jugendlichen der Altersgruppe von 12 bis 17 Jahren beträgt der Pro-Kopf-Verbrauch von reinem Alkohol im Jahr 2007 3,3 l., wobei die konsumierte Menge reinen Alkohols mit wachsendem Alter (12 bis 15 Jahre: 1,4 l im Jahr; 16 bis 17 Jahre: 6,9 l. im Jahr) stark ansteigt (BZgA 2007c, eigene Berechnungen). Alkohol ist damit auch unter Heranwachsenden die am weitesten verbreitete psychoaktive Substanz (BZgA 2008).

Am häufigsten werden Bier (67 Prozent); Spirituosen (57 Prozent)[63], Wein/Sekt (50 Prozent) und Alkopops (46 Prozent)[64] getrunken (Kraus u. a. 2008). 17,4 Prozent der Jugendlichen konsumieren regelmäßig Alkohol (d. h. mindestens einmal in der Woche mindestens ein alkoholisches Getränk; BZgA 2007c), wobei deutliche Geschlechtsunterschiede bestehen (Lampert/Thamm 2007). Trinken bei den 11-Jährigen nur 2 Prozent der Jungen und 1 Prozent der Mädchen mindestens einmal in der Woche Alkohol, so sind es bei den 15-Jährigen bereits 15 Prozent der Mädchen und 25 Prozent der Jungen (WHO 2008).

Bevölkerungsspezifische Unterschiede im Konsummuster von Alkohol nach ausgewählten Variablen (Sozialstatus, besuchter Schultyp, Wohnregion) sind marginal. Lediglich für die Gruppe der Heranwachsenden mit Migrationshintergrund lässt sich ein deutlich geringerer Alkoholkonsum nachweisen als für Jugendliche ohne Migrationshintergrund. Des Weiteren lässt sich für männliche Haupt- und Realschüler im Unterschied zu Gymnasiasten ein vermehrter Alkoholkonsum belegen (Kraus u. a. 2008; Lampert/Thamm 2007). Unterschiede nach Wohnregion bestehen nur bei Mädchen und lassen sich an einem etwas geringeren Zuspruch zu Alkohol in den östlichen Bundesländern festmachen. Der Sozialstatus hat weder bei Mädchen noch bei Jungen Einfluss auf das Konsumverhalten von Alkohol (Lampert/Thamm 2007; vgl. Tab. 8.4).

Tabelle 8.4

Alkoholkonsum bei Jugendlichen

	Befunde
Jugendliche mit Konsumerfahrung (BZgA 2007c)	≤ 14 Jahre: *90 %* 17 Jahre: *95 %*
überwiegend konsumierte alkoholische Getränke (Mehrfachnennungen; Kraus u. a. 2008)	Mädchen: Wein/Sekt *(56 %)* Alkopops *(48 %)* Jungen: Bier *(77 %)* Spirituosen *(59 %)*
regelmäßiger Alkoholkonsum (mind. 1x wöchentlich) (BZgA 2008)	Mädchen: *12,8 %* Jungen: *21,8 %*
Migrationshintergrund (Lampert/Thamm 2007)	Mädchen: mit MH *16,0 %* ohne MH *27,5 %* Jungen: mit MH *37,4 %* ohne MH *48,4 %*

MH: Migrationshintergrund

Obwohl nach wie vor mehr Jungen als Mädchen regelmäßig (d. h. mindestens einmal pro Woche) Alkohol trinken, lässt sich sowohl bei weiblichen als auch bei männlichen Jugendlichen im Zeitraum von 2004 bis 2008 im letzten Jahr ein Rückgang des regelmäßigen Alkoholkonsums verzeichnen (vgl. Abb. 8.3).

Ein riskantes Alkoholkonsumverhalten (Konsum von fünf Gläsern oder mehr als eines alkoholischen Getränks an einem Tag in den vergangenen 30 Tagen „bingedrinking“ bzw. „Komasaufen“) weisen etwa 20 bis 25 Prozent der 12- bis 17-Jährigen auf (BZgA 2008). In der zeitlichen Entwicklungsperspektive sind bei diesem Konsummuster sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen keine wesentlichen Unterschiede zu erkennen (vgl. Abb. 8.4).

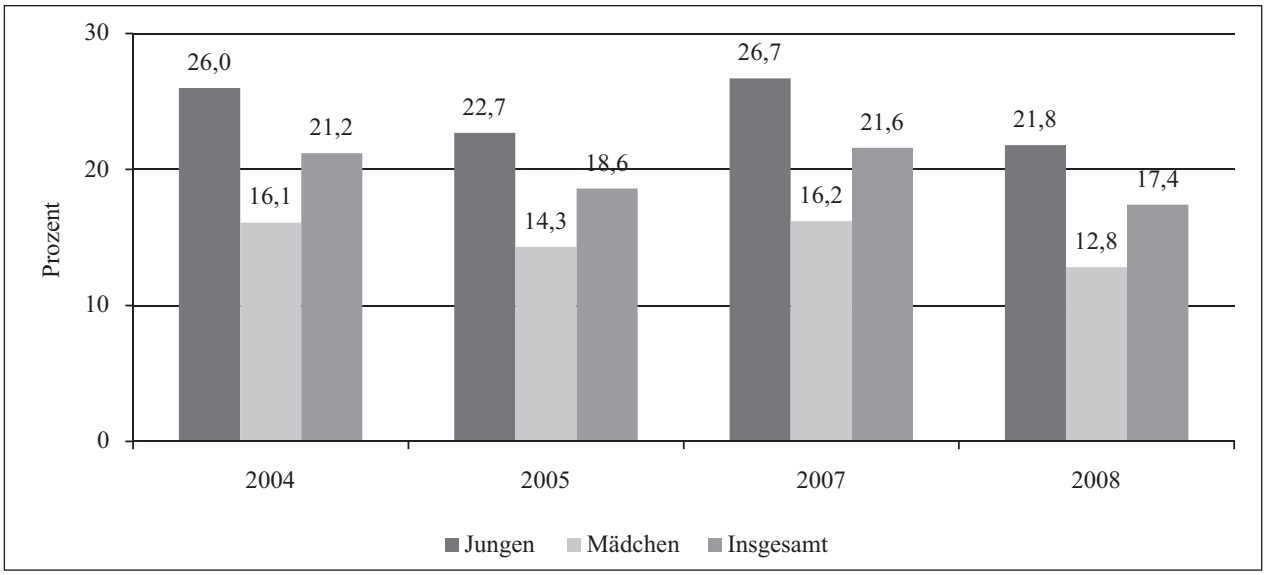
Ein geringes Einstiegsalter erhöht dabei das Risiko für eine substanzbezogene Störung (Stolle u. a. 2007). Bei mindestens wöchentlichem Alkoholkonsum finden sich mit zunehmendem Alter wachsende Prävalenzraten. Bei den weiblichen Jugendlichen sind allerdings ab dem 13. Lebensjahr die Prävalenzen durchweg geringer als bei den männlichen Jugendlichen. Beide Kurven bewegen sich im Altersverlauf zunehmend auseinander, sodass für die 17-jährigen Jungen und Mädchen eine Differenz von 27 Prozent vorliegt (vgl. Abb. 8.5).

[63] Der Anteil der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren, die mindestens einmal im Monat Spirituosen konsumieren, hat sich von 2004 bis 2007 insgesamt von 16 Prozent auf 21 Prozent erhöht. Diese Gesamtveränderung ist auf einen starken Zuwachs des monatlichen Spirituosenkonsums bei den 16-17-jährigen Jugendlichen zurückzuführen. Lag der Anteil der männlichen Jugendlichen dieser Altersgruppe im Jahr 2004 noch bei 37 Prozent, so hat er 2007 den Wert von 50 Prozent erreicht. Bei den weiblichen Jugendlichen steigt der Anteil des monatlichen Spirituosenkonsums von 24 Prozent (2004) auf 34 Prozent (2007; BZgA 2007c).

[64] Nach Einführung der Sondersteuer auf spirituosenhaltige Alkopops (AlkopopStG) im Jahr 2004 ist deren Konsum deutlich zurückgegangen (BZgA 2008).

Abbildung 8.3

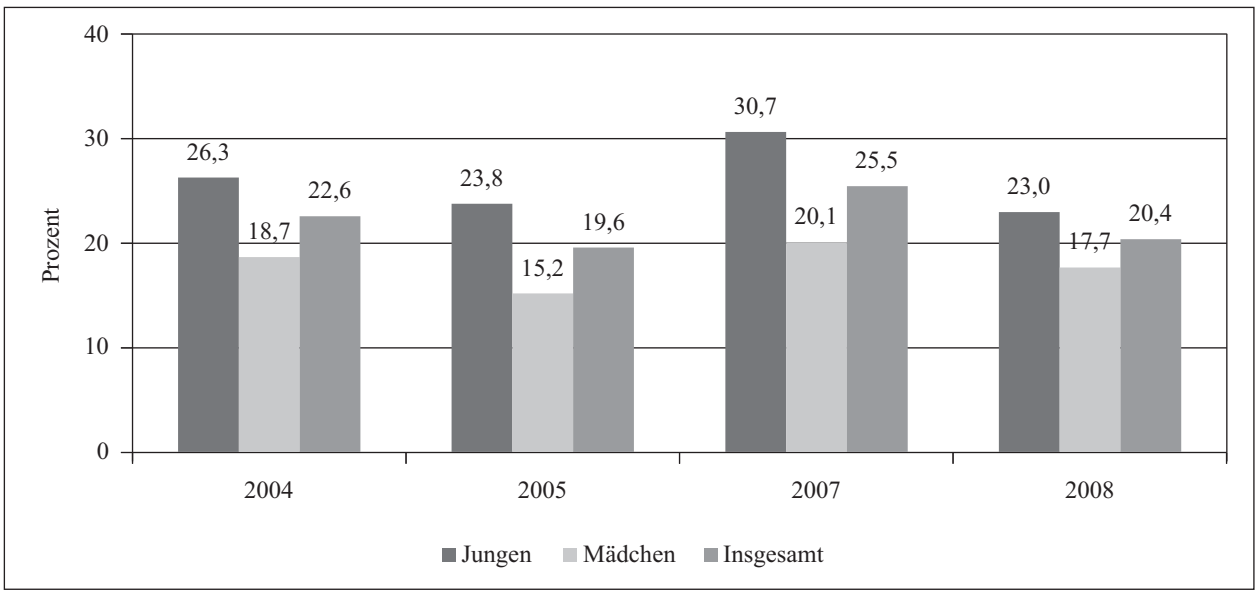
Regelmäßiger Alkoholkonsum bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen nach Geschlecht im Zeitraum von 2004 bis 2008 (Angaben in Prozent)



Quelle: BZgA 2008, S.4; Darstellung modifiziert

Abbildung 8.4

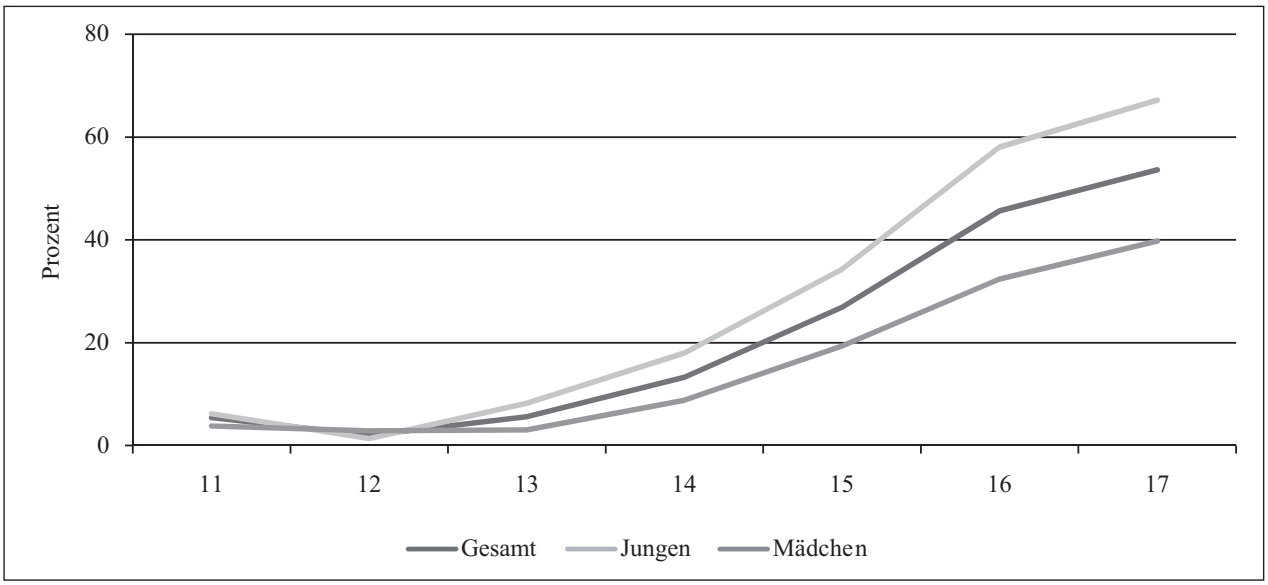
Riskanter Alkoholkonsum bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen nach Geschlecht im Zeitraum 2004 bis 2008 (Angaben in Prozent)



Quelle: BZgA 2008, S. 5; Darstellung modifiziert

Abbildung 8.5

Alkoholkonsum (mindestens wöchentlich) der 11- bis 17-Jährigen (Prävalenzen in Prozent)



Quelle: RKI 2008a, S. 56

Während nur 17,9 Prozent der Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund regelmäßig Alkohol trinken, sind dies ein Drittel der Jugendlichen mit einseitigem und 40,8 Prozent der Jugendlichen ohne Migrationserfahrung. Den Alkoholkonsum bestimmen sozio-kulturell bzw. religiös geprägte Trinkgewohnheiten. So trinken ca. 6 Prozent der Jugendlichen aus islamisch geprägten Ländern (regelmäßig) alkoholische Getränke, bei den Mädchen sind es noch weitaus weniger. Jugendliche aus binationalem Elternhaus ähneln in ihrem Rauch- und Trinkverhalten Jugendlichen ohne Migrationsstatus. Somit scheinen weniger der Sozialstatus als vielmehr kulturelle und geschlechtsspezifische Verhaltensweisen den Differenzen in den Konsumprävalenzen zugrunde zu liegen (RKI 2008b).

Neben der Analyse der Konsumtrends stellt sich die Frage, in welcher Weise daraus konsumbezogene Probleme resultieren und in welchem Ausmaß Suchtentwicklungen im Kindes- und Jugendalter eine Rolle spielen (Sting 2008). Übermäßiger Alkoholkonsum kann langfristig zu erheblichen Gesundheitsschäden, Abhängigkeit und psychosozialen Folgeproblemen führen; zu den kurzfristigen negativen Folgen gehören beispielsweise Unfälle, Gewalterfahrungen und ungeschützter Geschlechtsverkehr. Zudem werden im Jugendalter erworbene Trinkgewohnheiten häufig – aber keinesfalls immer – auch im Erwachsenenalter beibehalten.

8.2.3.3 Konsum von legalen und illegalen Suchtmitteln

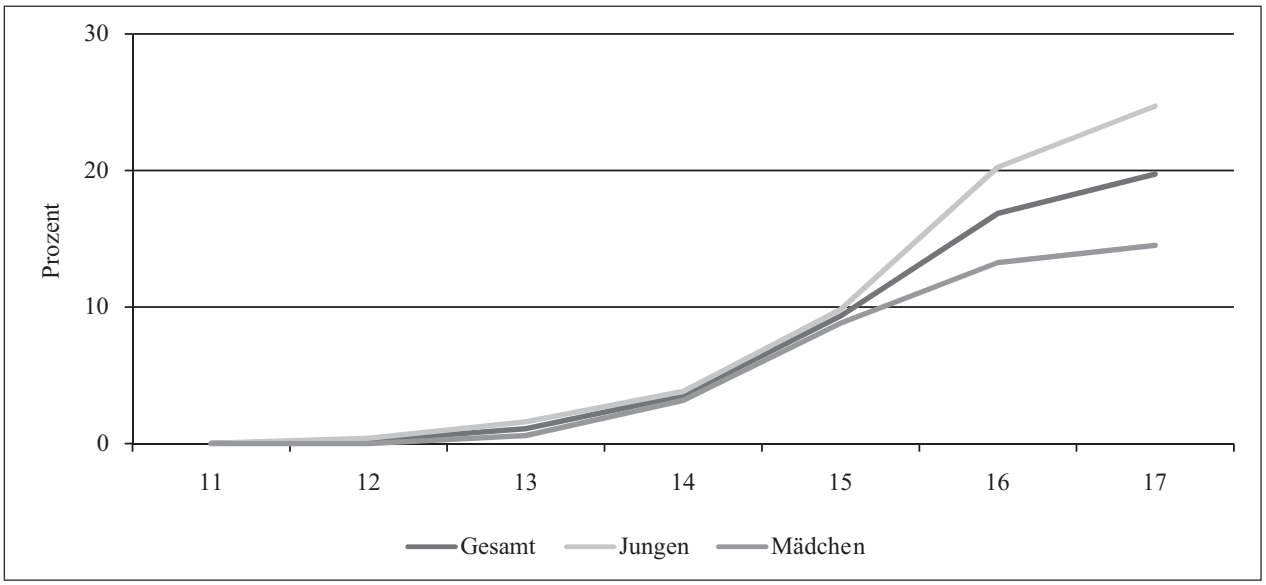
Neben Tabak und Alkohol sind weitere legale und illegale Suchtmittel für Jugendliche verfügbar. Zu den legal erhältlichen Suchtmitteln zählen u. a. Medikamente mit Wirkungen auf das Nervensystem (z. B. Psychopharmaka, Schmerzmittel etc.) und lösungsmittelhaltige Produkte (z. B. Klebstoffe), die zur Erzeugung von Rauschzuständen zweckentfremdet werden können. Bei den legal erhältlichen Substanzen ist der Konsum von lösungsmittelhaltigen Produkten mit 12 Prozent am weitesten verbreitet (Kraus u. a. 2008). Zu den am weitesten verbreiteten illegalen Drogen (nach dem deutschen Betäubungsmittelgesetz) zählen u. a. Cannabisprodukte (Haschisch, Marihuana), Ecstasy, Speed, Kokain und Heroin.

Die in Deutschland am häufigsten unter Heranwachsenden konsumierte illegale Substanz ist Cannabis. Der Anteil der Jugendlichen, die jemals in ihrem Leben Cannabisprodukte konsumiert haben, variiert deutlich in Abhängigkeit vom Lebensalter (BZgA 2007d). Ein niedriges Einstiegsalter erhöht dabei das Risiko für eine substanzbezogene Störung (Stolle u. a. 2007). Die Lebenszeitprävalenz des Haschischkonsums entwickelt sich bei beiden Geschlechtern bis zum 15. Lebensjahr parallel und im Niveau auf fast gleicher Höhe. Danach steigt die Kurve bei männlichen Jugendlichen wesentlich stärker an. Von den 17-Jährigen berichten knapp 15 Prozent der Mädchen und 25 Prozent der Jungen, jemals Haschisch geraucht zu haben (vgl. Abb. 8.6).

Bevölkerungsspezifische Unterschiede im Konsummuster von legalen und illegalen Suchtmitteln nach ausgewählten Variablen (Sozialstatus, Migrationshintergrund, Wohnregion) sind marginal (Lampert/Thamm 2007).

Abbildung 8.6

Haschischkonsum der 11- bis 17- Jährigen (Lebenszeitprävalenzen in Prozent)



Quelle: RKI 2008a, S. 57

Tabelle 8.5

Konsum von Cannabisprodukten bei Jugendlichen

	Befunde
Konsumhäufigkeit (Kraus u. a. 2008)	*15 bis 25 %*
Alter bei Erstkonsum (BZgA 2007d)	12- bis 13-Jährige *0,4 %* 14- bis 17-Jährige *12,8 %* 18- bis 19Jährige *32,3 %*
regelmäßig praktizierter Konsum bei 12- bis 18-Jährigen (Lampert/Thamm 2007)	Insgesamt: *2,3 %* Mädchen: *1,0 %* Jungen: *3,6 %*
Anteil der Schüler mit Konsumerfahrung nach Schulform (Kraus u. a. 2008)	Gymnasium: *26 %* Haupt- bzw. Realschule: *28 %* Gesamtschule: *32 %*

Während beim größten Teil der Heranwachsenden Substanzkonsum und Rauscherfahrungen „im Kontext einer normativen Adoleszenzentwicklung“ zu betrachten sind und im Hinblick auf eine spätere Suchtgefährdung eher unproblematisch erscheinen, gibt es daneben eine extreme Konsumpraxis, die nur wenige Jugendliche zeigen. Sie kann als Indikator für unangepasste Entwicklungsverläufe gesehen werden und den Beginn einer Missbrauchs- oder Suchtproblematik markieren (Sting 2008). Substanzkonsum folgt weniger instrumentellen Strategien zur Erreichung von Entwicklungszielen, sondern stellt eine alternative Problembewältigungsstrategie bei unzureichenden biopsychosozialen Ressourcen dar (Jungaberle 2007).

Bei der Mehrheit der Jugendlichen ist der (problematische) Substanzkonsum zeitlich auf die Jugendphase begrenzt. Bei einer kleinen Gruppe von Jugendlichen bleibt dieses Verhalten jedoch bis ins Erwachsenenalter bestehen bzw. wird verstärkt. Jugendliche, deren problematisches Konsumverhalten bis ins Erwachsenenalter reicht, weisen häufig auch weitere Verhaltensauffälligkeiten (z. B. ADHS, Angsterkrankungen und depressive Störungen) bis hin zu drogeninduzierten Psychosen[65] auf (Esser/Ihle 2008; Blomeyer u. a. 2007; Ihle u. a. 2008; Thomasius u. a. 2008).

Zusammenfassend ergibt sich ein widersprüchliches Bild: ein rückläufiger bzw. stagnierender Konsum von Alkohol und Drogen auf der einen und auf der anderen Seite riskante exzessive Gebrauchsmuster in bestimmten Gruppen. Dabei ist der Alkohol- und Drogenmissbrauch nicht in erster Linie ein Jugendproblem, sondern ebenso eines der Erwachsenen. Zudem muss betont werden, dass es bei den Jugendlichen eine hohe Quote gibt, die – möglicherweise nach einer Phase des Ausprobierens – Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum ablehnen. Zugleich deutet sich beim Konsum von Suchtmitteln ein enger Bezug zu den gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen „Körper spüren,

[65] Der Begriff drogeninduzierte Psychose bezeichnet eine schwere psychische Störung, die mit einem zeitweiligen weitgehenden Verlust des Realitätsbezugs einhergeht. Auslöser ist der Konsum von Drogen (u. a. Cannabis oder LSD). Auffällige Symptome sind oft Wahnvorstellungen und Halluzinationen.

Grenzen suchen, Identität finden“ an: Für viele Jugendliche geht es zunächst um das Ausprobieren und Grenzen suchen, wobei extreme Konsumformen häufig einen passageren Charakter haben. Der weitere Konsum bzw. die Ablehnung von Suchtmitteln können auch Ausdruck der (Suche nach) Identität und Ausdruck eines persönlichen Stils bzw. nach Zugehörigkeit zu bestimmten jugendkulturell geprägten Gruppen und Cliquen sein. Das Spektrum der Konsummotive umfasst weiter die Suche nach Trost bei Misserfolgen, Ersatz für Selbstständigkeit, gewollte Normverletzung, Notfallfunktion bei „Entwicklungsstress“, Zugang und Zugehörigkeit zu Gleichaltrigen sowie die Vorwegnahme des Erwachsenseins (Silbereisen/Kastner 1985 zit. aus Deutscher Bundestag 2002, S. 222).

8.2.4 Gewalterfahrungen und Delinquenz

8.2.4.1 Körperliche Gewalt und Delinquenz

Vor allem die von jungen Menschen verübte Gewalt steht immer wieder im Mittelpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit[66], oft mehr auf den Täter als auf das Opfer gerichtet. Im öffentlichen Bewusstsein ist weniger verankert, dass auch Kinder und Jugendliche Opfer von Gewalt in unterschiedlichen Formen und Kontexten (Gewalt in der Familie, in der Schule, im öffentlichen Raum sowie in Partnerschaften) werden.

Aktuelle Studien aus der Jugendforschung belegen die Existenz einer sehr kleinen Gruppe Heranwachsender, die über viele Jahre (teilweise bis ins mittlere und späte Erwachsenenalter) kriminelle Handlungen begehen. Ihre Entwicklungsverläufe sind oft durch eine Vielzahl von gesundheitsrelevanten Auffälligkeiten, beginnend mit der frühen Kindheit (z. B. Regulations- und Bindungsstörungen, sprachliche Entwicklungsauffälligkeiten, ADHS, sozialemotionale Probleme) gekennzeichnet. Die Kumulation von biopsychosozialen Risikofaktoren (z. B. Eltern-Kind-Bindung, Gewalterfahrungen im familiären Nahraum, Konsum von gewaltgeprägten Medieninhalten, Aufwachsen in einer prekären sozioökonomischen Lage, eingeschränkte soziale Kompetenzen, Probleme in der Selbstkontrolle, Schulschwierigkeiten etc.) erhöht die Wahrscheinlichkeit massiver und längerfristiger Delinquenz, wobei Jungen hier wesentlich stärker gefährdet sind (Lansford u. a. 2006; Odgers u. a. 2008; Vitaro u. a. 2007).[67] Soziale Rahmenbedingungen des Aufwachsens haben nicht nur Einfluss auf aktuelle Gelegenheitsstrukturen, sondern auch darauf, in welchem Umfang sich Risikopotenziale entfalten und realisieren. Mit den KiGGS-Daten lässt sich zeigen, dass 27 Prozent der 11- bis 17-Jährigen mit niedrigen sozialem Status in den letzten 12 Monaten mindestens einmal Gewalt gegen andere angewendet haben – im Vergleich zu 15 Prozent aus der hohen Statusgruppe. Als Mittel zur Durchsetzung von eigenen Interessen hält jeder dritte Jugendliche mit niedrigem Status Gewalt zumindest gelegentlich für gerechtfertigt, in der hohen Statusgruppe ist dies hingegen nur jeder neunte Jugendliche. Ganz ähnliche statusspezifische Unterschiede zeigen sich in Bezug auf die Bereitschaft, Gewalt in bestimmten Situationen anzuwenden, z. B. zur Selbstbehauptung oder als Reaktion auf eine Beleidigung (Schlack/Hölling 2007).

Gewalt an Schulen ist ein Phänomen, das zunehmend ins öffentliche Bewusstsein gerät. Neben singulären Ereignissen (z. B. Amokschütze von Erfurt im April 2002) gehören aber für viele Schüler und Schülerinnen Gewalterfahrungen im Rahmen von Bullying[68] schon im Grundschulalter zum Schulalltag (Korn 2006; Schäfer/Albrecht 2004). In Deutschland entsprechen etwa 3,6 Prozent der 11- bis 16-Jährigen dem Typ des „Bullies“. Etwa 5 Prozent (ca. 250.000) der Schülerinnen und Schüler werden regelmäßig Opfer dieser Form des aggressiven Verhaltens (Bilz 2008; Melzer u. a. 2008; Scheithauer u. a. 2003). Auch eine (nicht näher bezifferbare) Anzahl von Lehrerinnen und Lehrern wird regelmäßig Opfer von Bullying; andererseits werden Schülerinnen und Schüler auch vielfach Opfer herabsetzender und beleidigender Äußerungen und Handlungen von Lehrkräften (Hayer u. a. 2005; Preuss-Lausitz 2006). Eine neue Form des Bullying ist das „Cyberbullying“, d. h. die absichtliche und feindselige Verbreitung aggressiver Inhalte mittels Mobiltelefon und Internet (Behrens/Höhler 2007; Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2007; Scheithauer u. a. 2007).

Um das Ausmaß der von Jugendlichen verübten Delikte zu ermitteln, ist eine vergleichende Betrachtung sowohl von Kriminalstatistiken und der im „Hellfeld“ zu beobachtenden Entwicklungen auf der einen Seite als auch der Erkenntnisse aus Dunkelfeldstudien (also des erheblichen Anteils der von Jugendlichen begangenen Delikte, die nicht zur Anzeige bei der Polizei kommen) auf der anderen Seite relevant, um zutreffende Befunde zu erhalten. Strafrechtlich relevantes Verhalten tritt bei jungen Menschen ab dem Alter von 10 bis 12 Jahren in allen westlichen Ländern seit mehr als 100 Jahren statistisch gehäuft auf, überwiegend in Form bagatellhafter Delikte (v. a. kleinere Eigentumsdelikte, leichte Sachbeschädigungen und Körperverletzungen). Die Quote dieses normabweichenden Verhaltens erreicht mit 17/18 Jahren ihren Höhepunkt und sinkt nach dem 20. Lebensjahr allmählich wieder ab. Die-

[66] Delinquentes Verhalten junger Menschen ist weit überwiegend ein episodenhaftes (auf einen bestimmten Entwicklungsabschnitt beschränktes), in allen sozioökonomischen Statusgruppen vorkommendes und bei der großen Mehrzahl junger Menschen auftretendes Phänomen, wobei es zu Gewalt oft in der Gruppe der Gleichaltrigen kommt. Jugendliche Delinquenz ist insofern nicht per se Indikator einer dahinter liegenden Störung oder eines Erziehungsdefizits. Im Prozess des Normlernens ist eine zeitweilige Normabweichung in Form von strafbaren Verhaltensweisen quasi ein normales Begleitphänomen im Prozess der Entwicklung, die die selbstständige Gestaltung von sozialen Beziehungen und Freundschaften, soziale Integration und Ausbildung einer individuellen und sozialen Identität umfasst (Bundesministerium des Innern/Bundesministerium der Justiz, BMI/BMJ 2006).

[67] Sich allein auf die Auffälligkeiten in der Kindheit stützende Prognosen erweisen sich als unzureichend, denn die Mehrheit der von diesen Risiken Betroffenen wird nicht delinquent und bis zu 50 Prozent steigen aus einer bereits begonnenen delinquenten Entwicklung wieder aus (Moffitt u. a. 1996; Patterson u. a. 1998).

[68] Bullying ist ein fortgesetztes aggressives Verhalten, bei denen Täter (Bullies) das Opfer über Wochen und Monate angreifen, bedrohen, entwerten und verletzen, ohne dass das Opfer Anlass hierzu gibt. Die Opfer wenden sich aus Angst vor weiteren Bedrohungen selten an Vertrauenspersonen (Seiffge-Krenke/Welter 2008).

ser Verlauf tritt bei Mädchen etwas früher ein und bewegt sich auf einem sehr viel niedrigeren Niveau als bei Jungen (Bundesministerium des Innern/Bundesministerium der Justiz, BMI/BMJ 2006). Auswertungen der KiGGS-Daten weisen darauf hin, dass Heranwachsende, deren Mutter zum Zeitpunkt der Geburt ebenfalls im Jugendalter gewesen ist, in Bezug auf Gewalt tendenziell vermehrte Täter- aber nicht Opfererfahrungen machen (RKI 2008a).

Bei einer bedeutsamen Zahl von Heranwachsenden mit Migrationshintergrund (mit Herkunft aus politisch instabilen Regionen der Welt wie Palästina oder Kosovo) ist davon auszugehen, dass diese Beobachter oder selbst Opfer von massiver Gewaltausübung geworden und möglicherweise traumatisiert worden sind (Landeskommission Berlin gegen Gewalt 2007).

8.2.4.2 Sexuelle Gewalt

Der Gesetzgeber bewertet jede sexuelle Handlung, die eine Person an einem Kind (unter vierzehn Jahren) vornimmt oder an sich von dem Kind vornehmen lässt, als strafbare Handlung. Bestraft wird auch, wer ein Kind dazu bestimmt, dass es sexuelle Handlungen an einem Dritten vornimmt oder von einem Dritten an sich vornehmen lässt (Vgl. §§ 176ff. Strafgesetzbuch). Der (meist männliche) Täter nutzt seine Macht- und Autoritätsposition aus, um seine eigenen Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu befriedigen (Galm u. a. 2007). Die polizeiliche Kriminalstatistik erlaubt hier nur einen sehr begrenzten Einblick in die Realität, da nur ein kleiner Teil und hier meist nur die Fälle mit nicht zur Familie gehörigen Tätern zur Anzeige gebracht werden. *Bange* und *Deegener* (1996) gehen davon aus, dass jedes vierte bis fünfte Mädchen und jeder zwölfte Junge in Deutschland von sexueller Gewalt betroffen sind. Das Verhältnis von weiblichen zu männlichen Opfern zeigt bei internationalen Studien 1,5- bis 3-mal höhere Raten für Frauen als für Männer (Galm u. a. 2007). Bei körperlich/geistig behinderten Kindern geht man von weit höheren Raten aus (Engfer 2005; Amyna 2008; vgl. Exkurs 8.3) Der größte Teil aller Fälle von sexuellem Missbrauch bei Minderjährigen entfällt auf die Altersgruppe der 5- bis 14-Jährigen (Engfer 2005, vgl. Tab. 8.6).

Tabelle 8.6

Verteilung aller Missbrauchsfälle auf Altersgruppen

	Befunde
Kleinkind-/Vorschulalter	*8 bis 14 %*
Schulalter (5 bis 14 Jahre)	*73 %*
Jugendalter (> 14 Jahre)	*19 %*

Quelle: Engfer 2005

In der Literatur werden unterschiedliche Gründe für sexuellen Missbrauch aufgeführt. Es lassen sich kaum besondere Risikofaktoren dafür benennen, Opfer sexuellen Missbrauchs zu werden. In zwei Längsschnittstudien kristallisieren sich vor allem eine geringe Fürsorge für das Kind sowie wenig emotionale Unterstützung durch die Mutter heraus (ebd.).

Sexueller Missbrauch kommt in allen Statusgruppen vor, betroffen sind jedoch gehäuft Kinder und Jugendliche, die aus unvollständigen Familien stammen, wie z. B. Kinder Alleinerziehender mit oder ohne Stiefeltern sowie Heimkinder und Adoptivkinder etc. (Wetzels 1997, S. 158). Nach dieser Befragung werden Kinder und Jugendliche überwiegend durch bekannte Personen (27 Prozent aus der Familie, 42 Prozent aus dem Bekanntenkreis), aber auch durch Unbekannte (26 Prozent) sexuell missbraucht.

Sexueller Missbrauch ist oft schwer aufzudecken, da die Entwicklung von Kindern mit Missbrauchserfahrungen zunächst äußerlich unauffällig verlaufen und erst später problematisch werden kann. Wenn Auffälligkeiten auftreten, lassen diese nicht ohne Weiteres auf einen Missbrauch schließen, da sie auch andere Entstehungszusammenhänge haben können. Vorschulkinder zeigen vor allem Ängste, Albträume, Regressionen (Rückzug auf frühere Entwicklungsstadien) sowie zurückgezogenes, autoaggressives und sexualisiertes Verhalten. Kinder im Schulalter leiden ebenfalls unter Ängsten und Albträumen, aber auch unter Schulproblemen und können durch unreifes, hyperaktives und/oder aggressives Verhalten auffallen. Im Jugendalter (13 bis 18 Jahre) finden sich Verhaltensauffälligkeiten wie Depressionen, sozialer Rückzug, Suizidneigung, Somatisierungen, Weglaufen, wenig selbstbestimmte Sexualkontakte mit wechselnden Partnern und Alkohol- oder Drogenprobleme (Engfer 2005; Fegert/Besier 2008).

Exkurs 8.3 Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Frauen mit Behinderung

Im Vergleich zu nichtbehinderten sind behinderte Mädchen und Frauen etwa doppelt so häufig Opfer von sexueller Gewalt (Vereinte Nationen, UNO 1998). Für den deutschsprachigen Raum hat das Thema (sexuelle) Gewalt gegen Mädchen und Frauen mit Behinderung bisher wenig Beachtung gefunden, was sich auch in einer fehlenden (repräsentativen) Datenlage hierzu ausdrückt (RKI 2008c). Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 20 Prozent der Mädchen/Frauen mit Behinderung mindestens einmal in ihrem Leben Erfahrung mit sexueller Gewalt gemacht haben; diese Erfahrungen reichen von anzüglichen Bemerkungen bis hin zu körperlichen Übergriffen ohne Einwilligung der Betroffenen (Eiermann u. a. 2000). Der strukturelle Rahmen in Einrichtungen für behinderte Menschen fördert vielfach Gewalt gegen Mädchen und Frauen mit Behinderungen. Die Mädchen und Frauen haben häufig von Kindheit an die Erfahrung gemacht, dass ihre Intimsphäre nicht respektiert und geschützt wird. Ein vom BMFSFJ gefördertes Modellprojekt belegt, dass sexualisierte Gewalterfahrungen das Leben der Bewohnerinnen begleiten und in engem Zusammenhang mit strukturell bedingten Abhängigkeiten stehen (Fegert u. a. 2006). Sexueller Missbrauch bedeutet – auch und gerade für Mädchen und Frauen mit Behinderung – immer einen Vertrauensbruch, verbunden mit der Erfahrung von Hilflosigkeit und Ohnmacht. Die Opfer leiden oftmals lebenslang unter den Folgen wie körperlichen Symptomen, Schlafstörungen, Angst- und Panikattacken bis hin zu selbstverletzendem Verhalten und Selbstmordversuchen.

8.2.5 Psychische Gesundheit und Verhaltensauffälligkeiten

Ergebnisse aus dem KiGGS belegen, dass sich (nach Angaben der Eltern) die überwiegende Mehrheit der Kinder in der Altersgruppe von 11 bis unter 18 Jahren in Deutschland psychisch gesund entwickelt (11 bis 13 Jahre: 83,4 Prozent; 14 bis 17 Jahre: 87,6 Prozent; Hölling u. a. 2007). Im Vergleich zu Kindern im Alter von 7 bis 10 Jahren ist der Anteil von Heranwachsenden mit psychischen Problemen in der Altersgruppe der 11- bis 13-Jährigen sowie der 14- bis 17-Jährigen geringer.

Tabelle 8.7

Auswertung des SDQ-Gesamtproblemwertes zu psychischen und Verhaltensauffälligkeiten[69] bei 11- bis 13- und 14- bis 17-Jährigen (Elternangaben)

	11 bis 13 Jahre	14 bis 17 Jahre
Insgesamt	*16,6 %*	*12,4 %*
Geschlecht	Mädchen: *12,2 %* Jungen: *20,7 %*	Mädchen: *10,5 %* Jungen: *14,2 %*
Migrations-hintergrund	mit MH: *25,2 %* ohne MH: *14,8 %*	mit MH: *14,9 %* ohne MH: *12,0 %*
sozialer Status	hoher ST: *8,3 %* mittlerer ST: *16,3 %* niedriger ST: *23,4 %*	hoher ST: *7,4 %* mittlerer ST: *11,8 %* niedriger ST: *17,8 %*

Quelle: Hölling u. a. 2007 ST = sozialer Status, MH: Migrationshintergrund

Mädchen werden deutlich seltener als auffällig eingeschätzt als Jungen (z. B. zeigen mehr Jungen als Mädchen Anzeichen von Hyperaktivität) und unterscheiden sich auch in der Art ihrer Probleme. Jeder vierte bis sechste Jugendliche mit Migrationshintergrund wurde nach Einschätzung der Eltern als grenzwertig bis psychisch auffällig eingestuft; bei Kindern ohne Migrationshintergrund sind dies deutlich weniger (Hölling u. a. 2007). In Bezug auf den sozioökonomischen Status der Jugendlichen ergibt sich ein deutlicher sozialer Gradient für das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten RKI 2008a; Hölling u. a. 2007): Mädchen und Jungen mit hohem und mittlerem Status sind deutlich seltener betroffen als diejenigen mit geringem Status. Hinsichtlich der besuchten Schulform sind grenzwertig bis psychisch auffällige Jugendliche gehäuft auf Hauptschulen (22,1 Prozent) anzutreffen; und nahezu jeder zweite (45,2 Prozent) der im KiGGS grenzwertig bis psychisch auffällig eingeschätzten Jugendlichen besucht eine Förderschule (RKI 2008a). Sowohl grenzwertig bis psychisch auffällige Mädchen (30,4 Prozent) als auch Jungen (31,9 Prozent) sind häufiger als die Gruppe der unauffälligen Jugendlichen Täter und Opfer von Gewalthandlungen (RKI 2008a).

Die generell rückläufige Tendenz im Auftreten von psychischen Auffälligkeiten spiegelt sich in den spezifischen Auffälligkeiten wider, aus denen sich der Gesamtwert für psychische Auffälligkeit zusammensetzt. Dabei sind jedoch einige Besonderheiten innerhalb der jüngeren und der älteren Gruppe zu berücksichtigen (vgl. Tab.8.8 und 8.9).

Emotionale Probleme sind über beide Altersgruppen betrachtet tendenziell rückläufig; jedoch ergibt sich bei Mädchen beider Altersgruppen nur ein so geringer Unterschied an emotionalen Problemen, dass an dieser Stelle von einer stabilen Entwicklung gesprochen werden kann. Sowohl Verhaltens- als auch Hyperaktivitätsprobleme weisen mit zunehmendem Alter einen deutlichen Rückgang über alle querschnittlich betrachteten Variablen auf. Auch für die Jugendlichen, die Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen haben, ist tendenziell ein Rückgang der Auffälligkeiten zu verzeichnen. Dieser fällt aber so marginal aus, dass nicht von einer Besserung der Symptomatik mit wachsendem Alter gesprochen werden kann. Im Unterschied zu den bislang genannten Problembereichen ergibt sich für den Bereich „Mangel im prosozialen Verhalten“ sogar eine tendenzielle Zunahme von Problemen für die höheren Altersgruppen; diese Veränderungen fallen aber so marginal aus, dass nicht von einer generellen Verschlechterung sozialer Fähigkeiten gesprochen werden kann. Gerade die Stabilität in den Prävalenzwerten für die Bereiche „Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“ und „Mangel im prosozialen Verhalten“ weisen aber darauf hin, dass ein erheblicher Anteil von Jugendlichen manifeste Defizite in sozialen Fertigkeiten aufweist. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund brisant, dass für den Übergang von Schule in Berufs-/Hochschulausbildung neben kognitiven Kompetenzen (z. B. ausreichende Deutsch- und Mathematikkenntnisse) zunehmend auch soziale Kompetenzen gefragt sind.

Die Auswertungen des KiGGS weisen zudem darauf hin, dass grenzwertig bis psychisch auffällige Heranwachsende über wenige personale, familiäre und sozialen Ressourcen sowie eine geringe Lebensqualität verfügen (RKI 2008a; Hölling/Schlack 2008). Zu den zentralen personalen Ressourcen im Jugendalter, die die Gefahr der Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten reduzieren können, gehören selbstbezogene Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeitserwartungen (vgl. Teil A, Kap. 3.2.2.4).

[69] SDQ = Strength and Difficulties Questionaire. Die Daten für auffälliges und grenzwertiges Verhalten wurden zusammengezogen. Die Prozentangaben „Insgesamt“ beziehen sich auf 100 Prozent.

Tabelle 8.8

Psychische und Verhaltensauffälligkeiten sowie prosoziales Verhalten bei 11- bis 13-Jährigen (SDQ-Subskalen)

	Befunde
emotionale Probleme (Ängste, depressive Verstimmung)	gesamt: *18,8 %* Jungen: *18,8 %;* Mädchen: *19,0 %* mit MH: *22,4 %;* ohne MH: *18,2 %* niedriger ST: *23,2 %* mittlerer ST: *18,8 %* hoher ST: *13,4 %*
Verhaltensauffälligkeiten (aggressiv-dissoziales Verhalten)	gesamt: *31,9 %* Jungen: *36,5 %;* Mädchen: *27,1 %* mit MH: *39,6 %;* ohne MH: *30,2 %* niedriger ST: *42,2 %* mittlerer ST: *30,7 %* hoher ST: *22,2 %*
Hyperaktivitätsprobleme	gesamt: *14,8 %* Jungen: *21,2 %;* Mädchen: *8,1 %* mit MH: *18,7 %;* ohne MH: *14,1 %* niedriger ST: *20,3 %* mittlerer ST: *14,8 %* hoher ST: *8,5 %*
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	gesamt: *24,1 %* Jungen: *26,6 %;* Mädchen: *21,6 %* mit MH: *36,2 %;* ohne MH: *21,7 %* niedriger ST: *32,0 %* mittlerer ST: *22,6 %* hoher ST: *16,9 %*
Grenzwertiges bis auffälliges prosoziales Verhalten[70]	gesamt: *10,7 %* Jungen: *13,0 %;* Mädchen: *8,3 %* mit MH: *11,6 %;* ohne MH: *10,5 %* niedriger ST: *13,2 %* mittlerer ST: *10,0 %* hoher ST: *8,4 %*

Quelle: Hölling u. a. 2007 ST = sozialer Status, MH: Migrationshintergrund

[70] Prosoziales Verhalten gehört zu den psychischen Stärken und wird durch die Items „nett zu anderen Menschen sein“, „Bereitschaft, zu teilen“, „hilfsbereit sein“, „nett zu Jüngeren sein“ und „ Anderen oft freiwillig helfen“ erfasst.

Tabelle 8.9

Psychische und Verhaltensauffälligkeiten sowie prosoziales Verhalten[71] bei 14- bis 17-Jährigen (SDQ-Subskalen)

	Befunde
emotionale Probleme (Ängste, depressive Verstimmung)	gesamt: *15,6 %* Jungen: *12,6 %;* Mädchen: *18,8 %* mit MH: *18,0 %;* ohne MH: *15,2 %* niedriger ST: *18,5 %* mittlerer ST: *15,3 %* hoher ST: *12,5 %*
Verhaltensauffälligkeiten (aggressiv-dissoziales Verhalten)	gesamt: *27,5 %* Jungen: *30,9 %;* Mädchen: *24,1 %* mit MH: *30,6 %;* ohne MH: *27,0 %* niedriger ST: *36,6 %* mittlerer ST: *26,7 %* hoher ST: *19,7 %*
Hyperaktivitätsprobleme	gesamt: *9,2 %* Jungen: *12,7 %*; Mädchen: *5,5 %* mit MH: *10,2 %;* ohne MH: *9,1 %* niedriger ST: *11,0 %* mittlerer ST: *9,3 %* hoher ST: *7,3 %*
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	gesamt: *22,4 %* Jungen: *23,9 %;* Mädchen: *20,9 %* mit MH: *32,8 %;* ohne MH: *20,6 %* niedriger ST: *28,1 %* mittlerer ST: *21,1 %* hoher ST: *18,1 %*
Grenzwertiges bis auffälliges prosoziales Verhalten[71]	gesamt: *12,5 %* Jungen: *16,0 %;* Mädchen: *8,9 %* mit MH: *13,1 %;* ohne MH: *12,4 %* niedriger ST: *13,7 %* mittlerer ST: *11,7 %* hoher ST: *12,6 %*

Quelle: Hölling u. a. 2007 ST = sozialer Status, MH: Migrationshintergrund

[71] Prosoziales Verhalten gehört zu den psychischen Stärken und wird durch die Items „nett zu anderen Menschen sein“, „Bereitschaft, zu teilen“, „hilfsbereit sein“, „nett zu Jüngeren sein“ und „ Anderen oft freiwillig helfen“ erfasst.

8.2.6 Essstörungen

Zu den typischen Essstörungen des Jugend- und frühen Erwachsenenalters[72] werden Anorexia nervosa (Magersucht) und Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht) gezählt. Anorexie wird durch einen absichtlichen Gewichtsverlust charakterisiert, wobei Anorexie dann diagnostiziert wird, wenn das Körpergewicht des Heranwachsenden unterhalb 85 Prozent des zu erwartenden Gewichts (BMI-Wert[73] unterhalb der 10. Altersperzentile) liegt (Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u. a. 2007). Das Verhalten der Betroffenen ist darauf ausgerichtet, Gewicht durch Fasten, Diäten, Missbrauch von Medikamenten, übertriebene körperliche Aktivität oder Erbrechen zu verlieren. Sie beschäftigen sich übermäßig mit ihrem Körpergewicht und ihrer Figur, definieren ihren Selbstwert darüber und haben große Angst vor Gewichtszunahme. Dabei leiden sie unter einer Körperschemastörung und nehmen sich trotz ihres bestehenden Untergewichts als zu dick wahr. Die Betroffenen zeigen ein gesteigertes, bisweilen zwanghaftes Leistungsverhalten (z. B. extrem sorgfältige Hausaufgabenbearbeitung oder Sauberkeit). Hauptmerkmal der Bulimie ist das wiederholte Auftreten von „Heißhungeranfällen“. Die Betroffenen nehmen in kurzer Zeit große Nahrungsmengen, vorwiegend mit einem hohen Kaloriengehalt, zu sich. Diese „Anfälle“ sind mit dem subjektiven Gefühl verbunden, die Kontrolle über das eigene Essverhalten verloren zu haben, während viele der Betroffenen ansonsten ein gezügeltes Essverhalten zeigen. Um nicht an Gewicht zuzunehmen, werden häufig unmittelbar nach einer Essattacke gegenregulierende Maßnahmen (z. B. Erbrechen, Medikamentenmissbrauch) eingeleitet. Das Selbstwertgefühl der Betroffenen wird übermäßig durch die subjektive Wahrnehmung ihrer Figur und ihres Körpergewichts beeinflusst, obwohl die meisten ein „normales“ Körpergewicht haben.

Mit insgesamt 21,9 Prozent zeigt mehr als ein Fünftel der Jugendlichen von 11 bis unter 18 Jahren in Deutschland Symptome einer Essstörung – ohne dass hier schon von einer manifesten Erkrankung gesprochen werden könnte. Der Anteil der Mädchen ist dabei wesentlich größer als der Anteil der auffälligen Jungen (Hölling/Schlack 2007). Während fast jeder dritte Jugendliche mit Migrationshintergrund Anzeichen von Essstörungen zeigt, ist dies bei den Jugendlichen ohne Migrationserfahrung nur etwa jeder fünfte Heranwachsende. Für das Vorliegen von Symptomen einer Essstörung zeigt sich ebenfalls ein sozialer Gradient: So ist der Anteil der auffälligen Jugendlichen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status fast zweimal so groß wie bei den Jugendlichen aus Familien mit einem hohen sozioökonomischen Status (Hölling/Schlack 2007).

Tabelle 8.10

Gegenüberstellung wichtiger Symptome bei Anorexie und Bulimie

	Anorexie	**Bulimie**
Gründe für auffälliges Essverhalten	abnehmen wollen	nicht zunehmen wollen
Wahrnehmung der Nahrungsaufnahme	Kontrollzwang beim Essen	Kontrollverlust beim Essen
Gewicht	Untergewicht	Normal- oder Übergewicht
Körperbild	unrealistisches Körperbild	realistisches Körperbild
Wahrnehmung der eigenen Erkrankung	kein Leidensdruck, Verleugnung	großer Leidensdruck, Schuldgefühle

Quelle: von Wietersheim 2008

Tabelle 8.11

Prävalenz von Essstörungssymptomen bei 11- bis 17-Jährigen nach SCOFF[74] (Selbstauskunft der Befragten)

	11 bis 13 Jahre	**14 bis 17 Jahre**
insgesamt	*20,6 %*	*22,7 %*
Geschlecht	Mädchen: *23,5 %* Jungen: *17,8 %*	Mädchen: *32,3 %* Jungen: *13,5 %*
Migrationshintergrund	mit MH: *30,1 %* ohne MH: *18,5 %*	mit MH: *30,4 %* ohne MH: *21,2 %*
sozialer Status	hoher ST: *13,2 %* mittlerer ST: *19,1 %* niedriger ST: *28,3 %*	hoher ST: *17,2 %* mittlerer ST: *22,6 %* niedriger ST: *27,2 %*

ST = sozialer Status, MH: Migrationshintergrund
Quelle: Hölling/Schlack 2007

[72] Auf die Darstellung der Binge Eating Disorder („Esssucht“) wird an dieser Stelle verzichtet, da die empirische Befundlage (z. B. Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen Binge Eating Disorder, Bulimie und Übergewicht) bislang noch unzureichend ist. Ebenfalls wird an dieser Stelle auf die Darstellung von Befunden zu Adipositas verzichtet, da diese laut WHO-Definition keine Essstörung im engeren Sinn, sondern eine chronische Erkrankung darstellt.

[73] Der BMI berechnet sich anhand der Formel Körpergewicht (in kg) dividiert durch das Quadrat der in Meter gemessenen Körpergröße.

[74] Der SCOFF-Fragebogen ist im Rahmen des KiGGS von 6 634 11- bis 17-Jährigen per Selbstauskunft schriftlich beantwortet worden und ist ein Screening-Instrument zur Identifizierung möglichen essgestörten Verhaltens. Eine Unterscheidung der Auffälligen in Anorexie- bzw. Bulimiebetroffene ist auf Grundlage dieses Instruments nicht möglich (vgl. Hölling/Schlack 2007 für eine genaue Beschreibung des Erhebungsinstrumentes).

Erste Anzeichen von Anorexie werden nicht selten bereits bei 12-Jährigen beobachtet, der Erkrankungsgipfel liegt aber zwischen dem 14. und 16. Lebensjahr. Zahlen zu manifesten Erkrankungen an Anorexie im Jugendalter liegen nicht vor; bekannt ist aber, dass Anorexie mit 10 Prozent die höchste Sterblichkeitsrate unter den psychischen Störungen besitzt (Herzog u. a. 2000).

Bulimia nervosa ist selten bei Heranwachsenden unter 14 Jahren anzutreffen, der Erkrankungsgipfel liegt zwischen dem 16. und 19. Lebensjahr. Heranwachsende, die in besonderer Form mit dem Schlankheitsideal[75] konfrontiert sind (z. B. Models oder Leistungssport Betreibende) weisen eine deutlich höhere Prävalenz auf (Holtkamp/Herpertz-Dahlmann 2005). Betroffene zeigen in hohem Maße weitere psychische Störungen wie depressive Erkrankungen und Angststörungen (Eckert u. a. 2006; Fichter 2005; Gerlinghoff/Backmund 2004).

Anorexie und Bulimie sind psychosomatische Krankheitsbilder, die multifaktoriell bedingt sind. Diskutiert werden biologische und soziokulturelle Faktoren (durch Familie, Schule und/oder Massenmedien vermittelte Werte wie Leistungsnorm und Schlankheitsideal), persönlichkeitsbedingte Merkmale (z. B. Perfektionismus, geringe Frustrationstoleranz), belastende Lebensereignisse (z. B. sexueller Missbrauch) sowie schwierige soziale Lebensbedingungen (z. B. gestörte Familienbeziehungen, Verlust von Bezugspersonen, soziale Isolation etc.; Fichter 2005; Holtkamp/Herpertz-Dahlmann 2005; Thiels 2004). Essstörungen sind Krankheiten mit Neigung zu Rückfällen und chronischem Verlauf. Etwa 50 bis 70 Prozent der Betroffenen aber überwinden ihre Essstörung oder sind zumeist soweit gebessert, dass sie in ihrem Leben wieder zurechtkommen (Quadflieg/Fichter 2003; Steinhausen 2003).

Essstörungen sind nach den vorliegenden Daten und Befunden besonders in der Gruppe der 14 bis 17 Jahre alten Mädchen verbreitet. Vor dem Hintergrund der in dieser Altersphase anstehenden Veränderungen und Herausforderungen kann diese Symptomatik als Ausdruck von Entwicklungsproblemen gesehen werden. Diese sind oft passager, aber für die betroffenen Mädchen mit sehr gravierenden Beeinträchtigungen verbunden.

„Geringes Selbstwertgefühl macht dick“ (Lemeshow 2008), diese Aussage weist darauf hin, dass sich bei der Suche nach den Entstehungskontexten und möglichen Lösungswegen die Aufmerksamkeit nicht nur auf körperliche und psychische Faktoren, sondern auch darauf richten muss, wie die betroffenen Mädchen die Qualität ihres sozialen Umfelds sowie den eigenen sozialen Status in ihrem sozialen Nahraum bewerten (Lemeshow 2008).

„Kinder und Jugendliche haben nie isolierte Probleme mit der Ernährung, dem Stress oder ihrem Bewegungsverhalten“ (Mann-Luoma u. a. 2002, S. 956), sondern diese sind als Ausdruck unbewusster Konflikte und unerkannter Traumata sowie von Überforderungen bei der Umsetzung der Entwicklungsthemen in dieser Altersphase zu sehen. Soll in Bezug auf Essstörungen eine Veränderung gelingen, so sind dafür die Unterstützung und Ermutigung der Betroffenen in ihren sozialen Beziehungen und Freundschaften und bei Veränderung des inneren Selbstbildes und des äußeren Verhaltens hilfreich. Angesichts der komplexen Entstehungskontexte von Essstörungen sind therapeutische Konzepte erforderlich, die den Zusammenhang von innerem Erleben und äußerem Verhalten erkennen und bearbeiten können.

8.2.7 Übergewicht und Adipositas

Übergewicht und Adipositas (Fettsucht) im Kindes- und Jugendalter sind Phänomene, die inzwischen einen erheblichen Anteil der Kinder und Jugendlichen in westlichen Industrieländern betreffen. Von Übergewicht und Adipositas wird bei Erwachsenen gesprochen, wenn der BMI (Body Mass Index)[76] höher als 25 bzw. höher als 30 liegt. Bei Kindern wird aufgrund des starken Wachstums mit alters- und geschlechtsspezifischen Perzentilen gerechnet. Während Übergewicht an sich noch keine chronische Erkrankung ist, gilt Adipositas nach Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als chronische Erkrankung auf einem polygenetischen Hintergrund, die mit erheblichen Komplikationen einhergeht und die Lebenserwartung verkürzen kann (Hauner 2000). Der Krankheitswert der Adipositas ergibt sich aus den funktionellen und individuellen Einschränkungen sowie der psychosozialen Beeinträchtigung und einer hohen Komorbidität (Wabitsch 2004). Besonders hohe Prävalenzraten von Übergewicht und Adipositas lassen sich im Jugendalter finden (vgl. Abb. 8.7).

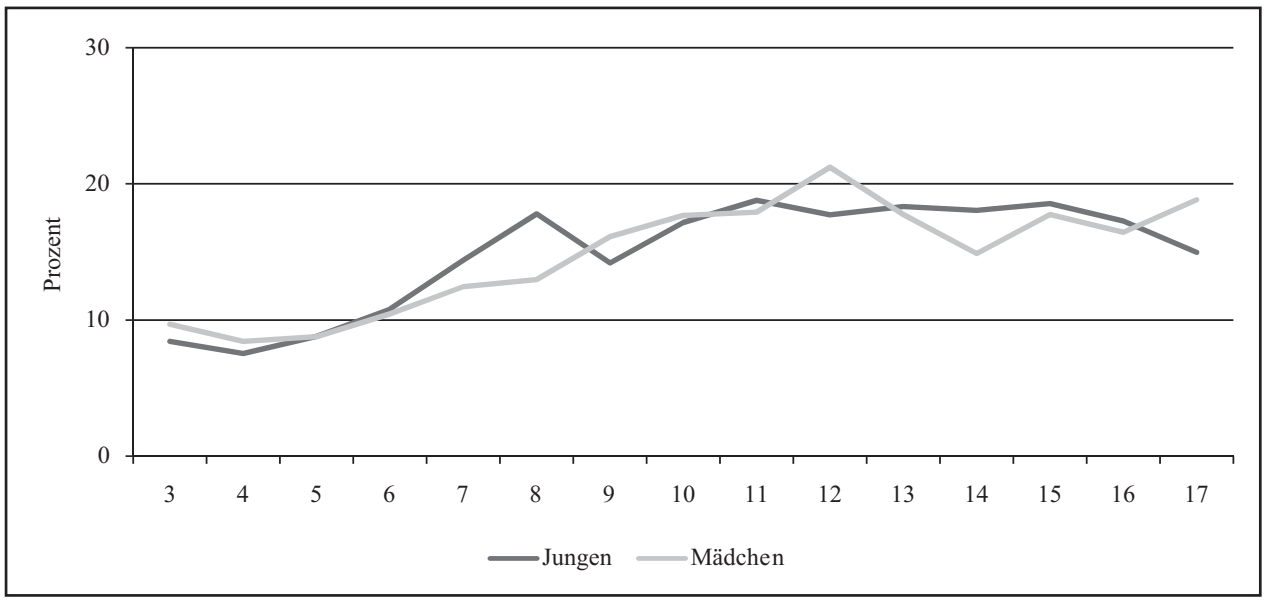
Nach Auswertungen des KiGGS sind die meisten Heranwachsenden im Jugendalter normalgewichtig. Jedoch sind zwischen 7,2 Prozent und 8,5 Prozent der Jugendlichen übergewichtig oder adipös; wobei im Alter von 6 bis 12 Jahren ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen ist und sich diese Werte bis ins Jugendalter fortsetzen. Jungen und Mädchen sind in etwa gleichem Ausmaß hiervon betroffen. Übergewichtige und adipöse Jugendliche gehören vermehrt Familien an, die sozial benachteiligt sind, wobei in diesen Familien schon Kinder von 3 bis 10 Jahren deutlich häufiger unter Übergewicht bzw. Adipositas leiden (Kurth/Schaffrath Rosario 2007; vgl. Tab. 8.12 und 8.13).

[75] In der Gesamtbevölkerung ist das Schlankheitsideal weit verbreitet. Insbesondere bei den 13- und 15-Jährigen fühlt sich mehr als jedes zweite Mädchen (13-Jährige: 51 Prozent, 15-Jährige: 58 Prozent) und etwa jeder dritte Junge (13-Jährige: 36 Prozent, 15-Jährige: 31 Prozent) zu dick; Deutschland nimmt damit im europäischen und nordamerikanischen Vergleich den Spitzenplatz ein (Weltgesundheitsorganisation, WHO 2008).

[76] Der BMI berechnet sich anhand der Formel Körpergewicht (in kg) dividiert durch das Quadrat der in Meter gemessenen Körpergröße

Abbildung 8.7

Übergewicht inkl. Adipositas bei 3- bis 17-Jährigen (Prävalenzen in Prozent)



Quelle: RKI 2008a, S. 54

Tabelle 8.12

Gewichtsverteilung und Adipositas bei 3- bis 6-Jährigen und bei 7- bis 10-Jährigen (Angaben in Prozent)

	3 bis 6 Jahre	**7 bis 10 Jahre**
Gesamt (100 %)		
Unter Normalgewicht	*5,2*	*7,8*
Normalgewichtig	*85,6*	*76,9*
Übergewichtig, nicht adipös	*6,2*	*9,0*
Adipös	*2,9*	*6,4*
Geschlecht (Adipositas)		
Jungen	*2,5*	*7,0*
Mädchen	*3,3*	*5,7*
Migrationshintergrund (Adipositas)		
mit MH	*4,9*	*11,0*
ohne MH	*2,4*	*5,4*
Sozialer Status (Adipositas)		
niedriger ST	*4,4*	*9,8*
mittlerer ST	*3,0*	*6,3*
hoher ST	*1,3*	*3,0*

Quelle: modifiziert nach Kurth/Schaffrath Rosario 2007 MH: Migrationshintergrund, ST: sozialer Status; Differenzen aufgrund von Rundungseffekten

Tabelle 8.13

Übergewicht und Adipositas bei 11- bis 13-Jährigen und bei 14- bis 17-Jährigen (Angaben in Prozent)

	11 bis 13 Jahre	**14 bis 17 Jahre**
Gesamt (100 %)		
Unter Normalgewicht	*8,6*	*6,7*
Normalgewichtig	*72,7*	*76,2*
Übergewichtig, nicht adipös	*11,4*	*8,6*
Adipös	*7,2*	*8,5*
Geschlecht (Adipositas)		
Jungen	*7,0*	*8,2*
Mädchen	*7,3*	*8,9*
Migrationshintergrund (Adipositas)		
mit MH	*10,0*	*9,4*
ohne MH	*6,4*	*8,3*
Sozialer Status (Adipositas)		
niedriger ST	*12,0*	*14,0*
mittlerer ST	*5,9*	*7,5*
hoher ST	*3,6*	*5,2*

Quelle: modifiziert nach Kurth/Schaffrath Rosario 2007; MH: Migrationshintergrund, ST: sozialer Status; Differenzen aufgrund von Rundungseffekten

Heranwachsende mit Migrationshintergrund sind – schon mit 3 bis 10 Jahren – stärker von Übergewicht betroffen als Heranwachsende ohne Migrationshintergrund. Am häufigsten sind Mädchen und Jungen mit türkischem Migrationshintergrund betroffen, wobei ein Teil der Eltern mit türkeibezogener Migrationserfahrung bzw. niedrigem Sozialstatus „blind" zu sein scheinen für das Übergewicht ihrer Kinder bzw. diese oft auch dann als zu dünn einschätzen, wenn sie normalgewichtig sind (RKI 2008b). Das Körperbild, das Eltern von ihren Kindern haben, erscheint also ein wichtiger Faktor bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Übergewicht. Unterschiede bei Übergewicht (inkl. Adipositas) ergeben sich auch im Hinblick auf die besuchte Schulform: So neigt mehr als jeder fünfte Hauptschüler (22,9 Prozent) zu Übergewicht/Adipositas; bei den Jugendlichen, die eine Förderschule besuchen, ist es fast jeder dritte (31,9 Prozent; RKI 2008a). Übergewichtige und adipöse Jugendliche beiderlei Geschlechts unterscheiden sich im Hinblick auf bestehende psychische und Verhaltensauffälligkeiten von normalgewichtigen Heranwachsenden, wobei Jungen auffälliger als Mädchen sind (vgl. Tab. 8.14). Ergebnisse des KiGGS belegen einen gesteigerten Konsum elektronischer Medien in der Freizeitgestaltung übergewichtiger Jugendlicher (RKI 2008a).

Tabelle 8.14

Gewicht, psychische und Verhaltensauffälligkeiten der 11- bis 17-Jährigen (Prävalenzen in Prozent)

	kein Übergewicht	**Übergewicht inkl. Adipositas**
unauffällig		
Jungen	*84,3*	*78,3*
Mädchen	*90,0*	*83,5*
grenzwertiges bis auffälliges Verhalten		
Jungen	*15,7*	*21,7*
Mädchen	*10,0*	*16,5*

Quelle: RKI 2008a

Zu den Risikofaktoren für Übergewicht und Adipositas gehören ein Übergewicht der Mutter, ein hohes Geburtsgewicht, wenig körperliche Aktivität (z. B. ausgedehnte Beschäftigung mit Fernseher/Computer), zu kalorienreiche Nahrung und psychische Faktoren. Zu den Risikofaktoren in der Umgebung gehören u. a. eine wenig kinderfreundliche sowie eine technisierte Umwelt, die ausreichende Bewegung erschwert (Pfluger-Jakob 2007). Adipositas geht häufig mit verschiedenen anderen oft erst später einsetzenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie beispielsweise Herz- und Kreislauferkrankungen, Diabetes und orthopädischen Komplikationen einher (Benecke/Vogel 2005). Neben den langfristigen gesundheitlichen Folgen von Übergewicht und Adipositas leiden die Betroffenen zudem unter Stigmatisierung, sozialer Ausgrenzung und einer geringeren gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Hölling u. a. 2008; Kurth/Ellert 2008).

8.2.8 Depressive Erkrankungen

Fast alle Jugendlichen sind von Zeit zu Zeit einfach „schlecht drauf", fühlen sich traurig, trauen sich nichts zu, hinterfragen den Sinn des eigenen Lebens oder haben Angst vor der Zukunft. Solche Gedanken und Gefühle sind mehrheitlich als eine vorübergehende Reaktion auf persönliche Probleme, Unzufriedenheit und die Veränderungen in der Pubertät zu deuten. Bei einer oft unterschätzten Zahl von Jugendlichen aber verfestigen sich negative Gefühle und führen zu einem ausgedehnten, von zusätzlichen Symptomen und Beeinträchtigungen begleiteten psychischen Problem, das bis zu einer depressiven Erkrankung führen kann[77]. Kernsymptome sind eine depressive Verstimmung (Niedergeschlagenheit bzw. Traurigkeit), die begrenzte Möglichkeit, Freude und Interessen wahrzunehmen, sowie Antriebsmangel. Die depressive Erkrankung und der damit verbundene Leidensdruck kann bis hin zum Suizid (vgl. Kap. 8.2.10) führen (Cibis u. a. 2008; Remschmidt 2005; Wolfersdorf 2008). Gesellschaftspolitische Relevanz erfährt dieses Erkrankungsspektrum durch seine sowohl im Kindes- und Jugend- als auch im Erwachsenenalter hohe Prävalenz, den für die Erkrankten bestehenden hohen Leidensdruck, den oftmals ungünstigen Verlauf und eine nicht immer bedarfsgerechte ärztlich-medizinische und therapeutische Versorgungssituation. Des Weiteren ergibt sich ein gesundheits- und gesellschaftspolitischer Handlungsbedarf daraus, dass unbehandelte depressive Erkrankungen die Tendenz zu einen progressivem Verlauf mit der Gefahr von Rückfällen, einer Chronifizierung sowie zur Entwicklung von Begleiterkrankungen (z. B. Angststörungen) haben. Bei der Ausarbeitung der nationalen Gesundheitsziele, die verbindliche Vereinbarungen von verantwortlichen Akteuren des Gesundheitssystems auf Bund- und Länderebene darstellen, wurde deshalb das Ziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln" als eines von sechs Zielen festgelegt (Bundesministerium für Gesundheit, BMG 2008).

Allgemein lässt sich zum Alter Heranwachsender bei Störungsbeginn in den letzten Jahrzehnten ein Absinken des Altersniveaus feststellen. Ab dem 12. Lebensjahr setzt ein deutlicher Anstieg depressiver Symptome bei Mädchen und Jungen ein (Blanz u. a. 2006; Schulte-Markwort u. a. 2008); der Beginn einer depressiven Erkrankung kann vielfach im frühen bis mittleren Jugendalter (14. bis 15. Lebensjahr) zeitlich näher bestimmt werden (Roos 2007). Depressive Störungen verschiedenen Grades gehören mit einer Prävalenz von etwa 5 bis 14 Prozent zu den

[77] Depressionen werden in Abhängigkeit von ihrem Erscheinungsbild in unipolare („reine" depressive Erkrankung), bipolare (abwechselndes Auftreten von depressiven Phasen und manischen Episoden) und dysthyme (chronische, aber weniger schwere und intensive Form) Störungen unterteilt; referiert werden hier ausschließlich Befunde zu unipolaren depressiven Störungen/Erkrankungen aufgrund der geringen Prävalenz der anderen Störungen im Jugendalter.

häufigsten psychischen Erkrankungen im Jugendalter (Essau u. a. 1998; Ihle u. a. 2004). Im Jugendalter haben Mädchen ein doppelt so hohes Risiko, an einer Depression zu erkranken wie Jungen (von Klitzing 2006). Die Dauer einer depressiven Erkrankung liegt bei durchschnittlich etwa 30 Wochen (Roos 2007).

Erklärungsansätze zur Genese depressiver Erkrankungen gehen von einem transaktionalen Zusammenwirken unterschiedlicher biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren aus. Als prädisponierend gelten genetische Faktoren und Störungen im Neurotransmitterstoffwechsel in Wechselwirkung mit psychischen Faktoren (z. B. mangelnde soziale Fertigkeiten, Wahrnehmungsverzerrungen) und Faktoren im sozialen Nahraum (z. B. psychische Erkrankung eines Elternteils, Partnerschaftskonflikte der Eltern, soziale Zurückweisung durch Gleichaltrige; Blanz u. a. 2006; Brakemeier u. a. 2008; Lehmkuhl u. a. 2008; Mehler-Wex/Kölch 2008). Auch traumatische Erfahrungen werden oft depressiv verarbeitet. Depressive Erkrankungen im Jugendalter sind einerseits Erkrankungen mit hohem Chronifizierungsrisiko, die das soziale Funktionsniveau verringern, Sozialkontakte und Freizeitaktivitäten behindern sowie zu Beeinträchtigungen der allgemeinen und schulischen (beruflichen) Leistungsfähigkeit führen können (Blanz u. a. 2006; Lehmkuhl u. a. 2008; Mehler-Wex/Kölch 2008), andererseits scheinen Heranwachsende oft schneller als Erwachsene von einer Depression zu genesen (Remissionsraten von bis zu 33 Prozent; Mehler-Wex/Kölch 2008). Dennoch bestand nach fünf Jahren bei etwa drei Vierteln (72 Prozent) der ehemals Erkrankten eine ausgeprägte Tendenz zur Wiedererkrankung (Roos 2007).

8.2.9 Selbstverletzendes Verhalten

Selbstverletzendes Verhalten stellt eine direkte und absichtliche Form der Schädigung des eigenen Körpers dar (z. B. durch Verletzen der Haut an Armen/Beinen mit spitzen und scharfen Gegenständen wie Rasierklingen („Ritzen“) oder Verbrennungen mit Zigaretten auf dem eigenen Körper usw.). Im Unterschied zu suizidalen Handlungen ist mit selbstverletzendem Verhalten keine Tötungsabsicht verbunden; vielmehr sollen damit emotionale Entlastung, Abbau bestehender Spannungs- und Unruhezustände sowie Aufmerksamkeit durch Außenstehende erreicht werden (Frank 2005b; Holtkamp/Herpertz-Dahlmann 2001). Selbstverletzendes Verhalten ist im Jugendalter keine seltene, oft aber eine vorübergehende Erscheinung. Nach Ergebnissen der Heidelberger Schulstudie (mit knapp 5.800 Teilnehmerinnen und Teilnehmern) verletzen sich 10,9 Prozent der Befragten 14-Jährigen gelegentlich (ein- bis dreimal im Jahr) und 4 Prozent wiederholend. Jugendliche ohne Migrationshintergrund sind häufiger als Jugendliche mit Migrationshintergrund und Mädchen doppelt so häufig wie Jungen betroffen. Während gelegentliches selbstverletzendes Verhalten in Zusammenhang mit der Bewältigung psychosozialer Probleme steht, ist wiederkehrendes selbstverletzendes Verhalten ein Ausdruck behandlungsbedürftiger psychischer Störungen (Brunner u. a. 2007).

Charakteristischerweise hängt selbstverletzendes Verhalten mit vielfältigen psychischen Problemen (z. B. Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Ängste oder depressive Erkrankungen) zusammen (Salbach-Andrae u. a. 2007). In der Vorgeschichte der betroffenen Jugendlichen finden sich häufig traumatische Erlebnisse wie sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung, Vernachlässigung, Konflikte und Gewalt in der Familie sowie der Verlust eines nahe stehenden Menschen (Brunner/Resch 2008). Aktuelle Auslöser sind beispielsweise Konfrontationen mit Freunden/Eltern oder Ausgrenzung in der Schule. Betroffene Jugendliche ziehen sich oft von ihrer sozialen Umwelt zurück und verbergen ihre Verletzungen, so dass sie von ihrer Umgebung unbeachtet bleiben.

Bei Mädchen und Jungen mit geistiger Behinderung wird sehr häufig über selbstverletzendes Verhalten im Kontext von Wohnen in Heimen (3 bis 46 Prozent) berichtet, bei Kindern und Jugendlichen, die in der Gemeinde leben, werden dagegen nur 2 bis 3 Prozent genannt (Limbach-Reich 2008).

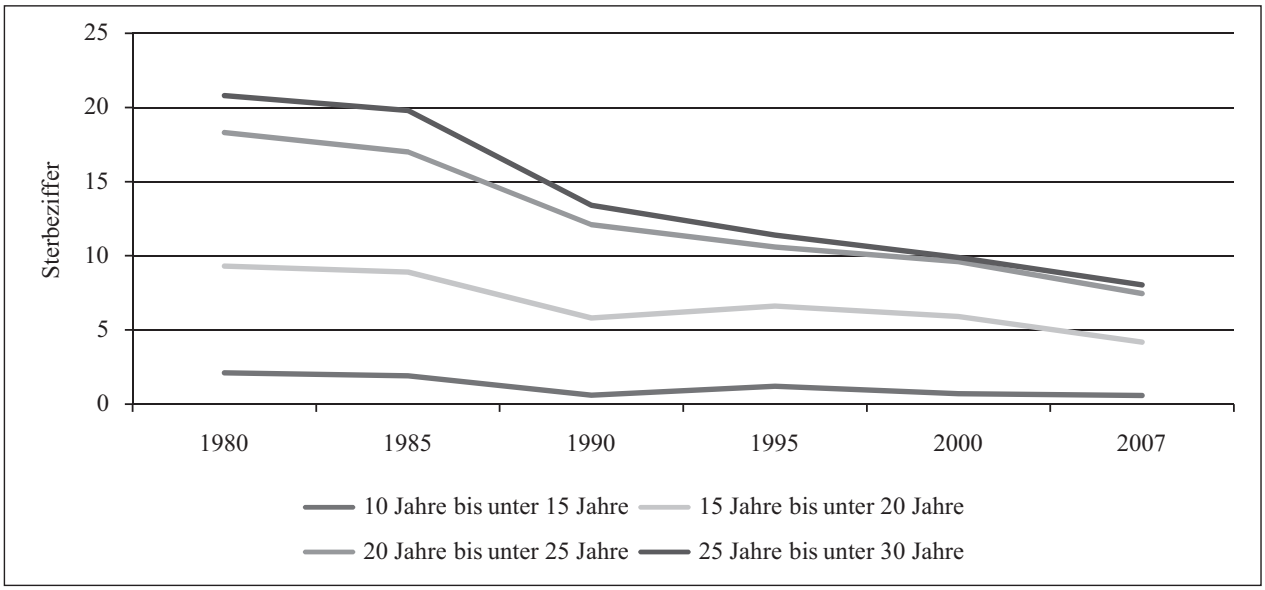
8.2.10 Suizidalität

Suizidalität (drohende Selbsttötung) kann nicht nur im Rahmen einer depressiven, sondern auch bei anderen psychiatrischen Störungen (z. B. Störungen des Sozialverhaltens, Alkohol- und Drogenmissbrauch) auftreten und verschiedene Ebenen umfassen: Suizidgedanken (gedankliche Beschäftigung mit dem eigenen Tod), Suizidversuche (final ausgerichtete Handlung mit lebensbedrohlichem Potenzial, aber ohne Todesfolge) und Suizid (selbst herbeigeführter Tod; Holtkamp/Herpertz-Dahlmann 2001). Sehnsüchte nach „Ruhe“/Tod und sporadische Erwägung (der Möglichkeit) von Suizid kommen bei einem Großteil von (Kindern und) Jugendlichen gelegentlich vor. Ab dem 12. Lebensjahr kommt es zu einem deutlichen Anstieg von Suiziden (Holtkamp/Herpertz-Dahlmann 2001), und diese stellen die zweithäufigste Todesursache bei jungen Menschen dar (Dlubis-Mertens 2003; Rübenach 2007). 2007 gab es in Deutschland 219 Todesfälle durch Suizide in der Altersgruppe der 10- bis unter 20-Jährigen, die zu 74,4 Prozent männliche und zu 25,6 Prozent weibliche Jugendliche betrafen (Statistisches Bundesamt 2008). Insgesamt ist aber die Rate der durch Suizide ums Leben gekommenen jungen Menschen in Deutschland im Rückgang begriffen (vgl. Abb. 8.8).

Es werden keine amtlichen Statistiken zu Suizidversuchen geführt, aber es muss davon ausgegangen werden, dass Suizidversuche über alle Altersstufen hinweg etwa 10-mal so häufig sind wie Suizide. Während Mädchen häufiger als Jungen Suizidversuche unternehmen, liegt das Verhältnis von vollendeten Suiziden von männlichen zu weiblichen Jugendlichen bei etwa 3:1 (Frank 2005c; Holtkamp/Herpertz-Dahlmann 2001). Daten zur Suizidalität von Heranwachsenden mit Migrationshintergrund geben ein heterogenes Bild ab. Insbesondere türkischstämmige Mädchen im Alter von 10 bis 17 Jahren haben eine deutlich höhere Suizidrate als Mädchen ohne Migrationshintergrund. Dies könnte als Ausdruck vermehrten

Abbildung 8.8

Sterbeziffer der durch Selbstmord/(vorsätzliche) Selbstbeschädigung gestorbenen jungen Menschen in Deutschland von 1980 bis 2007 je 100 000 Einwohner



Quelle: Statistisches Bundesamt 2008f

Stresses durch mit der Migration zusammenhängende Belastungen bzw. als riskanter Konfliktlösungsansatz in Bezug auf transkulturelle Probleme interpretiert werden (Razum/Zeeb 2004). Suizidalität hat eine multifaktorielle Genese, die durch ein Zusammenspiel von genetisch-biologischen Faktoren, individuellen Bedingungen (z. B. ein gering ausgeprägtes Selbstwertgefühl, depressive Erkrankung) und mangelnden sozialen Ressourcen (z. B. um belastende Lebensereignisse wie Scheidung der Eltern oder Gewalterfahrungen zu kompensieren) gesteuert wird (Holtkamp/Herpertz-Dahlmann 2001; Wolfersdorf 2008; Wunderlich 2004). Auslöser suizidaler Handlungen sind oftmals vorausgegangene Krisensituationen, zwischenmenschliche Probleme und Schulschwierigkeiten (Zimmermann u. a. 2005). Auch die im Internet verfügbaren Seiten und Foren zum Thema Suizid haben, so das Fazit einiger Untersuchungen, einen bislang unterschätzten Einfluss auf das Suizidverhalten von Heranwachsenden (Dlubis-Mertens 2003; Europarat 2008; Forsthoff u. a. 2005; Wahlbeck/Mäkinen 2008).

8.3 Zusammenfassung

Jugendliche stehen vor einer Reihe von Anforderungen, die sich unter dem Aspekt gesundheitsrelevanter Entwicklungsthemen als „den Körper spüren, Grenzen austesten und Identität finden“ zusammenfassen lassen. Die Identitätsentwicklung im Jugendalter ist eine Zeit des Übergangs und der Suche nach dem „Neuen“. Der Umgang mit den gesellschaftlichen Erwartungen und den damit verbundenen „fertigen“ Vorbildern für das Leben, für Partnerschaft und Beruf einerseits, mit den eigenen Vorstellungen und Hoffnungen der heranwachsenden Jungen und Mädchen andererseits bedürfen der Verarbeitung und Auseinandersetzung mit der Frage nach dem eigenen subjektiv „richtigen Weg“.

Heranwachsende im Alter von 12 bis 18 Jahren sind – wie auch schon Kinder von 6 bis unter 12 Jahren – neben allen positiven Erfahrungen, die sie im System Schule, aber auch in der Freizeit mit sich selbst, mit Gleichaltrigen und Erwachsenen außerhalb der eigenen Familie machen, in unterschiedlichem Maße mit einer Reihe von Stressoren konfrontiert, wie Gewalterfahrungen im schulischen Kontext, Lern- und Leistungsdruck, Sorgen um die eigene (berufliche) Zukunft. Hinzu kommen durch die körperlichen Veränderungen in der Pubertät und das Ringen um eine kohärente Identität sowie Anerkennung beim eigenen wie beim anderen Geschlecht zeitweise starke Konflikte mit der eigenen Person, dem eigenen Körper und ggf. mit der eigenen sexuellen Orientierung. Jugendliche mit Behinderung sind bei der Aufgabe dem eigenen Körper eine positive Bedeutung beizumessen, besonders gefordert und werden zugleich von ihrer Umwelt dabei weitgehend allein gelassen, solange Behinderung nicht als integraler Bestandteil der Gesellschaft verstanden wird.

Aber auch der Beziehungsstress mit den eigenen Eltern im Aushandeln von Grenzen sowie im Kontakt mit Freunden nimmt zeitweise zu. Trotz dieser Stressoren bleiben und fühlen sich die meisten Jugendlichen gesund und schließen diese Lebensphase erfolgreich ab. Doch bei denjenigen Jugendlichen, die sich bereits aufgrund eingeschränkter personaler und sozialer Ressourcen in früheren Entwicklungsstufen besonders anstrengen mussten, um eine Balance zwischen Risiken und kompensatorischen

Ressourcen herzustellen, können in der Pubertät die Risikofaktoren zeitweise die Ressourcen überwiegen. Je nach biografischer Vorerfahrung und Geschlecht reagieren manche Heranwachsenden dann mit Störungen, bei denen sie geeignete Unterstützung brauchen.

Für viele Jugendliche mit Behinderung erweisen sich die Herausforderungen wachsender Freiheitsgrade bei gleichzeitiger Einordnung in gegebene Verhältnisse als besonders hindernisreich: Denn sie selbst und ihre Kompetenzen, aber auch die Erwartungen und Angebote der elterlichen, schulischen und gesundheitssorgenden Umwelt sind nicht darauf eingestellt, dass auch Mädchen und Jungen mit Behinderungen größere Freiräume für sich verlangen und diese, trotz gleichzeitiger Abhängigkeit von Unterstützungsleistungen, möglichst eigenständig bewältigen wollen. Dies gilt vor allem für die Ablösung vom Elternhaus, die Zugänge zu Arbeit und Ausbildung sowie zu Gleichaltrigen und für den selbstbestimmten Umgang mit Sexualität.

8.4 Fazit

Um eine stimmige Identität auszubilden, suchen und brauchen Jugendliche Herausforderungen und Grenzen. Sie benötigen genügend soziale Lern- und Erfahrungsräume auch jenseits von Schule und Elternhaus, in denen sie zum einen den eigenen Körper und die eigene Sexualität ausprobieren und spüren können, um so zu lernen, ihren Körper anzunehmen und zu „bewohnen“ (Fend, 2001, S. 222 ff.), statt sich, wie v. a. bei Mädchen zu beobachten – oft verstärkt durch mediale Vorbilder –, besonders mit den vermeintlich negativen Aspekten des eigenen Körpers zu beschäftigen. Hier bewusst Verschiedenheit zu akzeptieren, könnte es auch Mädchen und Jungen mit Behinderungen erleichtern, diese Aufgabe zu bewältigen.

Sie brauchen weiterhin genügend Möglichkeiten, um in ihrem Freundeskreis ihren jugendkulturellen Interessen und Praxen nachzugehen, die ihnen Abgrenzung und die Ausbildung von Eigenständigkeit ermöglichen, wobei dies auch Mädchen und Jungen mit Behinderungen mehr als bisher ermöglicht werden sollte.

Jugendliche bedürfen weiter der Unterstützung bei ihrer Auseinandersetzung mit den gesellschaftlich und medial vermittelten Botschaften des „Alles ist möglich“, denn Jugendliche in dieser Altersphase sind mit der unumgänglichen Herausforderung konfrontiert, eine für sie stimmige Balance zwischen ihren Vorstellungen und Bedürfnissen und den hierfür vorhandenen Möglichkeiten und Grenzen zu finden. Auch in Bezug auf den Konsum von Tabak und Alkohol und (illegalen) Drogen müssen die Jugendlichen ihre Normen finden, da diese aufgrund der durch Taschengeld und eigene Einkünfte erweiterten Finanzspielräume vieler Heranwachsender zu bezahlbaren, weitverbreiteten und leicht zugänglichen „Alltagsdrogen“ geworden sind. Da diese Drogen zugleich einen Risikofaktor auf der Suche nach eigener Identität in dieser Phase des Übergangs und der Suche nach Orientierung darstellen, brauchen die Jugendlichen auch hier Hilfen für den Erwerb der nötigen „Lebenskompetenzen“ im Umgang damit.

Moderne Kommunikations- und Informationstechnologien erlauben mobiles und vielfach unbegrenztes Konsumieren und Verbreiten jugendgefährdender Inhalte. Jugendliche brauchen daher vonseiten des Gesetzgebers einen in den alltäglichen Lebensbezügen Heranwachsender funktionierenden Jugendschutz/Jugendmedienschutz.[78] Um mit den sich anbietenden riskanten Freiheiten zurechtzukommen, brauchen Jugendliche auch hier Lebenskompetenzen (z. B. Gesundheitswissen und Medienkompetenz), die ihnen neben dem Elternhaus in Settings der (non-)formalen Bildung, z. B. in der Schule und in den Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe, vermittelt werden können.

Insgesamt brauchen Jugendliche Lebens- und Erfahrungsräume, wie sie ihnen beispielsweise in Form der (offenen) Kinder- und Jugendarbeit zur Verfügung stehen, in denen sie sich jenseits des medialen „Mainstreams“ mit ihren Stärken und Schwächen erleben, aber auch Grenzen austesten können. Dadurch wird es Heranwachsenden möglich, vielfach noch unentdeckte Aspekte des Selbst zu einem realitätstauglichen Bild der eigenen Person (Identität) zusammenzufügen.

9 Junge Erwachsene von achtzehn- bis siebenundzwanzig Jahren

9.1 Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen: Sich entscheiden, Intimität leben, Verantwortung übernehmen

Die an frühere Einteilungen in Lebensalter geknüpften Erwartungen und Entwicklungsaufgaben, die „Normalbiografien“ begünstigt haben, sind mit dem Strukturwandel der Arbeitsgesellschaft und dem damit verbundenen Um- und Abbau des Wohlfahrtstaates brüchig geworden. Mit der Entkoppelung von Bildung und Arbeit angesichts der Flexibilisierung von Märkten ist die biografische Ungewissheit (Bonß u. a. 2004) gewachsen.

Aufwachsen ist also durch sich wandelnde, zum Teil unklare soziale Rollenerwartungen gekennzeichnet. Die Möglichkeiten, den Übergang in das Erwachsenenalter zu gestalten, sind vielfältiger, aber auch unsicherer geworden: Die gewählten Wege versprechen Chancen, bergen aber gleichzeitig vermehrt Risiken. Der Strukturwandel der Arbeitsgesellschaft, mit Auswirkungen in Bildungs- und Ausbildungsprofilen, Veränderungen im Geschlechterverhältnis, in Lebensstilen und Erfordernissen sozialer Integration sowie neue Kulturen individualisierter Lebensbewältigung sind konstitutiv für das junge Erwachsenenalter. Die Strukturverschiebungen haben neue Handlungserfordernisse und Handlungsmöglichkeiten für junge Männer und Frauen erzeugt, u. a. „sich permanent neu zu orientieren, immer wieder auch Brüche in der eigenen Übergangsbiografie sinnvoll zu integrieren oder kreativ mit den Zumutungen des auf Re-Standardisierung ausgelegten Übergangssystems umzugehen“ (Pohl 2008).

Zentrales Merkmal der Strukturverschiebungen ist, dass junge Erwachsene trotz abnehmender Planbarkeit des eigenen Lebens die Eigenverantwortung für die Entscheidungen in Bezug auf ihre Lebensgestaltung übernehmen

[78] Jugendschutz hat Verfassungsrang und ist Ausdruck und Bestandteil der gesellschaftlichen Grundwerte.

müssen. Gelang in früheren Jahrzehnten in aller Regel eine planbare Einfädelung in die Arbeitsgesellschaft, so ist nunmehr die Altersphase zwischen 18 und 27 Jahren zu einem Lebensabschnitt mit Übergangscharakter geworden, bei gleichzeitig weiterhin deutlicher gesellschaftlich-normativer und subjektiver Ausrichtung auf Status und Einkommen. Dabei müssen viele junge Erwachsene erhebliche Hürden beim Übergang ins Erwerbsleben und hohe Anforderungen an die eigene Mobilität meistern. Das junge Erwachsenenalter hat weiterhin nicht nur die Funktion, Verantwortung für sich tragen zu lernen, sondern auch Verantwortung in Paarbeziehungen und für andere Menschen, vielleicht sogar für eigene Kinder, zu übernehmen.

Ist die Jugendphase für zunehmend mehr Jugendliche mit der Schule verbunden, so muss im jungen Erwachsenenalter nun selbst eine institutionelle Anbindung der Lebensführung und der sozialen Integration (z. B. Zivildienst, Ausbildung, Studium usw.) gesucht und gestaltet werden. Gleichwohl gibt es nach wie vor einen statusbezogenen Orientierungsdruck vonseiten des Erwachsenenalters, mit dem ein Bild vom „fertigen Menschen“ (Böhnisch 2008) transportiert wird, das aber ebenfalls nicht mehr in sich stimmig ist. Wie das junge hat auch das reifere Erwachsenenalter zunehmend Züge permanenten Wandels angenommen. Dieser Wandel eröffnet zwar kreative Möglichkeiten der Selbstinszenierung und Lebensgestaltung, kann aber auch verunsichernd wirken.

Die im jungen Erwachsenenalter häufig gewählte Strategie „einer zeitlichen Verschiebung der Eindeutigkeit auf die Zukunft" (Beck u. a. 2004) erweist sich inzwischen als trügerisch, ist doch biografische Unsicherheit zunehmend konstitutiv für alle Lebensalter geworden. Gleichwohl ist der Druck im jungen Erwachsenenalter besonders hoch, im „Chaos der Möglichkeiten „richtig“ zu entscheiden" (Bonß u. a. 2004, S. 212), und zwar in beruflicher Hinsicht ebenso wie bezüglich der sozialen Verortung (Keupp u. a. 2004), die sich im sozialanthropologischen Diskurs „bestimmt durch die Schlüsselkategorien Vertrauen, Anerkennung und Zugehörigkeit“ (ebd., S. 237). Diese sind im Kontext der Entgrenzung von Arbeit (Oehme/Schröer 2008) zu sehen, die zunehmend alle Lebensbereiche, auch das bisherige Privatleben, durchzieht, mit der Folge, dass sich soziale Freiräume zunehmend auflösen (Keupp u. a. 2004). Der Wandel der Arbeitswelt hat aber nicht nur Auswirkungen auf soziale Verortungen der jungen Erwachsenen, sondern auch auf ihre persönlichen Zielsetzungen, bezogen auf die gegenwärtige Lebenssituation und das, was sie jeweils in Zukunft in unterschiedlichen Lebensbereichen erreichen oder vermeiden möchten (Brunstein/Maier 2002). Aus der skizzierten Situation ergeben sich für das junge Erwachsenenalter die folgenden gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen (vgl. Rietzke/Galuske 2008; Stauber u. a. 2007; Stauber/Walther 2002):

– sich entscheiden (müssen)

– Verantwortung übernehmen

– Intimität leben.

Diese Themen stellen sich für alle jungen Männer und Frauen grundsätzlich zunächst in gleicher Weise dar, jedoch auch geschlechterdifferent und noch einmal spezifisch für unterschiedliche Zielgruppen. So sind diese Themen z. B. für junge Frauen und Männer dann besonders schwer umzusetzen, wenn sie im Sinne einer doppelten Übergangenheit einer Lebenslage (Pohl 2008) keinen Schulabschluss und keine berufliche Qualifikation vorweisen können – eine Situation, in der sich überproportional häufig sozial benachteiligte junge Erwachsene, und darunter besonders junge Männer mit Migrationshintergrund, finden. Auch jungen Menschen mit körperlichen, geistigen und seelischen Behinderungen und chronischen Krankheiten kann es an persönlichen, aber v. a. auch an äußeren Voraussetzungen und Teilhabechancen für einen gelingenden Übergang in die Selbstständigkeit fehlen.

Alle drei Entwicklungsthemen sind gesundheitsrelevant, da ihre erfolgreiche Bewältigung Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden fördert. Sie stehen überdies in einem inneren Zusammenhang. Nach dem ersten Augenschein mögen die Entwicklungsthemen an *Havighursts* Entwicklungsaufgaben (1972) und an *Eriksons* Modell psychosozialer Entwicklungsaufgaben (1968) erinnern, ist doch nach *Erikson* der Übergang im Erwachsenenalter (6. Phase) durch die Bewältigung von Intimität versus Isolierung bestimmt. Aus seiner Sicht ist zu einer intimen, stabilen Partnerschaft nur fähig, wer sich binden und lieben kann (Fuhrer/Trautner 2005). Während jedoch *Eriksons* Modell psychosozialer Entwicklung der Idee eines epigenetischen Grundschemas folgt, wie auch *Havighursts* Modell, das spezifische Thematiken im Lebenslauf festlegt, wurden die Überlegungen zu den gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen im jungen Erwachsenenalter auf der Folie der Entstandardisierung des Lebenslaufs entwickelt. Die damit einhergehende Unsicherheit und Ungewissheit führt in zunehmendem Maße zu Lebenssituationen, für die es offenbar keine wohlfahrtsstaatliche Zuständigkeit mehr gibt. Dies hat eine weitere Differenzierung von Lebensverläufen zur Folge.

Intimität leben

Die im jungen Erwachsenenalter erfahrene Unsicherheit in zeitlicher wie ökonomischer Hinsicht ist oft verbunden mit einer lang andauernden ökonomischen Abhängigkeit, die eine eigene Zukunftsplanung für junge Frauen und Männer erschwert (Stauber 2008). Sie geht einher mit einem im Durchschnitt späteren Auszug aus dem Elternhaus, was einem strukturellen Paradox gleichkommt (Chisholm/Hurrelmann 1995), tritt doch die psychosexuelle Reife heute früher ein als bei entsprechenden Altersgruppen in den Jahrzehnten vorher.

Weiter ist festzustellen, dass viele junge Menschen lange Zeit Intimität in flexiblen Formen von Partnerschaften leben (z. B. in nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften), dies mag neben der Befreiung von allzu rigiden Sexual- und Ehenormen auch eine Anpassung an die veränderten Bedingungen von Unsicherheit darstellen, die Paarbeziehungen „ohne das Eingehen langfristig bindender Versprechen ermöglichen“ (Blossfeld u. a. 2008, S. 30). Die Eheschließung und die Gründung einer Familie wird zu-

nehmend aufgeschoben – oder es wird sogar völlig darauf verzichtet (Blossfeld u. a. 2008). So beträgt das Heiratsalter bei Männern im Durchschnitt inzwischen 32 Jahre, bei Frauen 29 Jahre (Seiffge-Krenke 2008b). Entsprechend später erfolgen Eheschließung und Geburt des ersten Kindes, wobei einige Familiensoziologen erst dieses Ereignis als Beginn des Erwachsenenalters erachten (Seiffge-Krenke 2008b). Da für eine erhebliche Zahl junger Erwachsener die berufliche Platzierung ins dritte Lebensjahrzehnt verschoben ist, in dem gleichzeitig die Familiengründung ansteht, wird vor allem im Blick auf junge Frauen von der „Rush hour des Lebens" gesprochen. Es wäre jedoch falsch, späte Heirat und Geburt des ersten Kindes als eine abnehmende Familienorientierung zu verstehen, denn gleichzeitig wächst die Zahl zusammenlebender unverheirateter Paare und Alleinerziehender. Außerdem kann die Verlängerung der Phase des Suchens und Ausprobierens auch unter dem Aspekt der gestiegenen Ansprüche an Familie und Partnerschaft, gerade auch bei jungen Frauen, verstanden werden. Bei der Geburt des ersten Kindes vollzieht sich dann allerdings häufig ein „Rückfall" in die überkommene Rollenteilung, die auch dadurch begünstigt wird, dass jungen Männern auf dem Arbeitsmarkt immer noch bessere Verdienstmöglichkeiten geboten werden als Frauen (Stauber/Walther 2002).

Sich entscheiden (müssen) und Verantwortung übernehmen

Junge Erwachsene sind zwar in aller Regel sehr motiviert, auch unter unsicheren Rahmenbedingungen die Entscheidungen zu treffen, die ihren persönlichen Lebensentwürfen entsprechen. Doch ergeben sich nach wie vor auf der Grundlage von Bildungsabschlüssen, Familienzugehörigkeiten, ethnischem Hintergrund, Geschlecht und gesundheitlichen Einschränkungen unterschiedlich große Entscheidungs- und Handlungsspielräume. Trotz unterschiedlicher Voraussetzungen wird allerdings von allen jungen Erwachsenen gleichermaßen erwartet, dass sie selbstverantwortlich eigene Entscheidungen treffen. Auch die mit einer Entscheidung (z. B. für einen Beruf mit schlechten Anstellungs- und Verdienstmöglichkeiten) verbundenen sozialen Risiken sind persönlich zu tragen. Diese Risiken haben jedoch eine unterschiedliche Tragweite, abhängig von den jeweils unterschiedlichen persönlichen Sicherheitssystemen. So können ökonomisch und sozial besser gestellte junge Männer und Frauen Misserfolge oder Rückschläge leichter als Ereignisse sehen, die nicht dem eigenen Handeln zugerechnet werden und dementsprechend als unbeeinflussbar gelten (Bonß u. a. 2004). Und sie werden sie aufgrund ihrer vielfältigeren Optionen und Kompensationsmöglichkeiten in der Regel sehr viel gekonnter bewältigen als die wachsende Zahl junger Männer und Frauen ohne diese Basis, für die das Tor zur Berufswelt vielleicht schon sehr früh zufällt. Der Anspruch, Verantwortung für sich zu übernehmen, kann also bei unterschiedlicher sozialer Lage gänzlich verschiedene Konsequenzen haben. Und obwohl die Voraussetzungen, Brüche in ihrer Übergangsbiografie produktiv zu verarbeiten und mit einem neuen Versuch zu verbinden, sehr unterschiedlich sind, sind beide Gruppen in gleicher Weise gefordert, sich nicht entmutigen zu lassen.

Angesichts dieser gleichen Erwartung an die Selbstverantwortlichkeit bei sehr ungleichen äußeren Chancenstrukturen ist die Verfügbarkeit persönlicher Ressourcen von Bedeutung, da sie über die erfolgreiche Bewältigung von äußeren Anforderungen mitentscheiden. So können Optimismus, ein positives Selbstkonzept und eine hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugung dazu beitragen, trotz schlechter Ausgangsbedingungen Aufgaben und Probleme als bewältigbar wahrzunehmen und deshalb eigene Anstrengungen zur Problemlösung als lohnend einzuschätzen (Bengel u. a. 1998). Die Bewältigung enttäuschender Situationen durch eigene Aktivität kann sogar das Vertrauen in die eigene Person und Kompetenz stärken (Egle/Hoffmann 2000; Werner 2007; Werner/Smith 2001).

Die Entwicklungsthemen sind, wie bereits knapp skizziert, nicht geschlechterneutral. *Stauber* (2008) zeigt, wie durch das Ineinandergreifen von Strukturen, Interaktionen und individuellen Entscheidungsprozessen in spätmodernen sogenannten Jo-Jo-Übergängen Geschlecht different hervorgebracht wird. So hätten zwar Mädchen in Sachen Bildungsniveau/-leistungen Jungen überholt, dieser Vorsprung werde im weiteren Bildungsverlauf jedoch nivelliert. Zum Beispiel promovieren Frauen nur halb so oft wie Männer, und in Bezug auf den Zugang zum dualen Ausbildungssystem haben junge Frauen mit Hauptschulabschluss wesentlich schlechtere Ausbildungschancen als junge Männer mit Hauptschulabschluss. Ähnliches lasse sich – so *Stauber* – an der zweiten Schwelle, der Berufseinmündung nach der Ausbildung feststellen. Diese Benachteiligung kann für die jungen Frauen auch gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen. Denn neben der Bedeutung der Berufsausübung für die Entwicklung der eigenen Identität hat die Partizipation am Erwerbsleben auch eine Schutzfunktion, wobei Faktoren wie eigenes Einkommen, emotionale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte sowie Arbeitsplatzsicherheit und -zufriedenheit eine wichtige Rolle spielen (Werner/Smith 2001).

Für junge Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten kann sich die Situation insofern sehr ambivalent darstellen, als die Behindertenhilfe mit ihren Einrichtungen zwar Wohn- und Beschäftigungsmöglichkeiten bieten kann, damit aber häufig auch ein hoher Grad an Exklusion verbunden ist. Die Möglichkeiten des (betreuten) eigenständigen Wohnens und der Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt sind dagegen immer noch sehr beschränkt, wie sich aus dem im Rahmen des 13. Kinder- und Jugendberichts durchgeführten Hearings mit Repräsentanten der Behindertenverbände ergab.

Doch auch bei der Bewältigung von Arbeitsplatzproblemen, die der Mehrzahl der jungen Erwachsenen schließlich gelingt, spielen persönliche Faktoren eine Rolle. So verlassen inzwischen so viele junge, gut ausgebildete Frauen zwischen 18 und 29 Jahren die eher strukturschwachen Regionen Ostdeutschlands, dass dies dort schon zu einem demografischen Missverhältnis geführt hat. Dies gilt auch für einen Teil der jungen Männer, während andere, vor allem diejenigen ohne Ausbildung und Arbeit, in Devianz flüchten (Bock 2008).

Obwohl die Gestaltung des jungen Erwachsenenalters und damit auch die Möglichkeit, für sich und andere Verantwortung zu übernehmen, zunehmend mehr zur Sache des Einzelnen geworden ist und dies den meisten auf unterschiedlichste Weise auch gelingt, halten die wohlfahrtsstaatlichen Institutionen, und so auch die Kinder- und Jugendhilfe, an der „Normalbiografie“ als Leitperspektive fest (Stauber/Walther 2002). Nach SGB VIII hat die Kinder- und Jugendhilfe den Auftrag, sich „aktiv in die Gestaltung von Lebensverhältnissen junger Menschen einzubringen und positive Lebensbedingungen für junge Menschen und Familien zu schaffen“ (Raithelhuber 2008, S. 16). Dies gilt nach dem aktuellen Kinder- und Jugendhilferecht (§ 1 SGB VIII) nicht nur bis zur Volljährigkeit, sondern für alle, die noch nicht 27 Jahre alt sind. „Jedoch tritt spätestens mit Überschreiten der Volljährigkeitsschwelle an die Stelle des Moments der „Erziehung“ jenes der „Selbstständigkeit“, und nicht die elterliche Erziehungsverantwortung, sondern die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und einer eigenverantwortlichen Lebensführung der jungen Menschen“ (Rosenbauer 2008, S.150). Es soll an dieser Stelle lediglich darauf hingewiesen werden, dass die Hürden für die Hilfegewährung für junge Erwachsene nach § 41 SGB VIII in den zurückliegenden Jahren zunehmend höher wurden und dass sich in der Inanspruchnahme von Leistungen nach § 28 bis 35 SGB VIII durch junge Erwachsene erhebliche regionale Unterschiede zeigen (Rosenbauer 2008). Bislang wird aber die Mittelvergabe für junge Erwachsene fast ausschließlich daran gekoppelt, dass sie sich in den Dienst der Arbeitswelt stellen (Oehme/Schröer 2008). Fraglich ist, welchen Erfolg es hat, wenn eine Verschärfung der „Aktivierungspolitik“ in den Vordergrund der Unterstützung durch die Kinder- und Jugendhilfe und die Arbeitsagenturen tritt – statt einer produktiven Förderung der eigenen Stärken und der Persönlichkeitsentwicklung sowie einer eigenverantwortlichen Lebensführung von (arbeitslosen) jungen Erwachsenen, u. U. auch jenseits von Arbeit und Beruf.

9.2 Gesundheit, Krankheit und Behinderung

In den Gesundheitssurveys wird die Altersgruppe der jungen Erwachsenen (bisher) kaum berücksichtigt. Die Zentrierung von Surveys auf die frühe Kindheit und das Jugendalter resultieren aus der Prämisse, dass ihnen für Prävention und Förderung von Gesundheit eine entscheidende Bedeutung zugeschrieben wird (Lampert u. a. 2008). Außerdem wird festgestellt, dass zwar Unterschiede in der Ausprägung der sozialen Gradienten über den gesamten Lebenslauf bestehen, dass diese jedoch, bezogen auf Mortalität und Morbidität, in der frühen Kindheit und dem mittleren Erwachsenenalter am stärksten ausgeprägt sind (Siegrist/Marmot 2008). Insofern lassen sich auch nur unzureichende Aussagen darüber treffen, wie viele junge Frauen und Männer aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen und Behinderungen von vornherein schlechtere Chancen haben, die Herausforderungen des jungen Erwachsenenalters zu bewältigen, und welcher Anteil diesen Anforderungen aufgrund einer guten Gesundheit besser gewachsen ist. Unklar ist auch, wie sich diese Anteile bei jungen Menschen mit unterschiedlichem sozialen und kulturellen Hintergrund jeweils unterscheiden und weiter, wie viele und welche der jungen Erwachsenen auf den Mangel an beruflichen Chancen und an sonstigen befriedigenden Perspektiven mit sinkendem Wohlbefinden, geschmälertem Kohärenzsinn und Einbußen in ihrer körperlichen Gesundheit reagieren.

9.2.1 Psychische Gesundheit

Analysen auf Basis des Bundesgesundheitssurveys von 1998 belegen, dass die Menschen in der Bundesrepublik insgesamt zufrieden mit ihrem Leben sind, und zwar in Ostdeutschland etwas weniger als in Westdeutschland. Dort allerdings sind bestimmte psychische Erkrankungen wie soziale Ängste, depressive Erkrankungen sowie Missbrauch/Abhängigkeit von Alkohol und illegalen Drogen häufiger anzutreffen als in Ostdeutschland (Jacobi u. a. 2004).

Die Häufigkeit von psychischen Störungen im jungen Erwachsenenalter entspricht deren Häufigkeit im Kindesalter und liegt bei ca. 20 Prozent. Diese ähnlichen Häufigkeiten sagen aber nur wenig darüber aus, ob jeweils dieselben jungen Erwachsenen betroffen waren, die schon als Kinder auffällig wurden (Schmidt 2004). Psychische Störungen weisen im Entwicklungsverlauf zwar eine Stabilität von ca. 50 Prozent auf (Ihle/Esser 2002), das bedeutet aber auch, dass etwa die Hälfte aller Betroffenen (wieder) in die Gruppe der Unauffälligen überwechselt und andere Heranwachsende erst später Störungen entwickeln. So gehörten von den Kindern, die bereits im Alter von 8 Jahren psychisch auffällig waren, im Alter von 25 Jahren nur noch 10 bis 15 Prozent zu den Auffälligen.

Tabelle 9.1

Häufigkeit psychischer Störungen (ICD-10 Diagnosen) bei jungen Erwachsenen (Prävalenzen in Prozent)[79] [80]

	18 Jahre	25 Jahre
internalisierende Störungen[79]		
gesamt	*9,3*	*10,3*
Männer	*5,6*	*6,1*
Frauen	*14,1*	*15,5*
externalisierende Störungen[80]		
gesamt	*11,8*	*11,8*
Männer	*14,5*	*16,8*
Frauen	*8,5*	*5,6*

Quelle: Ihle u. a. 2002

[79] Internalisierende Störungen umfassen vorwiegend affektive Störungen (Ängste, Depression), neurotische (z. B. Zwangserkrankungen), Belastungs- und somatoforme Störungen (z. B. posttraumatische Belastungsstörungen) sowie Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren.

[80] Externalisierende Störungen umfassen ADHS, aggressiv-dissoziales Verhalten und Substanzmissbrauch/-abhängigkeit.

Von den jungen Erwachsenen, die im Alter von 18 und 25 Jahren unter internalisierenden Auffälligkeiten litten, war gut ein Drittel bereits im Alter von 8 und 13 Jahren im emotionalen Bereich psychisch auffällig. Junge Erwachsene, die im Alter von 18 und 25 Jahren durch externalisierende Störungen auffielen, zeigten sogar zu knapp der Hälfte bereits mit 8 Jahren ADHS und dissoziales Verhalten, und weitere zwei Drittel im Alter von 13 Jahren. Diese Auffälligkeiten im Alter von 13 und 18 Jahren stehen ebenfalls mit der Entwicklung von Suchterkrankungen im Alter von 25 Jahren in Beziehung (Esser u. a. 2000).

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Hauptmerkmale von Persönlichkeitsstörungen sind Schwierigkeiten in der Regulation von Gefühlen, der Kontrolle von Impulsen und der Interaktion mit anderen Menschen. Diese Schwierigkeiten beruhen auf stabilen und inflexiblen Handlungsmustern sowie Einstellungen sich selbst/anderen Menschen gegenüber (Schmid/Schmeck 2008). Unter den Persönlichkeitsstörungen wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) in dieser Altersstufe relativ häufig diagnostiziert. BPS ist eine schwerwiegende Störung der Gefühlsregulation und Impulskontrolle, begleitet von verzerrter Wahrnehmung der eigenen Person (Identitätsstörung) und Störungen der sozialen Interaktion (Bohus/Schmahl 2007; Wunderlich 2004). Hervorstechendes Symptom einer BPS ist die Tendenz zu selbstverletzendem und suizidalem Verhalten. Die Prävalenz der BPS wird für Jugendliche und junge Erwachsene insgesamt mit Werten zwischen 5 und 11 Prozent angegeben[81] (Brunner u. a. 2001), wobei mehr junge Frauen als junge Männer betroffen sind (Lieb u. a. 2004). Der Beginn der Störung liegt meist in der frühen Adoleszenz (um das 14. Lebensjahr); eine Vollausprägung des Symptombildes (und damit verbunden häufig der erste stationäre psychiatrische Klinikaufenthalt) erfolgt meist um das 24. Lebensjahr (Bohus/Schmahl 2006) und unterliegt danach teilweise hohen Remissionsraten[82] (Bohus/Schmahl 2007). Psychische Begleiterkrankungen sind häufig depressive Störungen, weitere Persönlichkeitsstörungen und ADHS. Als prognostisch günstig für den Verlauf gelten eine hohe Intelligenz, künstlerisch-musische Begabungen, geringes Ausmaß an traumatischen Erfahrungen und eine gute berufliche und soziale Einbindung. Als ungünstig gelten dissoziale Persönlichkeitszüge, eine starke Symptomausprägung, ein niedriges psychosoziales Funktionsniveau, übermäßiger Substanzkonsum und intensive Traumatisierungen durch nahe stehende Bezugspersonen (Schmid/Schmeck 2008; Bohus/Schmahl 2007; Herpertz-Dahlmann/Herpertz 2008).

Zur Psychotherapie der BPS wurden spezielle Verfahren entwickelt, die die Symptomatik zumindest abschwächen können. Kann die BPS nicht erfolgreich behandelt werden, so haben die Betroffenen in ihrem Alltag zahlreiche psychosoziale Schwierigkeiten, die ihnen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erschweren. Zwischenmenschliche Kontakte erscheinen ihnen häufig als bedrohlich und unkontrollierbar, entsprechend große Schwierigkeiten ergeben sich beim Eingehen und Gestalten sozialer und intimer Beziehungen, sodass es zu sozialer Isolierung kommen kann. Zudem fallen die Betroffenen häufig durch Schulverweigerung auf und können nur eingeschränkt Verantwortung für ihre Erwerbsbiografie übernehmen. Sie wechseln oder verlieren häufig den Arbeitsplatz, brechen begonnene Ausbildungen oft mehrfach ab und sind vielfach von Arbeitslosigkeit betroffen.

Als Ursachen für die Entwicklung einer BPS werden Wechselwirkungen zwischen einer genetischen Prädisposition, traumatischen Erfahrungen (z. B. schwerwiegende Vernachlässigung, sexueller Missbrauch, elterliche Gewaltausübung etc.) und dysfunktionalen Verhaltensmustern (z. B. Impulsivität) diskutiert (Bohus/Schmahl 2007; Herpertz-Dahlmann/Herpertz 2008).

9.2.2 Missbrauch und Abhängigkeit von Substanzen

Ist das Jugendalter noch eine Phase, in welcher der experimentelle, vorübergehende Konsum von Tabak, Alkohol und Drogen weit verbreitet ist (vgl. Kap. 8.2.3), so steigt im jungen Erwachsenenalter unter denjenigen, die auch weiterhin diese Substanzen konsumieren, die Tendenz zu einem schädlichen Gebrauch[83] und zur Abhängigkeit.[84]

9.2.2.1 Missbrauch und Abhängigkeit von Nikotin, Alkohol und Medikamenten

In Deutschland stellt im jungen Erwachsenenalter der Konsum von Alkohol und Tabak die wichtigste Suchtgefährdung dar, wobei erhöhter bzw. chronischer Tabak- und Alkoholkonsum zu einer Vielzahl von (späteren) Krankheiten und Gesundheitsgefährdungen führen kann (Robert Koch Institut 2006b). Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006[85] (Epidemiological Survey on Substance Abuse: vgl. Kraus, 2008) belegen, dass Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit und Nikotinabhängigkeit in der Altersgruppe der 18- bis unter 29-Jährigen deutlich weiter verbreitet sind als in der Gesamtbevölkerung der 18- bis unter 65-Jährigen; dies betrifft Männer in weitaus größerem Ausmaß als Frauen (vgl. Tabelle 9.2).

---

[81] Aufgrund der hohen Remissionsraten der BPS wird eine Prävalenzrate für die (amerikanische) Gesamtbevölkerung im Alter von 15 bis 45 Jahren von 2 Prozent geschätzt (Lieb u. a. 2004); vergleichbare Daten für den deutschen oder europäischen Raum liegen nicht vor (Bohus/Schmahl 2006).

[82] Zwei Jahre nach Diagnosestellung erfüllen nur noch 60 Prozent die erforderlichen Diagnosekriterien, nach vier Jahren 50 Prozent, nach sechs Jahren noch 33 Prozent und nach acht Jahren noch 20 Prozent. Die Rückfallrate ist mit 6 Prozent gering (Bohus/Schmahl 2007).

[83] Von einem schädlichen Gebrauch (Missbrauch) von Substanzen wird nach ICD-10 gesprochen, wenn durch den Substanzkonsum eine Beeinträchtigung der körperlichen oder psychischen Gesundheit vorliegt. Ferner muss das schädigende Konsumverhalten mit einer Vielzahl von sozialen Folgeproblemen assoziiert sein (Sass u. a. 1998).

[84] Bei Betroffenen, die eine Abhängigkeit von bestimmten Substanzen zeigen, sind ein starker Konsumwunsch und verminderte Kontrollfähigkeit im Hinblick auf Beginn, Ende und Menge des Substanzkonsums, ein körperliches Entzugssyndrom, der Nachweis einer Toleranzentwicklung, fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen sowie ein anhaltender Substanzkonsum trotz schädlicher Folgen vorhanden (vgl. ICD-10; Sass u. a. 1998).

[85] Der Epidemiologische Suchtsurvey ist eine regelmäßig wiederholte Bundesstudie zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland.

Tabelle 9.2

Prävalenz von Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit und Nikotinabhängigkeit

	Alkoholmissbrauch	Alkoholabhängigkeit	Nikotinabhängigkeit
Gesamt[86]	*3,8 %*	*2,4 %*	*7,3 %*
Männer Frauen	*6,4 %* *1,2 %*	*3,4 %* *1,4 %*	*8,3 %* *6,2 %*
18 bis 20 Jahre	*8,8 %*	*5,5 %*	*9,3 %*
21 bis 24 Jahre	*7,4 %*	*6,1 %*	*11,3 %*
25 bis 29 Jahre	*4,2 %*	*2,5 %*	*8,4 %*

Quelle: Pabst/Kraus 2008 (Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit); Baumeister u. a. 2008 (Nikotinabhängigkeit)

Die Gesamtzahl medikamentenabhängiger Personen wird in Deutschland auf 1,4 Mio. geschätzt. Das Problem ist daher von seinen quantitativen Dimensionen mit Alkoholabhängigkeit gleichzusetzen, wird aber im Gegensatz zur Abhängigkeit von Drogen und Alkohol in der Öffentlichkeit wenig wahrgenommen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, DHS 2008a; Rabbata 2005; Rösner u. a. 2008). Daten des ESA 2006 zum Missbrauch und zur Abhängigkeit von Medikamenten belegen zwar, dass dysfunktionale Konsummuster in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen wenig verbreitet sind, doch wurde vor allem in der Altersgruppe der unter 25-jährigen Frauen eine Tendenz zu unkritischem Medikamentenkonsum festgestellt (Rösner u. a. 2008).

9.2.2.2 Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Suchtmitteln

Der (missbräuchliche und abhängige) Konsum illegaler Drogen ist ein Phänomen, das vor allem die Bevölkerungsgruppe der unter 40-Jährigen betrifft. Nach Daten des ESA 2006 (Kraus u. a. 2008) geben 2,5 Prozent der 18- bis 64-Jährigen an, in den letzten 30 Tagen (als Indikator für aktuellen Konsum) illegale Drogen konsumiert zu haben, wobei der Anteil der Frauen deutlich geringer ist als der der Männer. Am weitesten verbreitet sind der Missbrauch und die Abhängigkeit von Cannabis. Mit wachsendem Alter ist ein leichter Rückgang des illegalen Drogenkonsums in dieser Altersgruppe zu verzeichnen, wobei es zwischen den konsumierten Substanzen und über die Jahre unterschiedliche Trends gibt (vgl. Abb. 9.1).

Entsprechend seiner relativ zu anderen Drogen häufigen Verwendung hat Cannabis auch das größte Potenzial für die Entwicklung eines Missbrauchs/einer Abhängigkeit, wobei Männer hiervon stärker als Frauen und 18- bis 20-Jährige stärker als 25- bis 29-Jährige betroffen sind (vgl. Tabelle 9.3).

Tabelle 9.3

Prävalenz von Cannabismissbrauch/-abhängigkeit (ESA 2006, Angaben in Prozent)

	Cannabis-miss-brauch	Cannabis-abhängig-keit
Gesamt[87]	*0,7*	*0,4*
Männer Frauen	*1,2* *0,3*	*0,6* *0,3*
18 bis 20 Jahre	*3,8*	*1,9*
21 bis 24 Jahre	*3,4*	*1,1*
25 bis 29 Jahre	*1,1*	*1,0*

Quelle: Kraus u. a. 2008

Obwohl die Zahlen insgesamt gering sind, steht Drogenabhängigkeit bei jungen Menschen mit Migrationshintergrund an dritter Stelle der psychischen Störungen. Junge russlanddeutsche Spätaussiedler bilden eine besondere Risikogruppe (Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, DBDD 2007). Als Einstiegsdroge wird von ihnen in der Mehrheit Heroin konsumiert (Kazin 2006). Da in den Herkunftsländern Opiate relativ einfach zu erhalten sind, kommen viele junge Spätaussiedler schon mit Vorerfahrungen im legalen und illegalen Drogenkonsum nach Deutschland. 10 Prozent der durch Drogenkonsum verursachten Drogentodesfälle betreffen diese Gruppe (Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, DBDD 2007).

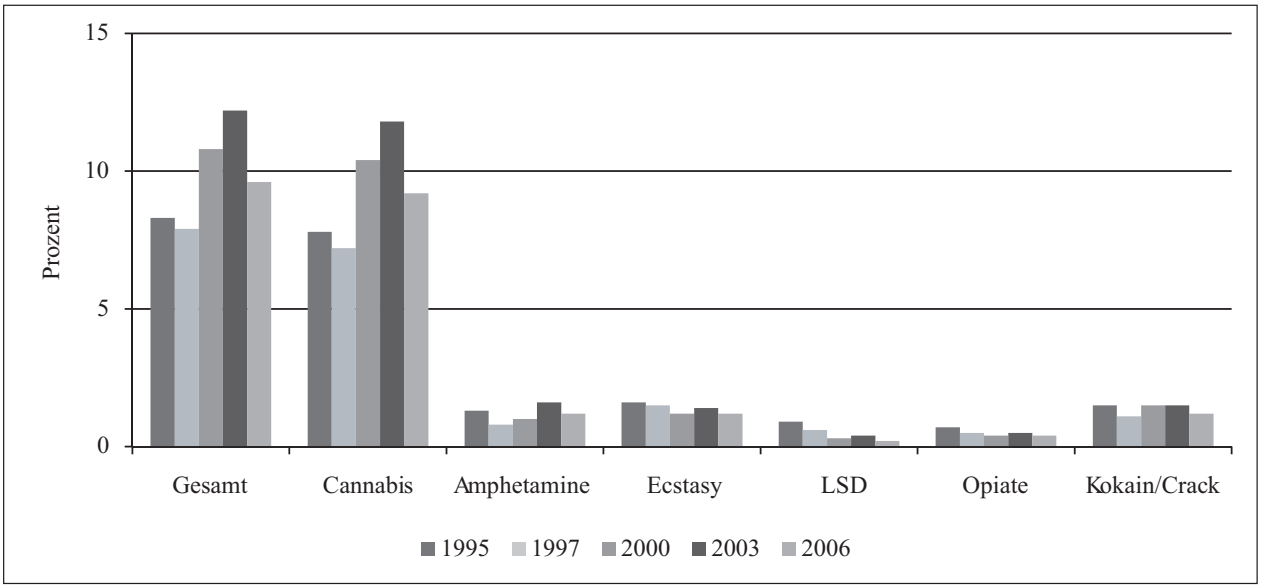
In den letzten Jahren nimmt das Wissen über längerfristige kognitive und psychische Folgen des Cannabiskonsums zu. Früh einsetzender, gewohnheitsmäßiger, (fast)

[86] Bezogen auf die Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen im ESA 2006.

[87] Bezogen auf die Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen im ESA 2006.

Abbildung 9.1

Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach einzelnen Substanzen (Altersgruppe 18 bis 39 Jahre, ESA 2006, Angaben in Prozent)



Quelle: Kraus u. a. 2008

täglicher mehrfacher und hochdosierter Cannabiskonsum kann offensichtlich die Entwicklung Jugendlicher vor allem im Hinblick auf soziale Beziehungen, die allmähliche Übernahme von Erwachsenenrollen und die Schullaufbahn deutlich beeinträchtigen. Viele Studien weisen auf Zusammenhänge zwischen Cannabiskonsum und psychischen Störungen hin. Während es wohl nur schwache Zusammenhänge zwischen Depression/Suizidalität und Cannabismissbrauch gibt, die möglicherweise auf gemeinsame Prädiktoren und zusätzliche Belastungsfaktoren (wie Alkoholmissbrauch) zurückzuführen sind, ist der Zusammenhang mit der Entwicklung von Schizophrenie deutlicher. Aber auch hier spielt Cannabis mit großer Wahrscheinlichkeit keine kausale Rolle, eher beschleunigt es den Ausbruch von Schizophrenien bei bereits bestehender Vulnerabilität. Riskante Konsummuster können zudem zu psychischer Abhängigkeit führen. Offensichtlich kann lange andauernder und hoch dosierter Cannabiskonsum auch mit relativ milden Entzugssymptomen aus Irritabilität, Unruhe und Dysphorie einhergehen (Horn 2008). Im Rahmen einer prospektiv verlaufenden Studie sind im Verlauf der vierjährigen Nachbeobachtungszeit bei 17 Prozent der Konsumenten, die zu Beginn der Studie 14 bis 24 Jahre alt waren, Entzugssymptome nachgewiesen worden (Nocon u. a. 2006). Cannabis wird häufig noch als Wegbereiter für den Konsum anderer illegaler Drogen, also als Einstiegsdroge, bezeichnet (Horn 2008).

9.2.2.3 Nichtstoffgebundene Süchte

Neben den medizinisch anerkannten Suchtformen (Tabak-, Alkohol- und Drogensucht) werden noch eine Reihe anderer Suchtformen öffentlichkeitswirksam diskutiert, über deren Verbreitung und faktische Relevanz bisher aber noch wenig bekannt ist. Prinzipiell kann nach dem gegenwärtigen Verständnis von Sucht als „Extremverhalten“ fast jede Tätigkeit eine suchtförmige Gestalt annehmen, wobei die Grenze zwischen Normalität und Abweichung nur schwer zu ziehen ist (Sting 2008). Nichtstoffgebundene Süchte – soweit man überhaupt davon sprechen will – sind daher in Bezug auf ihre Inhalte schwer einzugrenzen. Prominente Beispiele sind u. a. Glücksspiel-, Kauf- und Internet-/Onlinesucht.

Glücksspielsucht stellt die übermäßige Beschäftigung mit Glücksspielen, das Nichtaufhören können beim Spielen und die Unfähigkeit zur Abstinenz von Glücksspielbeteiligung dar (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, DHS 2008). Die genaue Zahl der pathologischen Glücksspieler ist in Deutschland nicht bekannt. Nach einer groben Schätzung soll es sich um 100 000 bis 170 000 Betroffene handeln (Meyer 2007). Der Blick auf die Geschlechterverteilung verdeutlicht, dass mit ca. 90 Prozent der Fälle überwiegend Männer betroffen sind. In Bezug auf die Altersstruktur sind Personen ab 22 Jahren, in nennenswertem Umfang ab 28 Jahren betroffen. Glücksspielsucht stellt damit eine Problematik dar, die vor allem Männer ab dem mittleren Erwachsenenalter betrifft, die sich allerdings schon im jungen Erwachsenenalter anbahnen kann (Sting 2008).

Kaufsucht ist dadurch gekennzeichnet, dass sie die „für ein Suchtverhalten typischen Merkmale [zeigt, nämlich] Verengung auf bestimmte Objekte, die Unwiderstehlich-

keit [des Kaufaktes] und in vielen Fällen auch die Dosissteigerung [bis hin zum Kaufexzess] und das Auftreten von Entzugserscheinungen“ (Lange/Choi 2004, S. 133) bei betroffenen Personen. In Deutschland wird der Anteil von kaufsüchtigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 15 bis 24 Jahren mit 6 Prozent insgesamt, aber mit 7 Prozent in West- und 4 Prozent in Ostdeutschland angegeben (Lange/Choi 2004); Frauen sind anfälliger für Kaufsucht als Männer (Lange/Choi 2004; Müller u. a. 2007). Tendenziell ist bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen der Anteil der Kaufsuchtgefährdeten größer als bei (älteren) Erwachsenen (Neuner u. a. 2008).

Vor dem Hintergrund steigender Zahlen an überschuldeten Haushalten von jungen Erwachsenen sind die Themen Glücksspielsucht und Kaufsucht durchaus von Bedeutung (Lange/Choi 2004).

Das einzige Feld, zu dem über die medizinisch diagnostizierten Suchtformen hinaus nennenswerte Daten vorliegen, ist die Internet- oder Onlinesucht. *Hahn* und *Jerusalem* bezeichnen Internetsucht „als eine moderne Verhaltensstörung und eskalierte Normalverhaltensweise im Sinne eines exzessiven und auf ein Medium ausgerichteten Extremverhaltens“ (2001, S. 283). Internetsucht erscheint dabei vor allem als Jugendproblematik: Bei den unter 20-Jährigen gelten 7,2 Prozent der Befragten als internetsüchtig und 10 Prozent als gefährdet. Die Geschlechterverteilung ist altersabhängig; bei den unter 20-Jährigen sind die Männer etwas stärker vertreten, bei den 20- bis 29-Jährigen sind die Frauen etwas überrepräsentiert (Hahn/Jerusalem 2001).

9.2.3 HIV/AIDS

Im Jahr 2007 infizierten sich 2 752 Menschen in Deutschland neu mit HIV[88] (Stand Ende 2007; Meldungen an das RKI bis zum 1. März 2008); gegenüber dem Vorjahr (2 643 Neuinfektionen) ist dies eine Zunahme von 4 Prozent (RKI 2008e). Ende des Jahres 2007 lebten in Deutschland schätzungsweise 59 000 mit HIV infizierte Personen. Davon sind 49 000 Männer und 10 000 Frauen (Robert Koch Institut, RKI 2008e).

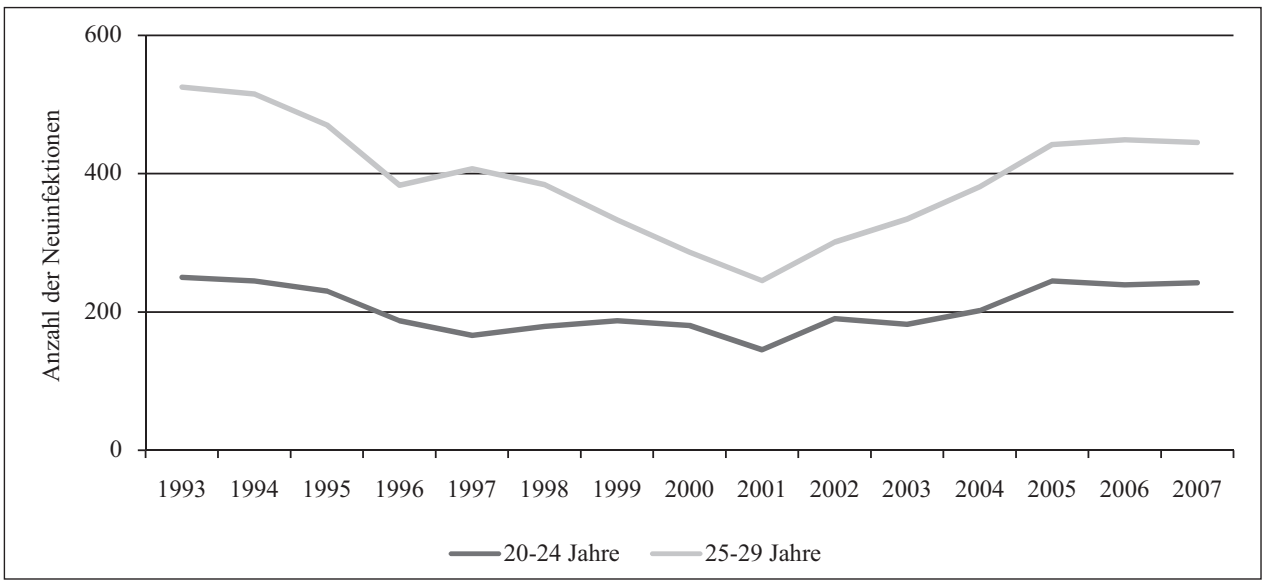
Insbesondere bei den HIV-Neuinfektionen in der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen und 25- bis 29-Jährigen ist es nach einem Rückgang bis zur Jahrtausendwende wieder zu einem Anstieg der absolut erfassten Erstinfektionen gekommen, das sich auf dem Niveau der Erstinfektionen Mitte der 1990er-Jahre bewegt. Dabei ist die Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen in weitaus größerem Ausmaß betroffen als die der 20- bis 24-Jährigen (vgl. Abb. 9.2).

Bezogen auf die Altersgruppenverteilung der unter 29-Jährigen machen HIV-Neuinfektionen bei den 25- bis 29-Jährigen etwa 60 Prozent aller Erstdiagnosen in dieser Altersspanne aus. Während im Zeitverlauf bei den 25- bis 29-Jährigen ein moderater Rückgang der Erstdiagnosen zu verzeichnen ist, ist in der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen im selben Zeitraum ein moderater Anstieg zu verzeichnen (vgl. Abb. 9.3).

[88] Das „Human Immundeficiency Virus“ (HIV) befällt das menschliche Immunsystem und zerstört die sogenannten T-Helferzellen (CD_4-Zellen). Eine akute HIV-Infektion ist häufig mit vorübergehenden grippeartigen Symptomen verbunden. Danach erfolgt meist eine oft mehrjährige Latenzphase, in der sich das Virus im Organismus vermehrt, aber nur selten Beschwerden hervorruft (RKI 2006, S. 53).

Abbildung 9.2

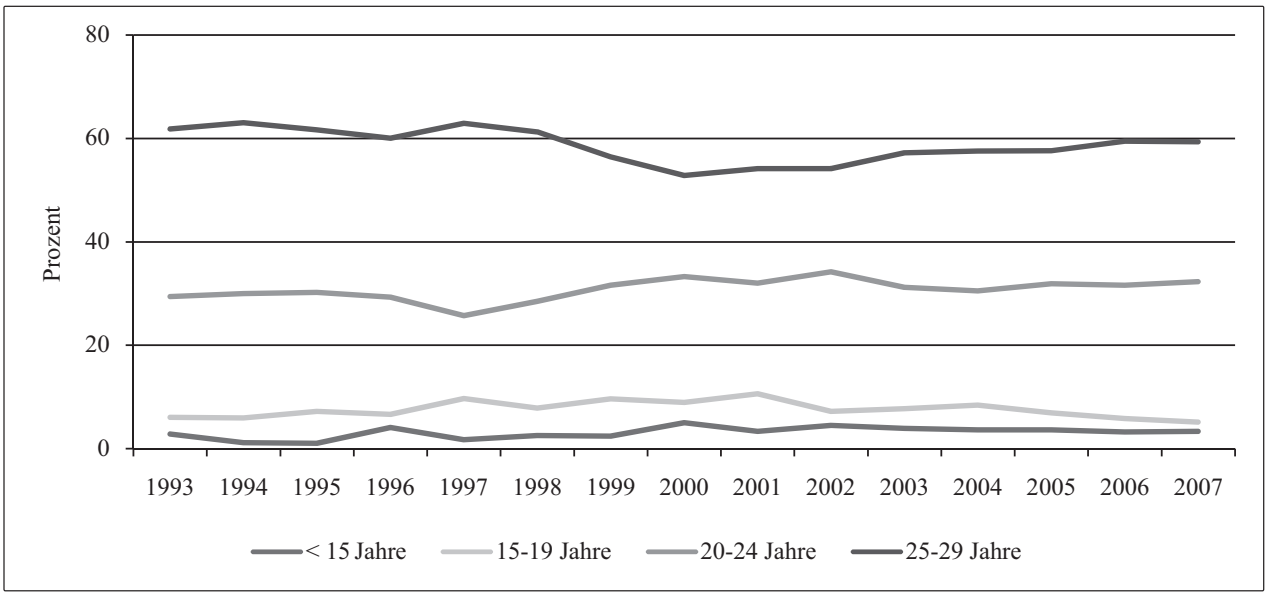
Bestätigte HIV-Antikörperteste (Neuinfektionen) in Deutschland nach Jahr der Einsendung (Stand: 1. März 2008, absolute Werte)



Quelle: Robert Koch Institut, RKI 2008f

Abbildung 9.3

Anteil der bestätigten HIV-Antikörperteste (Neuinfektionen) in Deutschland nach Jahr der Einsendung in den Altersgruppen(Stand: 1. März 2008, Angaben in Prozent)



Quelle: Robert Koch Institut, RKI 2008f

Ein Fünftel der neu diagnostizierten HIV-Infektionen betrifft Frauen. Zu den Hauptübertragungswegen einer HIV-Infektion zählen sexuelle Kontakte (homosexuelle Kontakte unter Männern: 72 Prozent; heterosexuelle Kontakte: 20 Prozent), der gemeinsame Gebrauch von Drogenspritzbestecken (7 Prozent) und die Mutter-Kind-Übertragung bei HIV-infizierten Schwangeren (1 Prozent; Werte für das Jahr 2007, RKI 2008e).

Durch verbesserte Therapiemöglichkeiten erkranken weniger junge Menschen an AIDS[89] (Robert Koch Institut, RKI 2006b). Dabei sind es insbesondere junge Frauen im Alter von 20 bis 24 Jahren, die mehr als ein Viertel der in Deutschland an AIDS erkrankten Frauen darstellen und nahezu doppelt so häufig erkranken wie junge Männer dieser Altersgruppe (vgl. Tab. 9.4).

[89] AIDS („Acquired Immune Deficiency Syndrome“) kennzeichnet einen fortgeschrittenen Verlust der Abwehrkräfte. Es kommt zu verschiedenen durch die Immunschwäche bedingten Erkrankungen wie beispielsweise Lungenentzündungen (Robert Koch Institut, RKI 2006, S. 53).

Tabelle 9.4

Verteilung der bis zum 31. Dezember 2004 gemeldeten AIDS-Fälle nach Geschlecht und Alter zum Zeitpunkt der Diagnose (Angaben in Prozent)

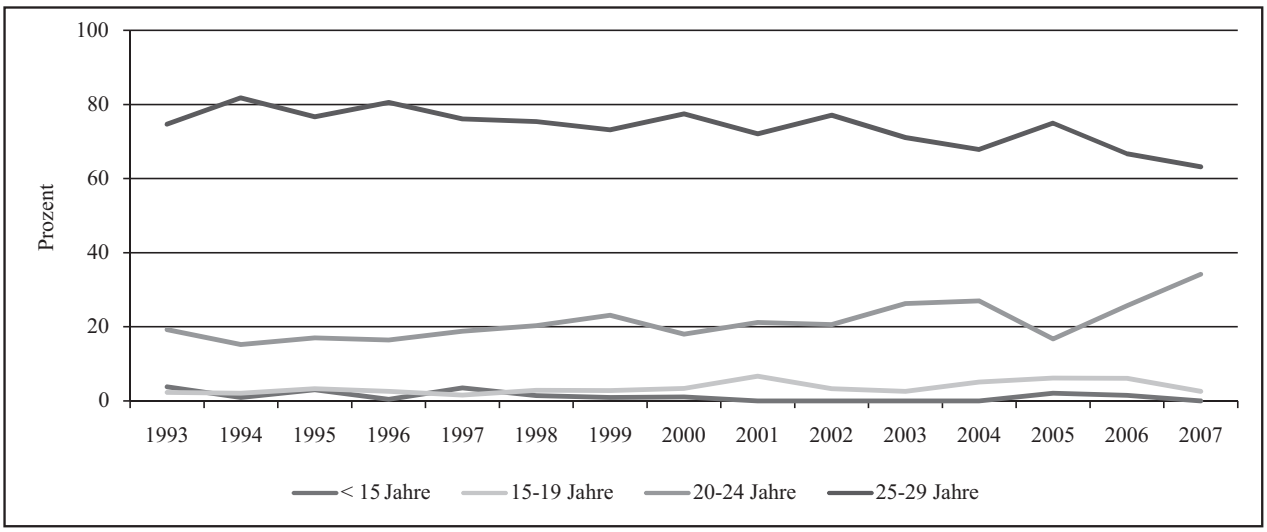
Altersgruppe	männlich	weiblich
bis 19 Jahre	*0,7*	*2,4*
20 bis 29 Jahre	*13,6*	*27,0*
Über 30 Jahre	*85,5*	*70,5*

Quelle: RKI 2008h; Differenzen aufgrund von Rundungseffekten

In der zeitlichen Verlaufsperspektive ist auch zu erkennen, dass sich das Altersspektrum der an AIDS Erkrankten leicht verschoben hat: Sind es noch bis zur Jahrtausendwende vor allem die 25- bis 29-Jährigen, die drei Viertel der an AIDS Erkrankten abbilden, ist momentan eine Verschiebung des Erkranktenspektrums zu den unter 25-Jährigen zu verzeichnen (vgl. Abb. 9.4)

Abbildung 9.4

Gemeldete AIDS-Fälle in der Bundesrepublik Deutschland nach ausgewählten Altersgruppen (Stand: 31. Dezember 2007; Angaben in Prozent)



Quelle: Robert Koch Institut, RKI 2008f

9.2.4 Gesundheitsrelevante Aspekte am Ausbildungs- und Arbeitsplatz

Es liegen nur wenige Studien zu Gesundheitsaspekten für Studierende und junge Erwachsene vor, die sich in der Ausbildung bzw. bereits im Beruf befinden. Die „Fit-fürs-Leben"-Studie (Leyk u. a. 2008) mit mehr als 12 500 Teilnehmern im Alter zwischen 16 bis 25 Jahre dokumentiert, dass bei einem Großteil der Heranwachsenden dieser Altersgruppe gesundheitlich ungünstige Merkmale (z. B. Übergewicht, Bewegungsmangel, Rauchen) vorliegen. Damit in Zusammenhang stehend wird angenommen, dass sich aus diesen ungünstigen Merkmalen des Gesundheitsverhaltens bisweilen erhebliche gesundheitliche Probleme am Arbeitsplatz mit teilweise erheblichen finanziellen Belastungen für die beteiligten Sozialsysteme ergeben. Leider lassen sich auch keine quantitativen Aussagen zur Gesundheits-, Ausbildungs- und Beschäftigungssituation von jungen Erwachsenen mit Behinderungen machen, da es an Zahlen und Daten zur Altersstufe der 18- bis 27-Jährigen fehlt. Zwar finden junge Erwachsene mit Behinderung im Rahmen der Behindertenhilfe ein spezifisch gestaltetes Feld beruflicher Eingliederung vor. Dennoch haben sie weniger gute Aussichten auf einen gelingenden Einstieg in eine dauerhafte Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt als junge Erwachsene ohne Behinderungen. Deshalb sind sie einer besonderen Gefährdung ihres Kohärenzgefühls ausgesetzt, sowie sekundären Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit ihrem geringeren materiellen Status, dem Ausschluss aus dem Arbeitsleben und geringen gesellschaftlichen Erwartungen an ihre Eigenständigkeit und berufliche Karriere. Doch sollten auch junge Erwachsene mit Behinderung die Chance haben, ihre Kraftquellen zu aktivieren, so dass sie ein Leben in größtmöglicher Gesundheit führen können, wie es in der Ottawa-Charta dargelegt ist (Wacker 2008, S. 143).

Laut der 18. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks (Bundesministerium für Bildung und Forschung, BMBF 2008) hat sich in Deutschland der Anteil gesundheitlich beeinträchtigter[90] Studierender im Alter von 18 bis über 30 Jahren von 15 Prozent im Jahr 2000 auf 19 Prozent im Jahr 2006 vergrößert. Bezogen auf die 1,76 Millionen Studierenden errechnen sich in absoluten Zahlen knapp 327 000 (2000: 240 000) Studierende mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. 44 Prozent (143 000 Studierende) dieser Gruppe fühlen sich dadurch in ihrem Studium eingeschränkt, davon immerhin 8 Prozent sehr stark. Das sind etwa 27 000 Studierende in Deutschland und damit ein Anteil von ca. 1,5 Prozent aller Studierenden. Ob eine gesundheitliche Schädigung im Studium auch tatsächlich Schwierigkeiten bereitet, hängt wesentlich von der Art und Ausprägung der Beeinträchtigung ab. Vor allem Studierende mit psychischen Erkrankungen (11 Prozent der Befragten mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen) fühlen sich in vier von zehn Fällen erheblich in ihrem Studium beeinträchtigt, wobei dies nur von gut jeder dritten Frau (34 Prozent), aber fast von jedem zweiten Mann (47 Prozent) mit einer psychischen Erkrankung angegeben wird. Je älter die Studierenden sind, desto häufiger führen gesundheitliche Probleme auch zu einer Beeinträchtigung im Studium (Grad der Studienbeeinträchtigung bei 18- bis 21-Jährigen: 3 Prozent; bei 26- bis 27-Jährigen: 9 Prozent). Des Weiteren sind gesundheitliche Beeinträchtigungen mit einer längeren Stu-

[90] Eine gesundheitliche Beeinträchtigung liegt vor, wenn die Studierenden angaben, eine Behinderung und/oder eine chronische Krankheit zu haben (Bundesministerium für Bildung und Forschung, BMBF 2008, S. 391).

diendauer, vermehrtem Wechsel von Studiengang und Hochschule (krankheitsbedingten) Studienunterbrechungen und einem stärkeren Ausmaß an Stresssymptomen (z. B. Lern- und Leistungsprobleme, Prüfungsangst oder Konzentrationsschwierigkeiten) verbunden (Bundesministerium für Bildung und Forschung, BMBF 2008).

Junge Erwachsene, die sich in der Ausbildung (betriebliche/schulische Ausbildung, Hochschulausbildung) befinden, berichten nicht selten über psychosomatische Symptome von Stress, wobei Frauen eine deutlich größere Belastung wahrnehmen als Männer (für Berufsschülerinnen und Berufsschüler vgl. Dill u. a.1999; für Studierende vgl. Meier u. a. 2007).

Besonders Berufsschülerinnen und Berufsschüler leiden – zumindest gelegentlich – unter emotionalem Stress (d. h. Niedergeschlagenheit, Gefühle der Hilf- und Hoffnungslosigkeit sowie Zukunftsangst). Dabei weisen mehr junge Frauen als Männer und mehr Jugendliche mit Migrationserfahrung als Jugendliche ohne Migrationshintergrund diese Beschwerden auf (vgl. Tab. 9.5). Dieses unterschiedlich starke Stresserleben dürfte auch die real unterschiedlich (un-)günstigen Chancen dieser Gruppen auf dem Arbeitsmarkt widerspiegeln.

Je mehr Lebensbereiche von Berufsschülerinnen und Berufsschülern als belastend eingeschätzt werden, umso größer ist auch das Ausmaß des psychischen Stresserlebens, das zu gesundheitlicher Belastung führt. In der Gesundheitsforschung hat sich auch bei jungen Erwachsenen das Kohärenzgefühl[91] als eine wesentliche Ressource für die psychische und psychosomatische Gesundheit erwiesen: Berufsschülerinnen und Berufsschüler, die keine Belastungen erleben, weisen die höchsten Kohärenzwerte auf; Berufsschülerinnen und Berufsschüler, die in einer Vielzahl von Lebensbereichen Belastungen nennen, haben hingegen die niedrigsten Werte. Gesundheitsfördernde Ressourcen bei Berufsschülerinnen und Berufsschülern sind zudem eine gute soziale Integration, Zusammenhalt in der Familie, die Zufriedenheit mit dem Wohnort und der eigenen Finanzsituation sowie der Migrationsstatus (Dill u. a., 1999).

Eine Gruppe mit erhöhtem Förderbedarf sind junge Menschen in Maßnahmen der berufsbezogenen Jugendhilfe (BBJH), die aufgrund unzureichender schulischer Ausbildung, fehlender Schlüsselkompetenzen und ihrer „dysfunktionalen Bewältigungsformen (…) der erfahrenen Mischung aus sozialer Benachteiligung und individueller Beeinträchtigung“ (Straus 2008, S. 26f.), an den vorgesehenen Übergängen von Schule in den Beruf gescheitert sind. Neben allgemeiner sozialer Benachteiligung sind in dieser Gruppe individuell verschieden gelagerte, zum Teil ausgeprägte Beeinträchtigungen (neben Dyskalkulie/Legasthenie auch psychische und Verhaltensauffälligkeiten sowie erhöhter Drogenkonsum) zu finden, ebenso Lernbehinderungen und körperliche Einschränkungen durch leichtere Behinderungen, Krankheiten oder auch Übergewicht (Straus 2008).

Maßnahmen der berufsbezogenen Jugendsozialarbeit und der Berufsbildungsgänge des zweiten Arbeitsmarktes sollen die Chancen von jungen Menschen auf dem ersten Arbeitsmarkt verbessern. Diese Chancen werden von jungen Erwachsene in Ostdeutschland negativer eingeschätzt als von jungen Westdeutschen: Letztere erwarten davon eher positive Effekte im Sinne einer Weiterqualifizierung und Steigerung ihrer Vermittlungschancen, während die jungen Ostdeutschen diese Maßnahmen mit einem geringeren psychischen Wohlbefinden beenden: Sie erleben diese Maßnahmen eher als weitere Ausgrenzung vom Arbeitsmarkt (Behle 2006). Es besteht aber für junge Menschen, die für einen potenziellen Berufseinstieg auf solche Maßnahmen angewiesen sind, in beiden Landesteilen die Gefahr, dass aus dem „Einstieg ins Leben und in den Beruf“ schnell ein Einstieg in dauerhafte Arbeitslosigkeit und damit langfristige Armut werden kann (Reinowski/Steiner 2006).

Unter dem Aspekt der Lebensverlaufsperspektive ist erwähnenswert, dass schon Hauptschülerinnen und Hauptschüler im Alter von 14 bis 16 Jahren, die einen regulären Hauptschulabschluss voraussichtlich nicht erreichen werden und sich von daher geringere berufliche Chancen

[91] Das Kohärenzgefühl umschreibt „(…) die persönliche Überzeugung, dass Anforderungen bewältigt werden können, dass die Dinge, die sich ereignen, verstanden werden können, nicht zufällig geschehen und dass das Leben sinnvoll ist und es sich lohnt, sich für persönliche Ziele und Wünsche einzusetzen und sich anzustrengen, diese auch zu erreichen“ (Dill u. a., 1999, S. 20).

Tabelle 9.5

Einzeldimensionen psychisch-emotionaler Belastung bei Berufsschülerinnen und Berufsschülern (Angaben in Prozent)

	Frauen		Männer	
	ohne MH	mit MH	ohne MH	mit MH
negative Selbsteinschätzung	*22,6*	*24,8*	*15,0*	*17,7*
Hilf-/Hoffnungslosigkeitsgefühl	*23,0*	*33,5*	*10,7*	*18,5*
Gefühle von Dauerstress	*18,3*	*28,5*	*12,6*	*16,7*
Gefühl der Niedergeschlagenheit	*42,7*	*52,0*	*26,8*	*31,3*
Zukunftssorgen	*34,2*	*47,7*	*24,9*	*34,4*

Quelle: Dill u. a. 1999, S. 17; MH: Migrationshintergrund

ausrechnen können, über deutliche Stresssymptome wie Einschlafprobleme, Kopf- und Magenschmerzen und Appetitlosigkeit klagen, wobei Mädchen mehr Probleme benennen als Jungen (Gaupp u. a. 2006).

Doch auch bei Jugendlichen, die Arbeit haben, wirken psychische Beeinträchtigungen als Belastung und sind daher krankheitsrelevant, wie eine repräsentative Umfrage unter Mitgliedern der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) im Alter von 16 bis unter 65 Jahren im Jahr 2007 zeigt. Ein Drittel der Beschäftigten, und hier v.a. die jüngeren (16 bis 30 Jahre), befürchtet, bei der Arbeit Fehler zu machen. Zudem klagen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer dieser Altersgruppe auch häufiger als ihre älteren Kolleginnen und Kollegen über arbeitsbedingten Stress. Der Anteil der Beschäftigten, die 2007 trotz einer Erkrankung am Arbeitsplatz erschienen sind, beträgt bei den 16- bis 30-Jährigen 65,8 Prozent und bei den 51- bis 65-Jährigen 58,1 Prozent; der Anteil derer, die krank zur Arbeit gehen, nimmt also mit steigendem Alter ab. Unter anderen gehören Aspekte wie „zu viel Arbeit“ und „Angst um den Arbeitsplatz“ zu den häufigsten Gründen für das Unterbleiben von Krankmeldungen (Zok 2008). Arbeitsplatzunsicherheit als psychosoziale Stressquelle gehört für viele junge Erwerbstätige heute zum Arbeitsalltag: Ihre Beschäftigungsverhältnisse sind oftmals befristet, sie arbeiten mit reduziertem Stellenumfang oder versuchen, durch (schlecht- oder oftmals auch unbezahlte) Praktika den Berufseinstieg zu schaffen. Junge Erwachsene, die unter unsicheren beruflichen Perspektiven erwerbstätig sind, berichten vermehrt über Symptome von Angst und Depression sowie ein reduziertes Wohlbefinden (Berth u. a. 2003).

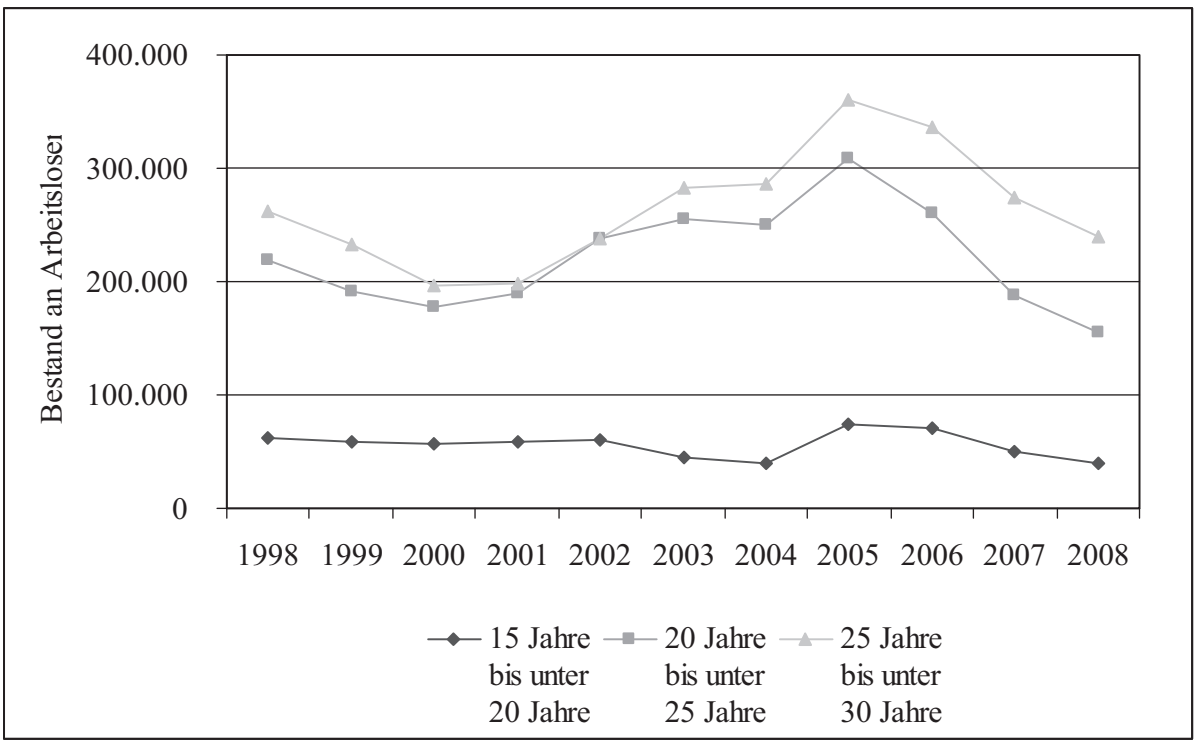
9.2.5 Gesundheitsrelevante Aspekte von Arbeitslosigkeit

Arbeitslosigkeit und drohender Arbeitsplatzverlust sind heute Themen, die breite Gruppen der Bevölkerung betreffen. Von besonderer gesellschaftspolitischer Relevanz ist das Thema „Arbeitslosigkeit von jungen Menschen“. Mit 675 376 im Juni 2008 arbeitslos gemeldeten Personen zwischen 15 und unter 30 Jahren (Westdeutschland: 435 272; Ostdeutschland[92] einschl. Berlin: 240 104) betrifft (drohende) Arbeitslosigkeit weite Teile der Heranwachsenden (Bundesanstalt für Arbeit, BA 2008). Im Zeitraum von Juni 1998 bis Juni 2008 waren durchschnittlich rund 840 000 Jugendliche arbeitslos, wobei junge Menschen in Ostdeutschland (einschl. Berlin) mit einer angespannteren Lage als ihre Altersgenossen in Westdeutschland konfrontiert sind (vgl. Abb. 9.5 und 9.6).

[92] Längsschnittliche Analysen von *Berth u. a.* (2006) für die östlichen Bundesländer belegen, dass dort fast 60 Prozent mobilen und gut ausgebildeten jungen Erwachsenen bis zum Jahr 2004 mindestens einmal arbeitslos gewesen sind.

Abbildung 9.5

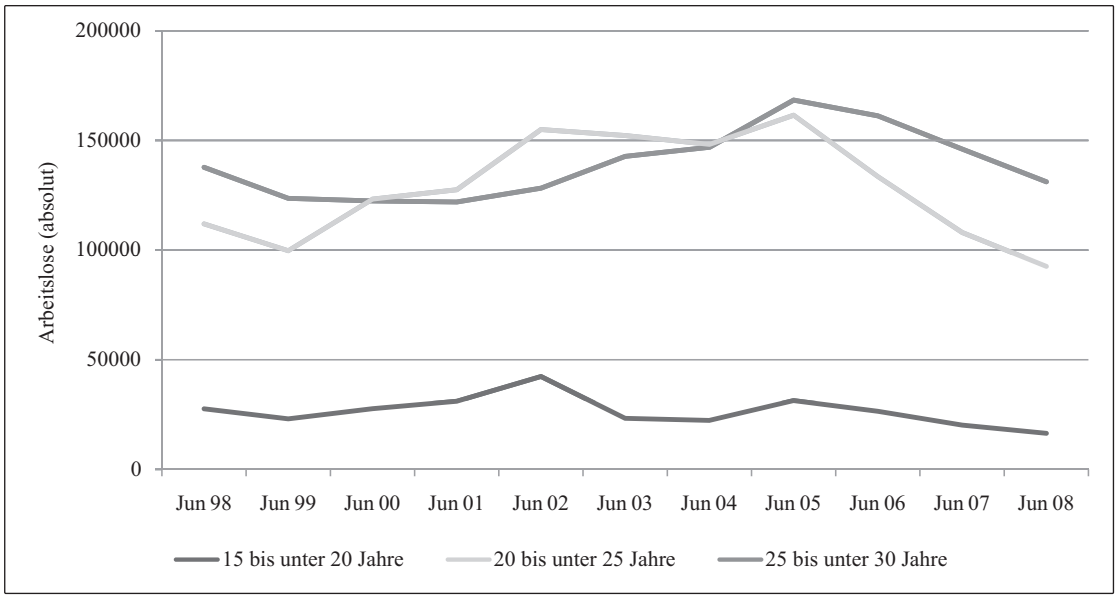
Bestand an arbeitslos gemeldeten Personen im Alter von 15 bis unter 30 Jahren in Westdeutschland im Zeitraum Juni 1998 bis Juni 2008



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, BA 2008

Abbildung 9.6

Bestand an arbeitslos gemeldeten Personen im Alter von 15 bis unter 30 Jahren in Ostdeutschland (einschl. Berlin) im Zeitraum Juni 1998 bis Juni 2008



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, BA 2008

Die Ausgrenzung von jungen Menschen bereits zu Beginn ihrer Erwerbsbiografie – sei es durch fehlende Ausbildungsplätze oder aber durch den Verlust des Ausbildungs- bzw. Arbeitsplatzes – wirkt sich, abhängig von den dem Einzelnen zur Verfügung stehenden Bewältigungsressourcen, unterschiedlich nachhaltig auf das Leben aus: Als äußere Belastungen sind hohe Hürden für den Einstieg/die Rückkehr in Beschäftigung ebenso zu nennen wie mangelnde Berufserfahrung, fehlender Anreiz/Motivation zur Bildung, zudem leiden die Betroffenen zum Teil auch unter sozialer Ausgrenzung und gesundheitlichen Problemen. Die Ungewissheit beruflicher Aussichten führt zwar dazu, dass insbesondere Heranwachsende mit niedrigen Bildungsabschlüssen ihre berufliche Zukunft mit einer gewissen Skepsis beurteilen, dennoch hat auch für diese jungen Menschen der Übergang von der Schule ins Erwerbsleben und Arbeitsplatzsicherheit einen hohen normativen und persönlichen Stellenwert (Gaupp u. a. 2006).

Junge Menschen reagieren auf (länger andauernde) Arbeitslosigkeit mit einer Vielzahl von gesundheitlichen Beeinträchtigungen: Diese reichen von der Chronifizierung somatischer Erkrankungen über Einschränkungen des psychischen Wohlbefindens, Stresssymptome (z. B. Schlafstörungen, Angespanntheit), Erschöpfungs- und Burnoutsymptome, gesundheitliches Risikoverhalten (d. h. vermehrter Tabak- und Alkoholkonsum, Bewegungsmangel) bis hin zu schwerwiegenden psychischen Erkrankungen wie z. B. Depression (Kieselbach/Beelmann 2006; Lange/Lampert 2005; Paul u. a. 2006; Schels 2007; Weber u. a. 2007). Andererseits scheint aber auch eine Vorbelastung insbesondere der psychischen Gesundheit Einfluss auf den Arbeitslosenstatus zu haben: Junge Erwachsene[93], die bereits als Jugendliche über ein hohes Maß an psychischer Belastung berichten, haben ein gesteigertes Risiko für (Langzeit-) Arbeitslosigkeit. Es liegen also Hinweise darauf vor, dass Arbeitslosigkeit einerseits einen negativen Effekt auf die Gesundheit und auch Auswirkungen auf die weiteren Arbeitsmarktchancen der Betroffenen haben kann (Berth u. a. 2006), und andererseits darauf, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen das Risiko für Arbeitslosigkeit steigern (Lange/Lampert 2005). Gleichzeitig nehmen psychische und körperliche Beschwerden mit der Dauer der Arbeitslosigkeit zu (Berth u. a. 2006; Egger u. a. 2006; Straus 2008; Weber u. a. 2007). Zudem ist davon auszugehen, dass psychische Beeinträchtigungen vor den körperlichen Folgen eintreten (Berth u. a. 2003). Arbeitslosigkeit kann auch zu einem Übermaß an Zeit und Langeweile sowie geistiger Unterforderung führen (Lauenroth/Swart 2004; Schels 2007).

Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit zeigt bei Frauen teilweise andere Ausprägungen als bei Männern (Straus 2008; Rose/Jacobi 2006). Nach Ergebnissen des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 des RKI berichten vor allem langzeitarbeitslose, nicht

[93] Insbesondere junge Erwachsene mit Migrationshintergrund, die in arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen sind, geben ein geringeres psychisches Wohlbefinden an als deutschstämmige Heranwachsende (Behle 2005).

aber kurzzeitarbeitslose Männer in vermehrtem Ausmaß über diverse gesundheitliche Beschwerden/Krankheiten (wie chronische Bronchitis, Rückenschmerzen, Schwindel, Bluthochdruck und Depression). Bei den Frauen klagen umgekehrt vor allem die Kurzzeitarbeitslosen, nicht aber Langzeitarbeitslosen über ähnliche Beschwerden (Lange/Lampert 2005).

Für junge Männer ist das Zusammenfallen von Arbeitslosigkeit und finanziellen Schwierigkeiten, die zur Einschränkung sozialer Aktivitäten führen, noch stärker als bei jungen Frauen mit einem geringen psychischen Wohlbefinden assoziiert (Schels 2007).

Eine (Wieder-) Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses und eine damit verbundene Besserung der materiellen Situation scheint – v. a. bei jungen Männern – auch mit einer Steigerung des psychischen Wohlbefindens einherzugehen (Romeu Gordo 2006; Weber u. a. 2007). Zusätzlich hat das Arbeitsverhältnis über den Einkommenserwerb hinaus Bedeutung als Quelle sozialer Kontakte, sozialer Anerkennung und als Schritt in ein eigenständiges Leben.[94] Zudem können berufliche Bildungsaktivitäten (und die damit verbundene Aussicht auf ein berufliches Weiterkommen) eine Ressource psychischen Wohlbefindens sein (Schels 2007).

Exkurs 9.1 Wohnungslose Heranwachsende in Deutschland

Im Unterschied zu erwachsenen Wohnungslosen verfügen junge Wohnungslose häufig über einen offiziellen festen Wohnsitz, da sie noch bei ihren Eltern gemeldet sind. Da in der Bundesrepublik keine Statistik über die Zahl der Wohnungslosen geführt wird, gibt es hierzu nur Schätzwerte. Die Zahl der dauerhaft obdachlosen Jugendlichen und jungen Erwachsenen bewegt sich in der Spanne zwischen 2 000 und 9 000 Heranwachsenden (30 bis 40 Prozent sind davon Mädchen; Terre des Hommes 2008); jährlich kommen 1 500 bis 2 500 neue Fälle hinzu (Off Road Kids 2008).[95] Etwa 50 Prozent der betreuten jungen Menschen in „Straßenkinderprojekten“ sind volljährig (Terre des Hommes 2008). Die meisten jungen Wohnungslosen leben nur zeitweise ohne feste Unterkunft „auf der Straße“ (bzw. bei wechselnden Freunden), und es gelingt ihnen, diese Phase zu überwinden. Die Dauer der gesamten wohnungslosen Zeit beträgt bei jungen Frauen im Durchschnitt 9,5 Monate und bei jungen Männern etwa 13,7 Monate. Diejenigen, die länger als ein Jahr ohne Unterbrechung wohnungslos sind, sind größtenteils junge Erwachsene ohne Perspektive auf dem aktuellen Wohnungs- und Arbeitsmarkt (Bodenmüller 2002). Ursachen für Wohnungslosigkeit von Heranwachsenden sind u. a. in mangelnder Zuwendung und familiären Gewalterfahrungen zu sehen; nichtsdestotrotz gibt es auch eine (vermutlich sehr kleine Zahl) von jungen Menschen, die – zumindest zunächst – freiwillig (und nicht aus den genannten Notsituationen heraus) in Obdachlosigkeit leben (Tzscheetzsch 2007). Zur Befriedigung von Alltagsbedürfnissen sind junge Wohnungslose häufig zu illegalen, sozial geächteten Formen des Gelderwerbs gezwungen (z. B. Betteln, Diebstähle, Drogenhandel oder Prostitution; Röhnsch 2004; Rohrmann 2004). Verbreitet unter jungen Wohnungslosen ist Suchtmittelkonsum, der sich oftmals aus einem gleichzeitigen intensiven Konsum von Alkohol, Nikotin, Cannabis und anderen Drogen zusammensetzt, wobei quantitativ und qualitativ riskante Konsummuster (z. B. „Binge Drinking“) nicht selten sind (Reis u. a. 2006). Bei jungen Obdachlosen besteht eine besondere Gefahr bezüglich des Missbrauchs, vielfach aber auch der Abhängigkeit von (il-) legalen Drogen, was mit negativen Folgen für die psychische und physische Gesundheit und Strafverfolgung verknüpft ist (Bodenmüller 2002; Flick/Röhnsch 2006a). Dabei ist davon auszugehen, dass der Gesundheitszustand vieler junger Wohnungsloser schon vor dieser Lebensphase beeinträchtigt war und sich auch durch andere Faktoren des „Lebens auf der Straße“, wie mangelnder Schutz, mangelnde Hygiene und mangelnder Zugang zum Gesundheitssystem, weiter verschlechtert. Aufgrund ihrer ungesicherten Lebenssituation bzw. zur Geldbeschaffung sowie aufgrund fehlender/verdrängter Zukunftsperspektiven findet sich bei vielen von Wohnungslosigkeit betroffenen junge Erwachsenen auch sexuell riskantes Verhalten (z. B. häufig wechselnde Geschlechtspartner, keine Benutzung von Kondomen etc.; Flick/Röhnsch 2006b).

9.3 Zusammenfassung

Zu den zentralen gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen im jungen Erwachsenenalter gehören neben der Fähigkeit, selbstverantwortlich Entscheidungen auch angesichts unsicherer Zukunftsperspektiven zu treffen, Verantwortung zu übernehmen und Intimität leben zu können. Diese zentralen Entwicklungsthemen sind im Kontext des Strukturwandels der Arbeitsgesellschaft mit seinen Auswirkungen auf Bildungs- und Ausbildungsprofile sowie auf berufliche Chancen, auf das Geschlechterverhältnis, Lebensstile und Erfordernisse sozialer Integration zu sehen. Für die jungen Erwachsenen sind dadurch auf der einen Seite mehr Chancen und Freiheiten durch eine Vielzahl an Optionen gegeben, auf der anderen Seite verbinden sich damit aber auch mehr Risiken und biografische Unsicherheiten. Trotz weiter bestehender gesellschaftlicher und individueller Orientierung an der „Normalbiografie“ mit Ausbildung, Beruf und Familiengründung müssen junge Frauen und Männer sich neue Formen individualisierter Lebensbewältigung erschließen und ihre Lebensverhältnisse so gestalten, dass neben einer ausreichenden ökonomischen Basis auch Vertrauen, Anerkennung und Zugehörigkeit in ihren sozialen Bezü-

[94] Obwohl das Verlassen des elterlichen bzw. das Gründen eines partnerschaftlichen Haushalts für junge Männer mit finanziellen Einschränkungen verbunden ist, wird diese Konsequenz von der neu gewonnenen sozialen Eigenständigkeit ausgeglichen (Schels 2007).

[95] Diese Schätzwerte ergeben sich daraus, dass es keine einheitlichen und überprüfbaren Kriterien dafür gibt, wann es sich bei Heranwachsenden um eine obdachlose Person handelt.

gen möglich sind. Dabei zeigt sich, dass sich diese Anforderungen insbesondere hinsichtlich berufsrelevanter Entscheidungen, aber auch bezüglich der zu leistenden sozialen Verortung zwar für alle gleichermaßen stellen, die Gestaltungsmöglichkeiten jedoch in Bezug auf Geschlecht, soziale Lage, persönliche Ressourcen wie z. B. ein guter Gesundheitsstatus bzw. bestehende Behinderungen, ein erfolgreicher oder misslungener Bildungsweg, eine optimistische Grundeinstellung bzw. ein geringes Kohärenzgefühl sehr unterschiedlich ausfallen – und – auch bezogen auf gesundheitliche Belange zu unterschiedlichen langfristigen Konsequenzen führen.

Insbesondere dem Faktor „Ausbildung/Arbeit" kommt im jungen Erwachsenenalter eine zentrale Bedeutung für die Gesundheit zu. Dabei sind die erreichten Schulabschlüsse und die damit zusammenhängende Entscheidung für bestimmte Berufsbildungsgänge (z. B. betriebliche Ausbildung oder Hochschulstudium) oft entscheidend dafür, welche gesellschaftlichen Positionen und, verbunden damit, welche Ressourcen im finanziellen wie im persönlichen und sozialen Bereich Heranwachsende in den nachfolgenden Lebensphasen erreichen können. So gehen eingeschränkte berufliche Perspektiven bei Berufsschülerinnen und Berufsschülern und bei Teilnehmenden an Angeboten der berufsbezogenen Jugendhilfe (BBJH), sowie länger dauernde Arbeitslosigkeit mit einer Vielzahl von gesundheitlichen Belastungen einher. Andererseits können im Lebensverlauf bereits entstandene Behinderungen und gesundheitliche Einschränkungen auch Arbeitslosigkeit begünstigen und den Zugang zum Arbeitsmarkt erschweren. Doch auch diejenigen jungen Erwachsenen, die – oft mit unsicheren Perspektiven – einen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz haben, sind dort einer Vielzahl von Belastungen ausgesetzt, die sich vor allem auf den Bereich der psychischen Gesundheit negativ auswirken können.

9.4 Fazit

Im jungen Erwachsenenalter müssen selbstverantwortlich Entscheidungen getroffen und Verantwortungen übernommen werden, die in persönlicher, sozialer sowie bildungs- und berufsbezogener Hinsicht langfristige Folgen haben können und zu einer starken Ausdifferenzierung der Lebenssituation junger Erwachsener führen. Der eigene Lebensentwurf und die nach Geschlecht, sozialem und Gesundheitsstatus sowie ethnischem Hintergrund variierenden Chancen und Grenzen für die Verwirklichung eigener Ziel haben auch Einfluss auf die Selbstverortung junger Menschen in Bezug auf ihre Werteinstellungen und gesellschaftlichen wie politischen Orientierungen. Notwendig sind für junge Erwachsene in einer Welt sich kontinuierlich wandelnder Ansprüche und Anforderungen:

- Vertraute und kompetente Personen aus ihrem sozialen Netzwerk, mit deren Unterstützung sie Entscheidungen hinsichtlich der eigenen Zukunftsperspektive treffen können. Wo ihnen dies nicht ausreichend möglich ist, brauchen junge Erwachsene sozialstaatliche Hilfsangebote (z. B. Angebote der Kinder- und Jugendhilfe und der Jugendberufshilfe), um sich im (Erwerbs-)Leben zu positionieren.
- Besondere Unterstützung durch gut vernetzte soziale und medizinische Hilfen in Hinblick auf ihren Berufseinstieg, ihre weitere Lebensgestaltung, ihre gesellschaftliche Teilhabe und eine Zukunft mit möglichst geringen gesundheitlichen Einschränkungen brauchen junge Erwachsene, die – vielleicht aufgrund psychosozialer Belastung in jungen Jahren – unter psychischen Störungen leiden oder mit chronischen Krankheiten und Behinderungen leben müssen. Dabei scheint es unter einer Lebensverlaufsperspektive sinnvoll, dass Hilfen möglichst früh einsetzen, damit sich Probleme gar nicht erst verfestigen und die weiteren beruflichen und sozialen Chancen einschränken.
- Ausbildungs- und Erwerbskontexte, die jungen Erwachsenen eine Zukunftsperspektive bieten und ihnen ermöglichen, ihr Leistungspotenzial optimal zu nutzen. Zudem sollten Ausbildungs- und Erwerbskontexte nicht selbst zu gesundheitlichen Risiken werden.
- Individuelle Handlungsspielräume, in denen sie in Verantwortung für sich selbst, aber auch in Verantwortung für die Partnerin/den Partner Intimität leben können. Für einen verantwortlichen Umgang mit Sexualität und Familienplanung brauchen junge Erwachsene Wissen, aber auch finanzielle Ressourcen.
- Optimismus, Motivation und eine Zukunftsperspektive, um Verantwortung für die eigene Gesunderhaltung zu übernehmen. Von gesellschaftlicher, aber auch sozial- und bildungspolitischer Seite sind daher Strukturen zu entwickeln, die es für junge Erwachsene lohnend machen, sich um die eigene körperliche, seelische und geistige Gesundheit zu kümmern.

9.5 Zwischbilanz: Kindheit und Jugendalter als gesundheitspolitische Herausforderung

Es liegt nahe, nach der Präsentation dieser Vielfalt von Daten und Informationen sich so etwas wie eine Bündelung zu wünschen. Die vorliegende Literatur belegt allerdings, dass dieser Wunsch sich nicht so einfach realisieren lässt. Je nach dem, welche Daten mit welchen Daten unter welchen Aspekten verglichen werden, kommt man zu anderen Schlüssen. So bilanziert z. B: *Sting* den Forschungsstand in einem Handbuchartikel aus dem Jahr 2002 unter Bezugnahme auf die Arbeit von *Lohaus* (1993) wie folgt: „Während in den letzten Jahrzehnten infolge einer allgemeinen Verbesserung der Lebensqualität in den Industriestaaten im Morbiditäts- und Mortalitätsraten in allen Altersgruppen rückläufig sind, nehmen sie in der Altersgruppe der 10-30 jährigen zu" (Sting 2002, S. 414). Demgegenüber stellt *Klein-Heßling* fest, dass „in der aktuellen Gesundheitsberichterstattung für Deutschland sich das Kindes- und Jugendalter als der gesündeste Altersbereich der Bevölkerung zeigt" (2006, S. 13). Er ergänzt aber: „Während in den meisten jüngeren und älteren Altersbereichen in den zurückliegenden Jahrzehnten durch Prävention und Intervention die Morbiditäts- und

Mortalitätsraten (Erkrankungs- und Sterberaten) gesenkt werden konnten, zeigt sich für das Jugendalter eine eher ernüchternde Entwicklung. Insbesondere bei Unfällen und Suiziden sind hier keine bedeutsamen Verringerungen der Auftretensraten zu verzeichnen“ (ebd.). Differenziert man die Daten weiter nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischen und -kulturellem Status und unterschiedlichen gesundheitlichen Belastungsfaktoren und variiert man die Vergleichsfolien, wird das Bild, wie oben gezeigt, immer vielfältiger.

Aus der Sicht der Sachverständigenkommission des vorliegenden Berichts bedeuten diese Daten zunächst, dass entgegen der öffentlichkeits- und medienwirksam verkündeten Schlagzeilen, dass der Großteil der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen gesund ist und unter gesundheitsförderlichen sozialen Rahmenbedingungen aufwächst.

Das gilt auch für Neugeborene und Kleinkinder, die aufgrund dramatischer Einzelfälle von Kindesverwahrlosung, -vernachlässigung und -missbrauch als besonders gefährdet gelten. Erfreulich ist, dass fast 20 Jahre nach der Wiedervereinigung keine gravierenden Unterschiede im gesundheitsbezogenen Aufwachsen zwischen Heranwachsenden in den verschiedenen Landesteilen bestehen. Nichtsdestotrotz gibt es bei einem nicht unerheblichen Teil von Heranwachsenden (ca. 20 Prozent) gesundheitliche Auffälligkeiten. Diese Auffälligkeiten werden unter dem Schlagwort der „neuen Morbidität“ zusammengefasst. Bezeichnet wird damit die Verschiebung des Krankheitsspektrums bei Kinder und Jugendlichen von (a) akuten zu überwiegend chronisch-körperlichen Erkrankungen und (b) von somatischen zu psychischen Auffälligkeiten. Diese Verschiebung in dem Kinder und Jugendliche betreffenden Krankheitsspektrum wird nachhaltig durch die Daten des KiGGS untermauert.

Die Daten zeigen aber auch, dass mit den für die jeweiligen Altersgruppen typischen gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen Chancen verbunden sind, die, bei erfolgreicher Umsetzung, wichtige Ressourcen für die eigene Gesundheit darstellen. Gelingt die erfolgreiche Bewältigung nicht, werden daraus allerdings Risiken, die vor allem bei vorliegender mehrfacher Belastung (z. B. bei Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status und/oder mit Migrationshintergrund) zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen, die sich zum Teil erst im späteren Lebensverlauf zeigen. Dabei handelt es sich im Säuglings- und Kleinkindalter um Faktoren, die eine sichere Bindung des Kindes zu seinen Hauptbezugspersonen verhindern und im Kindergarten- und Vorschulalter um Entwicklungsauffälligkeiten in den Bereichen Sprache, Ernährung, Bewegung und Verhalten. Im Grundschulalter nehmen Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen – ADHS), chronisch-somatische Erkrankungen (z. B. Asthma bronchiale) und stressbedingte Belastungsreaktionen deutlich zu. Derartige Beeinträchtigungen können sich im Entwicklungsverlauf zu manifesten Störungen aufbauen. Diesen negativen Lebensverlaufsperspektiven gilt es durch frühzeitige Prävention zu begegnen.

Im Jugendalter sind die wichtigsten gesundheitlichen Beeinträchtigungen Übergewicht und Adipositas, Essstörungen (Anorexie und Bulimie) und depressive Erkrankungen (bis hin zu Suizidalität) sowie im jungen Erwachsenenalter psychosoziale Auffälligkeiten und Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol und Drogen. Alle genannten gesundheitlichen Beeinträchtigungen wirken häufig langfristig (z. B. bei Adipositas in Form von Gelenkerkrankungen oder Diabetes – Typ 2 oder der Steigerung des Depressionsrisikos im Erwachsenenalter). Hier sind aus gesundheitsökonomischer Perspektive erhebliche Kostenwirkungen für die Sozial- und Gesundheitskassen zu erwarten.

Sind also erfreulicherweise die meisten Heranwachsenden in Deutschland gesund, so kippt dieses positive Bild, wenn man sich Kinder und Jugendliche aus benachteiligenden Lebenslagen ansieht, wo sich teilweise erhebliche gesundheitliche Belastungen ergeben. Betrachtet man die Altersgruppen im Vergleich etwas näher, wird deutlich, dass besondere Herausforderungen in der Altersspanne zwischen 6 und 18 Jahren bestehen. Mit dem Schuleintritt steigen die gesundheitlichen Belastungen im Durchschnitt erkennbar an. Besonders ausgeprägt ist dies, geschlechtsspezifisch differenziert, bei Mädchen sowie vor allem bei Jungen aus sozial benachteiligenden Lebensverhältnissen und mit Migrationshintergrund. Die Daten zeigen auch, dass in einigen Bereichen (Bewegung, Ernährung und psychosoziale Entwicklung) mit deutlich höheren gesundheitlichen Belastungen zu rechnen ist, wenn diese Jugendlichen erwachsen sind.

Teil C Strukturen und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe, der Gesundheitsversorgung und der Eingliederungshilfe/Rehabilitation: eine erste Annäherung

10 Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention an der Schnittstelle von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem

Dieser Bericht geht – wenn von Kinder- und Jugendhilfe gesprochen wird – entsprechend den gesetzlichen Vorgaben vorrangig auf die im SGB VIII definierten Praxisfelder, Zuständigkeiten, Aufgaben und Leistungen ein. Allerdings stehen die Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe in den beiden Feldern gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in einem Kontext, der nicht unabhängig von den Strukturen und Aufgaben des Gesundheitssystems, der Behinderten-, Eingliederungshilfe bzw. des Rehabilitationssystems gedacht werden kann.[97] Weil die vielfach geforderte Vernetzung und Kooperation zwischen diesen gesellschaftlichen Teilsystemen nur funktionieren kann, wenn wenigstens in Grundzügen, die Strukturen, Voraussetzungen und Aufgaben bekannt sind, soll ihnen jeweils ein kurzer darstellender Abschnitt gewidmet werden. In den folgenden Kapiteln werden deshalb die für diesen Bericht relevanten gesellschaftlichen Teilbereiche und wesentlichen Schnittstellen in ihren Grundstrukturen skizziert (vgl. ausführlich für die Kinder- und Jugendhilfe: Bissinger u. a. 2002; für das Gesundheitssystem: Bäcker u. a. 2008, S. 91–245; Simon 2008; Preusker 2007; Bengel/Koch 2000).

Für die Sachverständigenkommission steht es – wie nicht zuletzt dieser Bericht belegt – außer Zweifel, dass die zielführende Auseinandersetzung mit den Aufgaben und Herausforderungen der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung drängender ist als je zuvor. Sie interpretiert dies auch als Ausdruck der im Wandel begriffenen sozialstaatlichen Rahmenbedingungen, die das Verhältnis von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem immer auch wesentlich mit prägen (vgl. dazu Lessenich 2008; vgl. Kap. 21.2).

11 Strukturen und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe

11.1 Kurzer Überblick über die wesentlichen Strukturen

Die wichtigsten Behörden im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe sind die kommunalen Jugendämter. Von ihnen gibt es derzeit rund 590 in Deutschland.[98] Kommunale Jugendämter stellen eine Besonderheit im Rahmen der Kommunalverwaltung dar. Sie bestehen aus ihren Verwaltungen und den sogenannten Kinder- und Jugendhilfeausschüssen und werden deshalb auch als zweigliedrig charakterisiert. Folgt man dem Gesetz, hat sich der Kinder- und Jugendhilfeausschuss „mit allen Angelegenheiten der Jugendhilfe zu befassen, insbesondere mit der Erörterung aktueller Problemlagen junger Menschen und ihrer Familien sowie mit Anregungen und Vorschlägen für die Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe, der Kinder- und Jugendhilfeplanung und der Förderung der freien Kinder- und Jugendhilfe“ (§ 71 (2) SGB VIII). Kinder- und Jugendhilfeausschüsse dienen vorrangig der Beteiligung sachkundiger Bürger und der verschiedenen gesellschaftlichen Akteure (zur Bedeutung der Kinder- und Jugendhilfeausschüsse vgl. Pluto u. a. 2007, S. 319 ff.).

Den kommunalen Jugendämtern obliegt die Gesamtzuständigkeit und Letztverantwortung für die Kinder- und Jugendhilfe vor Ort. Der weit überwiegende Teil der Leistungen wird jedoch auf der Basis des Subsidiaritätsprinzips von nicht-staatlichen Trägern organisiert und erbracht. In den allermeisten Fällen handelt es sich dabei um freie gemeinnützige Träger. Systematisch betrachtet sind sie dem sogenannten „Dritten Sektor“ jenseits von Markt und Staat zuzurechnen und werden deshalb auch als „Non-Profit-Organisationen“ bezeichnet. Wichtige Träger sind beispielsweise die Mitglieder der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege (Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Diakonie, Der Paritätische, Rotes Kreuz und die Wohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland). Daneben existieren ungezählte kleinere überregionale und regionale Träger und lokale Initiativen. Aktuell (Jahr 2006/2007) betreiben die nicht-staatlichen Träger rund 67 Prozent der Einrichtungen, verfügen über 61 Prozent der Plätze und beschäftigen etwa 61 Prozent des Personals in der Kinder- und Jugendhilfe.

Einen wichtigen Unterschied im Vergleich zum Gesundheitssystem markiert in der Kinder- und Jugendhilfe trotz des hohen Anteils nicht-staatlicher Verantwortung der geringe Anteil von markt- und gewinnorientierten privatgewerblichen Anbietern. In der Kinder- und Jugendhilfe unterhalten privatgewerbliche Träger lediglich 1,5 Prozent der Einrichtungen, verfügen über 2,8 Prozent der Plätze und beschäftigen 5,8 Prozent des Personals.

Die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe werden – anders als die Leistungen des Gesundheitssystems, die durch Direktzahlungen, durch Kostenerstattungen über die privaten und gesetzlichen Krankenkassen sowie durch staatliche Zuschüsse finanziert werden (vgl. dazu Kap. 12) – vor allem durch die öffentlichen, im Wesentlichen kommunalen Haushalte finanziert.

---

[97] Der Begriff der Behindertenhilfe wird in diesem Bericht als Überbegriff für alle Angebote der Hilfen für Menschen mit Behinderung verwendet. Rehabilitation und Eingliederungshilfe werden entsprechend dem Sozialgesetzbuch IX (Behindertenhilfe) in Verbindung mit dem Sozialgesetzbuch XII (Sozialhilfe) verwendet und stellen somit die Begriffe für gesetzliche Leistungen dar. Beide Gesetze beziehen sich auf Leistungen für Menschen mit Behinderung zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

[98] Auf Landesebene gibt es darüber hinaus 17 Landesjugendämter.

Tabelle 11.1

Ausgaben der öffentlichen Hand (einschließlich Einnahmen) für ausgewählte Leistungsbereiche des SGB VIII in Euro (Deutschland, 1992 bis 2006)

	Insgesamt	Jugend-arbeit	Jugend-sozial-arbeit	Förde-rung der Erziehung in der Familie	Tages-einrich-tungen für Kinder	Hilfen zur Erziehung und sons-tige Hilfe	Jugend-hilfever-waltung	Sonstige Ausgaben
	in 1.000 Euro							
1992	14.284.341	1.116.804	193.066	70.469	8.490.895	2.968.614	592.323	852.170
1993	16.291.525	1.206.876	187.099	58.797	10.011.514	3.567.125	641.520	618.594
1994	16.631.045	1.238.695	169.879	67.155	9.979.929	3.822.083	704.148	649.157
1995	17.020.311	1.301.845	184.440	60.135	9.796.698	3.811.116	726.979	1.139.100
1996	17.517.213	1.254.208	248.911	65.156	10.037.736	3.966.150	733.793	1.211.258
1997	17.512.851	1.263.318	218.304	65.077	9.872.174	4.364.471	697.344	1.032.162
1998	17.709.618	1.297.277	211.102	65.423	9.892.003	4.436.775	707.778	1.099.261
1999	18.077.611	1.356.972	213.422	69.095	9.956.635	4.613.564	717.635	1.150.288
2000	18.464.958	1.411.459	219.067	72.430	10.035.690	4.857.443	773.471	1.095.398
2001	19.210.662	1.432.060	237.870	74.385	10.427.626	5.124.549	767.532	1.146.640
2002	20.176.896	1.459.099	253.236	121.959	10.951.366	5.476.958	705.232	1.209.046
2003	20.612.447	1.387.142	270.778	89.175	11.290.788	5.636.946	720.644	1.216.976
2004	20.671.147	1.349.776	260.582	76.965	11.430.891	5.634.389	708.391	1.210.154
2005	20.865.232	1.377.591	251.960	79.563	11.542.452	5.668.067	668.088	1.277.510
2006	20.924.286	1.400.846	241.923	85.104	11.638.762	5.650.389	635.935	1.271.327

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Ausgaben und Einnahmen, verschiedene Jahrgänge Wiesbaden; zusammengestellt und eigene Berechnungen. Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik 2008.

Im Kern gibt es in der Kinder- und Jugendhilfe zwei Typen von Leistungen:

– Leistungen, auf die die Betroffenen einen Rechtsanspruch haben. Dabei handelt es sich entweder um Ansprüche, die einer Altersgruppe gewährt werden (z. B. einen Kindergartenplatz für alle Kinder über drei Jahre und ab 2013 ein Angebot für alle Kinder unter drei Jahren), oder um Ansprüche, für die besondere Bedarfe gegeben sein müssen. So besteht z. B. ein individueller Rechtsanspruch auf Hilfe zur Erziehung in allen jenen Fällen, bei denen auf der Basis des sogenannten Hilfeplanverfahrens bei einem Heranwachsenden ein erzieherischer Bedarf festgestellt worden ist.

– Der zweite Typ von Leistungen sind sogenannte Soll- und Kann-Leistungen. Für diese besteht kein individueller Rechtsanspruch, sondern das SGB VIII schreibt vor, dass auf der Basis fachgerechter Planung die Kommunen dafür zu sorgen haben, dass die zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrages entsprechend SGB VIII notwendigen Einrichtungen und Angebote, z. B. der Kinder- und Jugendarbeit in ihren verschiedenen Formen, auf einem fachlich angemessenen Niveau im ausreichenden Umfang zur Verfügung stehen.

Ein weiteres wichtiges Kennzeichnen der Kinder- und Jugendhilfe ist ihre Personalstruktur. Diese ist geprägt durch das „heterogene Ineinander und Miteinander unterschiedlicher Mitarbeitergruppen, durch fachlich qualifiziertes Personal und Personen mit einer fachfremden oder geringfügigen Qualifikation, durch sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, Honorarkräfte sowie Mitarbei-

terinnen und Mitarbeiter mit Sonderstatus“ (Bissinger u. a. 2002, S. 46).

Am Jahresende 2006 arbeiteten in den etwa 80 000 Einrichtungen, Diensten und Behörden der Kinder- und Jugendhilfe ca. 618 500 Beschäftigte. Im Vergleich mit der Beschäftigungssituation (gemessen in Form der Vollzeitbeschäftigten) im Jahr 2002 hat sich das Beschäftigungsvolumen (ohne das Personal mit hauswirtschaftlichen und technischen Arbeitsschwerpunkten) im Kern des pädagogischen Aufgabenfeldes um ca. 10 000 Beschäftigte (2,3 Prozent) verringert. Allerdings sind hiervon nicht alle Arbeitsfelder der Kinder- und Jugendhilfe in gleichem Ausmaß betroffen: Während sich im Arbeitsbereich der Kindertageseinrichtungen im Vergleich der Erhebungsjahre 2002 und 2006 eine Zunahme der Vollzeitbeschäftigungsverhältnisse um 1,9 Prozent verzeichnen lässt, ist in den übrigen Arbeitsbereichen zusammengenommen ein Rückgang der Vollzeitbeschäftigten um 11,3 Prozent zu verzeichnen. In besonderem Maße sind hiervon die Kinder- und Jugendarbeit, die Behindertenhilfe[99] sowie die Erziehungshilfen betroffen. Dieser Arbeitsplatzrückgang betrifft mit ca. 18 Prozent Ostdeutschland sehr viel stärker als Westdeutschland mit ca. 10 Prozent (vgl. Tabelle 11.2). Hinsichtlich der Qualifikationsstruktur der Beschäftigten (ohne das Personal mit hauswirtschaftlichen und technischen Arbeitsschwerpunkten) ist eine Zunahme der Fachkräfte mit sozialpädagogisch einschlägigem Berufs- bzw. Hochschulabschluss festzustellen (Rauschenbach/Schilling 2008).

[99] Der in der Kinder- und Jugendhilfestatistik aufgeführte Begriff der „Behindertenhilfe“ umfasst Einrichtungen – und in diesen Tätige –, die in den Zuständigkeitsbereich der Kinder- und Jugendhilfe fallen und nach § 45 SGB VIII eine Betriebserlaubnis für ihre Einrichtung haben. Hierzu gehören im Bereich der Behindertenhilfe beispielsweise Einrichtungen der Frühförderung oder auch Tagesheime für Heranwachsende mit Behinderungen. Bei diesen Angaben ist einschränkend zu beachten, dass es sich dabei nicht um bundesweit repräsentative Daten für diesen Bereich handelt. Da das Feld der Behindertenhilfe insgesamt sehr viel weiter ist als die entsprechenden Angebote der Kinder- und Jugendhilfe, sind die Daten auch nicht identisch mit den Angaben zur Behindertenhilfe in Kap. 13.

Tabelle 11.2

Entwicklung der Vollzeitbeschäftigten in der Kinder- und Jugendhilfe nach Arbeitsfeldern (Deutschland, Ost- und Westdeutschland; 2002 und 2006; Angaben absolut und in Prozent).

	31.12.2002	**31.12.2006[100]**	**Veränderung 2002–2006[101]**	
	Anzahl	**Anzahl**	**Anzahl**	**In %**
Deutschland				
Insgesamt				
Kindertageseinrichtungen	285.341	290.842	+5.501	*+1,9*
Kinder- und Jugendarbeit	27.541	19.814	-7.727	*-28,1*
Jugendsozialarbeit	4.739	4.448	-292	*-6,2*
Hilfen zur Erziehung (amb.-teilstationär)	17.435	15.261	-2.174	*-12,5*
Hilfen zur Erziehung (stationär)	33.604	31.687	-1.917	*-5,7*
Behindertenhilfe	10.953	9.013	-1.940	*-17,7*
Sonstige	26.453	25.520	-933	*-3,5*
Verwaltung	15.251	14.900	-351	*-2,3*
Westdeutschland (einschl. Berlin)				
Insgesamt				
Kindertageseinrichtungen	234.353	236.982	2.629	*+1,1*
Kinder- und Jugendarbeit	20.124	15.288	-4.836	*-24,0*
Jugendsozialarbeit	3.573	3.352	-221	*-6,2*
Hilfen zur Erziehung (amb.-teilstationär)	14.653	12.804	-1.849	*-12,6*
Hilfen zur Erziehung (stationär)	27.627	25.918	-1.708	*-6,2*
Behindertenhilfe	9.953	8.191	-1.761	*-17,7*
Sonstige	21.838	21.825	-553	*-2,5*
Verwaltung	12.600	12.714	114	*0,9*

	31.12.2002	31.12.2006[100]	Veränderung 2002–2006[101]	
	Anzahl	**Anzahl**	**Anzahl**	**In %**
Ostdeutschland (ohne Berlin)				
Insgesamt				
Kindertageseinrichtungen	50.988	53.860	2.872	*+5,6*
Kinder- und Jugendarbeit	7.418	4.526	-2.891	*-39,0*
Jugendsozialarbeit	1.166	1.096	-70	*-6,0*
Hilfen zur Erziehung (amb.-teilstationär)	2.782	2.457	-324	*-11,7*
Hilfen zur Erziehung (stationär)	5.977	5.768	-209	*-3,5*
Behindertenhilfe	1.000	822	-178	*-17,8*
Sonstige	4.615	4.235	-380	*-8,2*
Verwaltung	2.651	2.186	-465	*-17,5*

[100] Daten für den Bereich der Kindertageseinrichtungen laut Erhebung des Statistischen Bundesamtes vom 15. März 2007

[101] Daten für den Bereich der Kindertageseinrichtungen laut Erhebung des Statistischen Bundesamtes vom 15. März 2007

Quelle: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Einrichtungen und tätige Personen 2002 und 2006; Berechnungen der Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik 2008

Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe sind für die Adressatinnen und Adressaten freiwillig. Seine Umsetzung und fachlichen Niederschlag findet dieses Prinzip in den zentralen Standards der Kinder- und Jugendhilfe, allem voran in dem hohen Stellenwert, der der Beteiligung sowie der Orientierung an den Lebenswelten bzw. Sozialräumen der Adressatinnen und Adressaten zugeschrieben wird. Erscheinen vor allem im Rahmen des staatlichen Wächteramtes Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe als notwendig, zu denen keine Zustimmung der Betroffenen bzw. der Personensorgeberechtigten vorliegt, so sind diese nur möglich auf der Basis eines entsprechenden familienrichterlichen Beschlusses.

Doch auch jenseits dieser zugespitzten Konstellationen gilt für die gesamte Praxis der Kinder- und Jugendhilfe, dass sie sich in einem Spannungsfeld zwischen individueller Betreuung, Unterstützung, Förderung, Erziehung und Anregung von Bildungsprozessen einerseits und vielfältigen Formen der Normierung, Sozialdisziplinierung und Kontrolle andererseits bewegt. Diese Gleichzeitigkeit, auch doppeltes Mandat von Hilfe und Kontrolle genannt, ist hier insofern von Bedeutung, als es unter den Vorzeichen von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung eine weitere Variation erfährt (vgl. Kap. 21.2).

Im Verlauf der letzten 50 Jahre hat sich dieses Spannungsverhältnis als beständiger Stachel im Selbstverständnis der Kinder- und Jugendhilfe erwiesen (vgl. zuletzt im Kontext der Diskussion zum Kinderschutz: Schone 2008). Die beschriebene strukturelle Ambivalenz der Kinder- und Jugendhilfe trat dabei umso deutlicher hervor, je mehr sich die Kinder- und Jugendhilfe seit den 60er-Jahren des letzten Jahrhunderts von ihrer Jugendpflege- und Fürsorgetradition entfernte und sich zu einem in seinem fachlichen Selbstverständnis sozialpädagogisch geprägten Praxisfeld entwickelte. Wie erfolgreich dieser Prozess der „Sozialpädagogisierung des Feldes“ war, lässt sich am nachhaltigsten an der Rezeption des Achten Jugendberichtes der Bundesregierung (Deutscher Bundestag 1990) und der etwa zur gleichen Zeit erfolgten Neufassung des *Jugendwohlfahrtgesetzes* (JWG) von 1961 in Form des *Kinder- und Jugendhilfegesetzes* (KJHG = SGB VIII) nachvollziehen. Heute ist es unstrittig, dass in der Kinder- und Jugendhilfe sozialpädagogisches Denken und Handeln das fachliche Selbstverständnis dominieren und dies in jeder Hinsicht, also in Bezug auf die Qualifizierung und Rekrutierung des Personals, die Zugänge zum Praxisfeld, die disziplinären Hintergründe wie auch in Bezug auf die leitenden Kategorien, Reflexionsmuster und Arbeitsformen. Im Kontext dieses Berichtes ist festzuhalten, dass es das mittlerweile tief in den Strukturen der Kinder- und Jugendhilfe verankerte sozialpädagogische Selbstverständnis ist, das immer wieder in Konkurrenzen und in Widersprüche zu einem störungs- und symptomorientierten, traditionell medizinisch geprägten Denken gerät, wenn es um Fragen gesunden Aufwachsens geht (vgl. Kap. 21.3).

11.2 Der Beitrag der Kinder- und Jugendhilfe zur Gesundheitsförderung – der gesetzliche Rahmen

Wie schon einleitend, u. a. mit Bezug auf den 11. Kinder- und Jugendbericht (Deutscher Bundestag 2002, S. 226 ff.), festgestellt wurde, hat die Kinder- und Jugendhilfe aufs Ganze gesehen bislang für sich kein allgemeingültiges Verständnis von Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung ausgearbeitet. Dies findet seinen Ausdruck u. a. im SBG VIII, das bei der Benennung der Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe im § 2 die Gesundheitsförderung

nicht nennt.[102] Ein expliziter Bezug zur Thematik findet sich im SGB VIII bislang an sechs Stellen:

- Im § 8a SGB VIII, der im Rahmen des *Kinder- und Jugendhilfeweiterentwicklungsgesetzes* (KICK) im Herbst 2005 eingefügt wurde, wird im Absatz 4 festgelegt: „Soweit zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden anderer Leistungsträger, der Einrichtungen der Gesundheitshilfe oder der Polizei notwendig ist, hat das Jugendamt auf die Inanspruchnahme durch die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten hinzuwirken. Ist ein sofortiges Tätigwerden erforderlich und wirken die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht mit, so schaltet das Jugendamt die anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst ein."
- Erwähnt wird der Themenkomplex Gesundheit im § 11 (1.3) SGB VIII, in dem die gesundheitliche Bildung als ein Schwerpunkt der Jugendarbeit ausgewiesen wird.
- Im § 20 SGB VIII ist die Betreuung und Versorgung von Kindern in Notsituationen durch die Kinder- und Jugendhilfe geregelt, worunter entsprechend Absatz 1 und 3 auch der Ausfall der Eltern aus gesundheitlichen Gründen fällt.
- Der bislang vermutlich am meisten diskutierte und kommentierte Paragraf des SGB VIII im Kontext der Schnittstelle Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem dürfte der zuletzt im Rahmen des *Kinder- und Jugendhilfeweiterentwicklungsgesetzes* (KICK) von 2005 ergänzte § 35a sein. In ihm wird der Anspruch auf Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche geregelt. Demnach haben Kinder oder Jugendliche Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn „ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und (wenn) daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist" (§ 35 a (1) SGB VIII). Von einer seelischen Behinderung betroffen oder bedroht sind Kinder oder Jugendliche im Sinne des Paragrafen, „bei denen eine Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist" (ebd.). Der Paragraf regelt die Bedingungen und fachlichen Standards, die bei der Feststellung einer (drohenden) seelischen Behinderung durch das Jugendamt zu beachten sind (§ 35a (1a) SBG VIII), wie auch die Formen der Hilfe (§ 35a (2) SGB VIII; vgl. ausführlich zu diesem Paragrafen Kap. 17.5.3). Mit dem § 35a SGB VIII ist eine direkte Schnittstelle zum SGB IX („Teilhabe und Rehabilitation") aus dem Jahr 2001 geschaffen, die für Kinder und Jugendliche sinnvoll gangbar gemacht werden muss.
- In dem wichtigen § 45 SGB VIII, in dem die Bedingungen geregelt sind, um die Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung zu erhalten, wird in Absatz 2 festgehalten, dass diese Erlaubnis u. a. zu versagen ist, wenn „in sonstiger Weise das Wohl der Kinder oder der Jugendlichen in der Einrichtung nicht gewährleistet ist; dies ist insbesondere dann anzunehmen, wenn bei der Förderung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen a) ihre gesellschaftliche und sprachliche Integration oder b) die gesundheitliche Vorsorge und medizinische Betreuung erschwert wird". Aufgenommen wurde die Konkretisierung im Rahmen der Ergänzungen durch das *Tagesbetreuungsausbaugesetz* (TAG) aus dem Jahr 2005 auf Anregung des zuständigen Bundestagsausschusses (vgl. Deutscher Bundestag 2005a, S. 26). Aus der Sicht des Ausschusses dienen die Beispielfälle dazu, die Praxis bei der oft schwierigen Auslegung des Begriffs der Kindeswohlgefährdung zu vereinheitlichen: „Sowohl die Integration von Kindern und Jugendlichen als auch die Sicherung einer angemessenen medizinischen Versorgung greifen existentielle Grundlagen der Förderung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen auf" (ebd.). Diese bislang in der Fachdiskussion wenig beachtete Ergänzung ist für die in diesem Bericht im Zentrum stehende Thematik insofern von Bedeutung, als gesundheitliche Vorsorge und medizinische Betreuung neben den beiden anderen Kriterien (gesellschaftliche und sprachliche Integration) als explizite Mindestanforderungen an alle Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe ausgewiesen werden, die, wenn sie nicht gewährleistet sind, als Gefährdung des Kindeswohls interpretiert werden müssen, welche wiederum den Erlaubnisvorbehalt begründet.[103]
- Im § 81 SGB VIII wird schließlich die Zusammenarbeit der öffentlichen Träger der Kinder- und Jugendhilfe mit Einrichtungen und Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und sonstigen Einrichtungen des Gesundheitsdienstes verbindlich vorgeschrieben.

Jenseits dieser expliziten Nennungen kann man allerdings, wie es der 11. Kinder- und Jugendbericht formulierte, „die zentralen Begriffe des KJHG ‚Entwicklung' und ‚Erziehung' so verstehen, dass sie auch die Förderung der Gesundheit umfassen. Deshalb bezeichnet § 11 (3.1) die ‚gesundheitliche Bildung' als einen Schwerpunkt der Jugendarbeit, deshalb gehört die Familienerholung nach § 16 zur allgemeinen Förderung in der Erziehung, und deshalb hat der Gesetzgeber die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche wegen ihrer Nähe zu den Entwicklungs- und Erziehungsaufgaben des KJHG als Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe bestimmt und in § 10 (2) mit Vorrang vor der Sozialhilfe ausgestattet" (Deutscher Bundestag 2002, S. 227).

[102] Zur Praxis von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in den Handlungsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe vgl. Teil D dieses Berichtes.

[103] „Der Erlaubnisvorbehalt dient der Abwehr von Gefahren für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Aufgabe des Staates ist es deshalb nicht, optimale Bedingungen der Betreuung oder Unterkunftgewährung zu gewährleisten, sondern sicherzustellen, dass Mindestanforderungen beachtet werden" (Wiesner 2006, S. 845 f.).

Die Interpretation der beiden zentralen Leitbegriffe des SGB VIII „Förderung der Entwicklung des jungen Menschen“ und „Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ im Sinne eines Auftrages, auch die Gesundheit junger Menschen zu fördern, rückt die Kinder- und Jugendhilfe in erkennbare Nähe zu den eingangs in diesem Bericht vorgestellten Konzepten. „Die strategischen Prinzipien der Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung haben eine eindeutige Affinität zu den Grundlagen von Sozialer Arbeit“ (Franzkowiak 1998, S. 173). Mehr noch: Historisch betrachtet handelt es sich dabei um einen Fall von verdeckter Anleihe, wie ein Berater der WHO in den 80er- und 90er-Jahren des letzten Jahrhunderts am Rande erwähnt: „Die Soziale Arbeit diente bei den Vorarbeiten und der Formulierung der Ottawa-Charta in vielfältiger Weise als verdeckter Bezug, etwa in der prinzipiellen Lebenswelt- und Alltagsorientierung. Im Zuge der Eingemeindung sozialökologischer Arbeitsprinzipien durch die Gesundheitsförderung wurde sie – gemeinsam mit der Gemeindepsychologie – teilweise als ‚ahnungslose‘ Leihmutter instrumentalisiert“ (ebd., S. 173).

Vor diesem Hintergrund ergibt sich auf der einen Seite eine unmittelbare Anschlussfähigkeit, die man vereinfacht wie folgt formulieren kann: Gute Kinder- und Jugendhilfepraxis ist immer auch Gesundheitsförderung. In diesem Sinne sind Ansätze des Empowerments, der individuellen und kollektiven Befähigung, der Beseitigung sozialer Ungleichheiten und der Eröffnung von Teilhabechancen nicht nur fachliches Selbstverständnis Sozialer Arbeit, sondern ebenso Handwerkszeug der Gesundheitsförderung und sozialen Rehabilitation.

So richtig allerdings diese Feststellung auch ist, so läuft sie doch andererseits Gefahr, dass alles in eins gesetzt wird. Aus Sicht der Sachverständigenkommission muss man dieser Versuchung schon deswegen widerstehen, weil damit die Chancen für die Weiterentwicklung in diesen Bereichen vorschnell verspielt würden (vgl. Kap. 21.3).

12 Das Gesundheitssystem

Auftrag des Gesundheitssystems ist es, in seinen unterschiedlichen Handlungsfeldern und durch seine Einrichtungen und Maßnahmen „gesundheitliches Wohlbefinden der Bevölkerung oder einzelner Zielgruppen zu verbessern, Erkrankungsrisiken zu minimieren und durch professionelle Dienste und Einrichtungen der Erkennung und Therapie von Krankheiten zu dienen“ (Schwartz/Janus 2006, S. 73). Seine Finanzierungsgrundlage sind öffentliche und private Haushalte, aber auch Sozialversicherungen. Gesteuert wird das Gesundheitssystem über gesundheitspolitische Beschlüsse und Anreize.

Gesundheitspolitik ist im Sinne *von Rosenbrock* und *Gerlinger* beschreibbar „als die Gesamtheit der organisierten Anstrengungen, die auf die Gesundheit von Individuen oder sozialen Gruppen Einfluss nehmen – gleich ob sie die Gesundheit fördern, erhalten, (wieder-)herstellen oder auch nur die individuellen oder sozialen Folgen von Krankheit lindern“ (2006, S. 12).[104]

Das Gesundheitssystem selbst lässt sich in einer ersten Annäherung auf vier Ebenen abbilden:

– Staatliche Stellen sind gemäß der föderalen Struktur in Deutschland das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als gleichsam das politische Zentrum des Gesundheitssystems auf Bundesebene. Des Weiteren sind dies die Landesministerien, deren Bedeutung vor allem in der stationären Versorgung (z. B. Krankenhausplanung) und dem öffentlichen Gesundheitsdienst liegen, und schließlich die kommunalen Dezernate und Einrichtungen (z. B. Gesundheitsämter);

– Körperschaften und Verbände, die die gesundheitliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in Selbstverwaltung organisieren (Krankenkassen und ihre Verbände, kassenärztliche Vereinigungen);

– Organisationen der Berufe im Gesundheitssystem (u. a. die Kammern der medizinischen Berufe, die Bundesvereinigung Deutscher Apothekenverbände, der Verband der privaten Krankenversicherung und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung);

– in ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgung tätige Fachpersonen, die psychotherapeutische, heilmittelbezogener (Krankengymnastik, Ergotherapie u. a.) und ärztliche Tätigkeiten leisten, bis hin zur Krankenhausversorgung und stationären medizinischen Rehabilitation.

Insgesamt ist das Gesundheitssystem hochkomplex verankert und gesteuert. Auf den einzelnen Regelungsfeldern hat es je eigene Steuerungssysteme hervorgebracht in Form einer Mischung staatlicher, verbandlicher und marktförmiger Elemente (Rosenbrock/Gerlinger 2006). Zur Gewähr von Einheitlichkeit im Bundesgebiet hat der Bund u. a. Gesetzgebungskompetenz im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV, SGB V), in der Bundesärzteordnung, im Arzneimittelgesetz, im Krankenhausfinanzierungsgesetz und im Infektionsschutzgesetz. Die Ausführungen wiederum sind durch Landesgesetze geregelt (Waller 2007).

Im zurückliegenden Jahrhundert haben sich in den verschiedenen Nationalstaaten unterschiedliche Konzepte sozialer Sicherung entwickelt. Die für das deutsche Gesundheitssystem zentralen Eckpunkte sind auf die *Bismarck'sche* Sozialgesetzgebung des späten 19. Jahrhunderts zurückführbar. Die in der Krankenversicherung verankerten Strukturprinzipien aus der damaligen Zeit,

[104] Eine solche weite Fassung gesundheitspolitischen Verständnisses entspricht nicht der gegenwärtig praktizierten Gesundheitspolitik in Deutschland. Im zurückliegenden Jahrzehnt sind zunehmend die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems und die mit ihr verknüpften Fragen vor allem medizinischer Versorgung zu einem die Gesundheitspolitik bewegenden Thema geworden. Ökonomische Erwägungen bestimmen weitgehend die Gesundheitspolitik und in der Folge das Gesundheitssystem.

wie die GKV, die nach dem Solidaritätsprinzip organisiert ist (Waller 2007), haben weitgehend bis heute ihre Gültigkeit bewahrt. So ist die Mitgliedschaft in dieser Versicherung für alle Gehaltsempfänger bis zu einer bestimmten Gehaltsobergrenze verpflichtend, die Beitragshöhen sind gestaffelt nach Höhe des Einkommens und nicht nach Versicherungsrisiko, und die Arbeitgeber sind am Beitrag beteiligt (Böhnisch u. a. 1999). Im Prinzip haben somit alle dort Versicherten Anspruch auf gleiche Leistungen, wobei die Kosten von der Solidargemeinschaft der Versicherten aufgebracht werden.[105] Allerdings haben die Mitglieder der GKV in den letzten Jahren einen wachsenden Anteil der Kosten für bestimmte Leistungen selber zu tragen, was zu einem Verzicht auf nötige medizinische Leistungen führen kann. Zudem steht Selbstständigen und Beschäftigten ab einer gewissen Gehaltsstufe neben der Mitgliedschaft in der GKV auch die Private Krankenversicherung (PKV) offen, bei der sich die Beiträge an Geschlecht, Alter und individuellem Gesundheitszustand der Versicherten und dem Umfang von ihnen gewünschten Versicherungsleistungen bemessen.

Festzuhalten ist: Gesundheitspolitik und Gesundheitssystem befinden sich in einem Spannungsfeld zwischen gesellschaftlichen Eingriffen zum Schutz des Solidarprinzips, Zwängen wirtschaftlichen Handelns und individueller Freiheit (Hensen/Hensen 2008b). In den sich verschärfenden Verteilungskämpfen um finanzielle Mittel bei gleichzeitiger Implementierung markt- sowie wettbewerbsorientierter Steuerungsinstrumente in die GKV verschlechtert sich die gesundheitsbezogene Chancengleichheit vor allem für sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Erstens ist schon das Erkrankungsrisiko in benachteiligten Lebenslagen ungleich höher (Dragano u. a. 2008), zweitens verschärft die Ausdehnung wettbewerblicher Elemente im Gesundheitssystem die gesundheitlichen Ungleichheiten (Bittlingmayer 2008), sodass sich drittens die gesundheitliche Unterversorgung noch einmal durch eine unzureichende Nutzung der gesundheitsbezogenen Versorgungsangebote erhöht (z. B. im Bereich der Vorsorge). Soziale und gesundheitliche Ungleichheit verstärken sich somit wechselseitig (Mielck 2000, 2002).

Es sei darauf hingewiesen, dass schon seit einiger Zeit eine Reihe von grundlegenden Veränderungen des Gesundheitssystems diskutiert werden (vgl. z. B. Hensen/Hensen 2008a; Schroeder/Paquet 2009). Allerdings gehen die Meinungen, inwiefern der jeweilige Reformvorschlag einen tiefgreifenden Einschnitt in die bisher bestehende Struktur und Qualität der Versorgung darstellt, je nach Interessenslage weit auseinander. Es ist ein Kennzeichen dieser Debatte, dass ihre Details und die Implikationen der Vorschläge, auch z. B. im Hinblick auf die Auswirkungen für die Schnittstellen mit der Kinder- und Jugendhilfe mindestens für Außenstehende schon lange nicht mehr nachvollziehbar sind. Eine *abschließende* Darstellung und Würdigung des Krankenkassen- und Gesundheitssystems und der darauf bezogenen Reformbemühungen verbietet sich vor diesem Hintergrund deshalb aktuell von selbst.

[105] Damit unterscheidet sich diese Finanzierung von der der Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe: Hier werden die Kosten aus Steuermitteln der Kommunen und Gebietskörperschaften aufgebracht.

12.1 Strukturen und Aufgaben in Bezug auf Kinder und Jugendliche

Die Kinder- und Jugendmedizin ist seit über 100 Jahren ein eigenständiges Gebiet im fachärztlichen Zusammenspiel des Gesundheitswesens. Sie umfasst die Erkennung, Behandlung, Prävention, Rehabilitation und Nachsorge aller körperlichen, neurologischen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, sowie von Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen und Behinderungen der Heranwachsenden von der Geburt bis zum vollendeten 18. Lebensjahr einschließlich pränataler Erkrankungen. Fachärztliche Spezifika sind dabei die Neonatologie[106], Sozialpädiatrie[107] und die Amtsärztinnen und -ärzte der Gesundheitsämter für Schutzimpfungen. Die wichtigsten Aufgaben der Kinder- und Jugendmedizin sind u. a. die Beurteilung der körperlichen, sozialen, psychischen und intellektuellen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen, Vorsorgeuntersuchungen und Früherkennungsmaßnahmen, Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen sowie Erkennung und Bewertung von Kindesmisshandlungen und Vernachlässigungen.

Eine eigenständige Kinderzahnheilkunde ist in Deutschland nicht etabliert; allerdings beziehen sich kieferorthopädische Maßnahmen in der Regel auf die Gruppe der Kinder und Jugendlichen. Es gibt aber eine eigenständige Kinderchirurgie, die sich aus der allgemeinen Chirurgie entwickelt hat.

Die Weiterbildung zum „Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin“ dauert nach dem Medizinstudium noch mindestens weitere fünf Jahre, die vorwiegend im stationären Bereich abgeleistet werden. Die Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendmedizin sowie das Wissen über die im SGB VIII definierten Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe spielen in der Weiterbildung bislang eine untergeordnete Rolle. Der Umfang des vermittelten Wissens ist abhängig davon, in welchen Teilgebieten die Weiterbildung erfolgt. So werden angehende Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, die ihre Weiterbildungszeiten unter anderem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ableisten, vermutlich am meisten über die Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe erfahren, weil diese hier am intensivsten erfolgt (so z. B., wenn es aufgrund des künftigen Bedarfs eines Patienten an Erziehungshilfen zu einer Hilfeplankonferenz kommt). Erfolgt die Weiterbildung in anderen Fach-

[106] Die Neugeborenenmedizin befasst sich mit den Erkrankungen und der Behandlung des Neugeborenenalters. Der Schwerpunkt liegt häufig auf der Behandlung von Frühgeborenen.

[107] Sozialpädiatrie ist ein Teilgebiet in der Kinder- und Jugendmedizin, die sich mit den Wechselwirkungen zwischen Gesundheit, Krankheit und Entwicklung von Kindern und den äußeren Lebensbedingungen befasst.

gebieten, so haben die angehenden Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte nur dann Kontakt mit der Kinder- und Jugendhilfe, wenn sie bei ihrer Tätigkeit mit misshandelten bzw. vernachlässigten Kindern zu tun haben oder Eltern bei der Betreuung von chronisch kranken Kindern gefordert sind. Bei der Mehrzahl der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte können aber genauere Kenntnisse über die Kinder- und Jugendhilfe sowie eigene Kooperationserfahrungen mit ihr nicht vorausgesetzt werden.

Kinder- und Jugendärzte sind in verschiedenen Organisationen zusammengeschlossen:

- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) als wissenschaftliche Fachgesellschaft,
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) als berufspolitische Vertretung,
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) als Vertreterin der Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) und der Kinder- und Jugendärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD).

Alle drei Fachgesellschaften sind in der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) zusammengeschlossen.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in Deutschland seit 1969 als ein eigenes ärztliches Fachgebiet anerkannt. Das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie beinhaltet die Erkennung, nicht-operative Behandlung, Prophylaxe, Rehabilitation und Psychotherapie von psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen/Störungen sowie von psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter bis ins junge Erwachsenenalter (bis zum vollendeten 21. Lebensjahr) sowie die Intervention bei akuten psychischen Krisen (z. B. suizidale Krisen, aggressive Impulsdurchbrüche oder durch Drogenkonsum ausgelöste akute Psychosen). Auch Entziehungskuren bei jungen Suchtkranken und die Erstellung von Gutachten über psychiatrisch relevante Störungen von Heranwachsenden für andere Instanzen gehört zu ihren Aufgaben. Dabei wird jeweils den Eigenheiten der kindlichen Entwicklung, der Wechselwirkung zwischen Kind, Familie und Umwelt sowie der Lebenssituation der Heranwachsenden Rechnung getragen. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie unterhält enge Beziehungen zur Kinder- und Jugendmedizin sowie zur Erwachsenenpsychiatrie.

Ein bedeutsamer Bestandteil der Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen ist die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, die über speziell auf verschiedene Entwicklungsstufen und Störungsformen abgestimmte Methoden und Gesprächsformen verfügt. Kinder- und Jugendlichenpsychiater/-psychotherapeuten arbeiten zudem mit Familien, Schulen und anderen Erziehungseinrichtungen wie z. B. der Erziehungs- und Familienberatung zusammen. Psychotherapie und Pädagogik verstehen sich dabei als komplementär zueinander.

Fachärztinnen und ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie sind in drei Organisationen zusammengeschlossen:

- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) als wissenschaftliche Fachgesellschaft,
- Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP) als berufspolitische Vertretung in Deutschland,
- Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG).

12.1.1 Ambulante kinder- und jugendmedizinische und -psychiatrische Versorgung

Etwa 90 Prozent aller gesundheitlichen Probleme von Kindern und Jugendlichen werden im ambulanten Versorgungsbereich durch niedergelassene Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte abschließend behandelt. Schwerpunkt ihrer Tätigkeit ist die Prävention durch Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen. Während akute Infektionserkrankungen durch konsequentes Impfen, zunehmende Hygiene und einen besseren Lebensstandard in den letzten 25 Jahren abgenommen haben, ist die Bedeutung von Erkrankungen aus dem Spektrum der „neuen Morbidität“ (z. B. Verhaltensstörungen) erheblich angestiegen (vgl. Kap. 4). Kinder- und Jugendärzte sehen sich hier zunehmend mit Störungen konfrontiert, die durch soziale Probleme (mit)bedingt sind und im Wesentlichen nicht oder nicht allein mit dem medizinisch-therapeutischen Potenzial des Gesundheitswesens gelöst werden können. Hier ist eine enge Zusammenarbeit mit dem ÖGD, dem Rehabilitationssystem sowie der Kinder- und Jugendhilfe dringend erforderlich.[108] Umgekehrt sind die wichtigsten Ansprechpartner für die Kinder- und Jugendhilfe der BVKJ und die DGSPJ. Weitere Ansprechpartner sind die Unfallversicherungen der Gemeinden und Länder, die für die Regulierung von Kindergarten- und Schulunfällen, aber auch für die Prävention von Unfallgefahren in den Einrichtungen, in denen Kinder betreut werden, zuständig sind.

Wirft man einen Blick auf die medizinische Versorgungskapazität für Heranwachsende, so zeigt sich, dass die Zahl der in der Kinder- und Jugendmedizin tätigen Ärztinnen und Ärzte sich im Zeitraum von Ende 1997 bis 2007 um +2 538 (22,9 Prozent; Thust 1998; Bundesärztekammer BÄK 2008) Erwerbstätige erhöht hat (vgl. Tab. 12.1). Zusätzlich zu den Fachärztinnen und -ärzten für Kinder und Jugendliche sind, ohne dass dies hier nach Prozentwerten aufgeschlüsselt werden kann, Allgemeinärztinnen und -ärzte, hausärztliche Internisten, Augenärztinnen und -ärzte, HNO-Ärztinnen und -Ärzte, Orthopäden etc. an der Versorgung von Kindern und Jugendlichen beteiligt.

[108] Ärztinnen und Ärzte und medizinische Fachkräfte, die in eigenen Praxen arbeiten, können allerdings nicht pauschal, sondern nur bezogen auf einzelne Patientinnen und Patienten abrechnen. So ist eine fallübergreifende Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe für sie nicht abrechenbar.

Tabelle 12.1

An der Versorgung von Kindern und Jugendlichen beteiligte Arztgruppen nach Bezeichnungen und Tätigkeitsarten, 2007

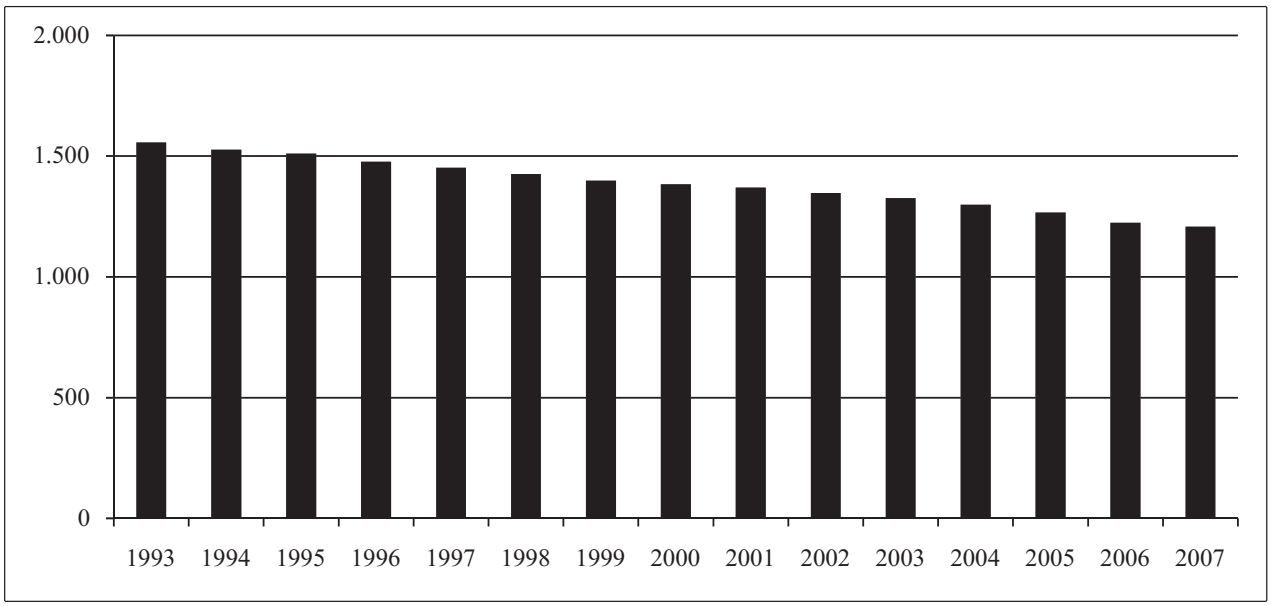
	Berufstätige insgesamt	Ambulant	Stationär	Behörden, Körperschaften u. ä.	Sonstige Bereiche
Kinderchirurgie	411	108	290	3	10
Kinder- und Jugendmedizin	11.788	6.495	4.312	463	518
Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	1.414	688	649	44	33
Zusammen	13.613	7.291	5.251	510	561

Quelle: Bundesärztekammer, Ärztestatistik zum 31. Dezember 2007 (Bundesärztekammer, BÄK 2008)

Ende 2007 waren rund 53,5 Prozent der in der Kinder- und Jugendmedizin berufstätigen Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich tätig. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin sind in der Regel der erste Ansprechpartner für Eltern bei gesundheitlichen Problemen ihres Kindes. An der ambulanten Versorgung nahmen im Jahr 2007 insgesamt 7 291 Ärztinnen und Ärzte teil, das sind etwa 5,3 Prozent aller in Deutschland ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte (BÄK 2008).

Abbildung 12.1

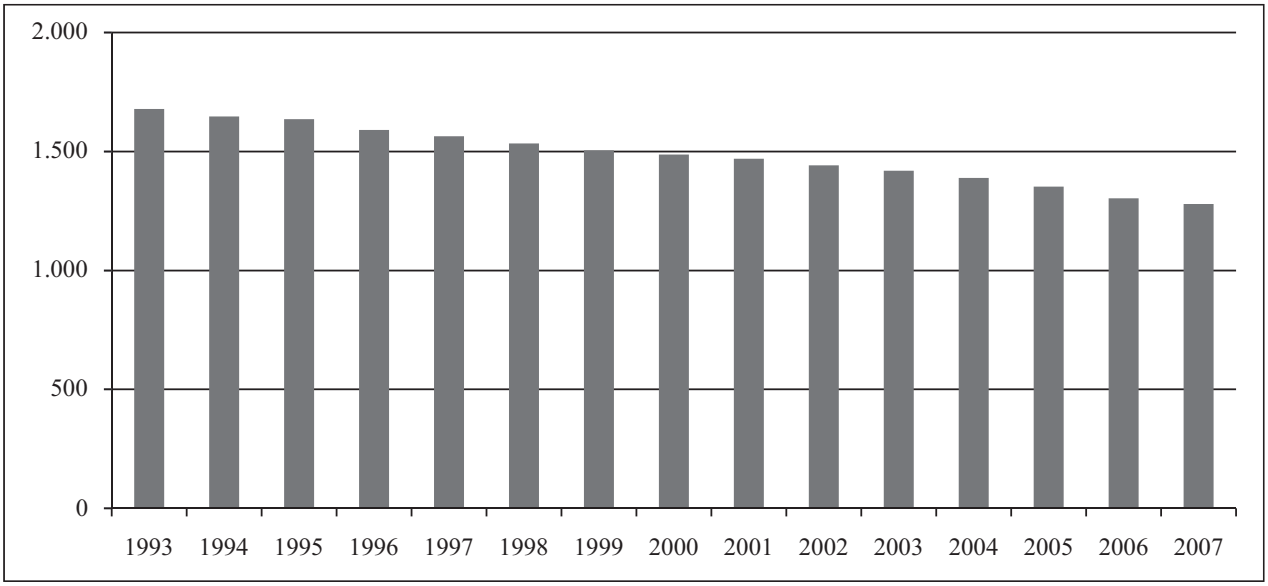
Kinder und Jugendliche je berufstätigem Kinder- und Jugendmediziner im gesamten Bundesgebiet von 1993 bis 2007



Quelle: Kopetsch 2008

Abbildung 12.2

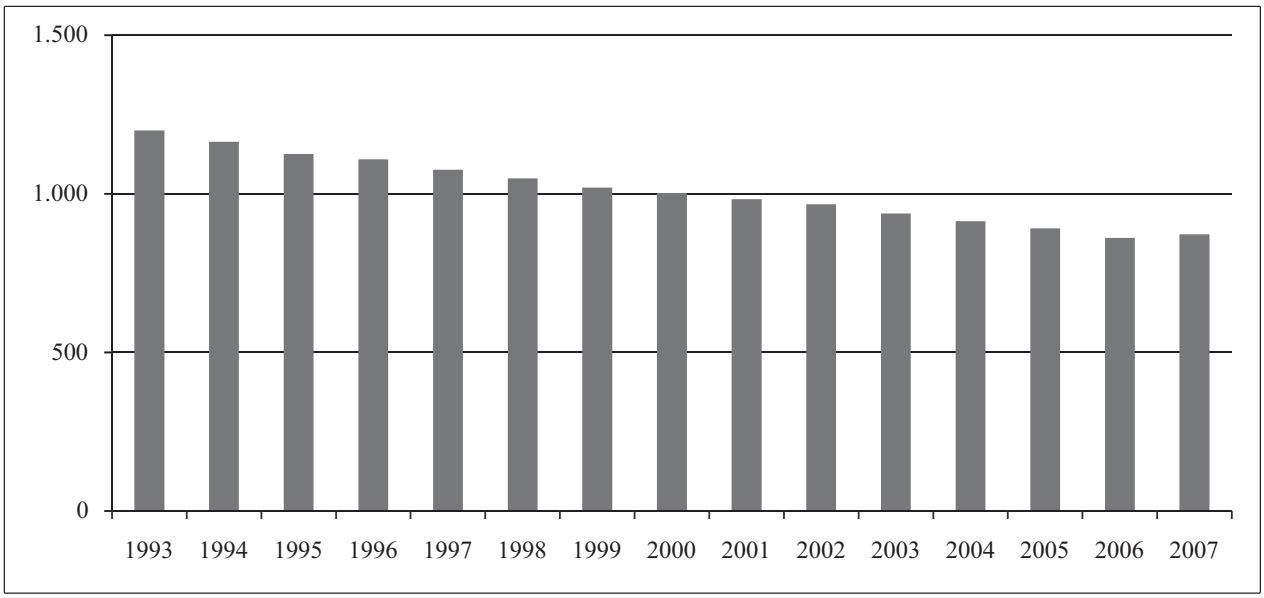
Kinder und Jugendliche je berufstätigem Kinder- und Jugendmediziner in den alten Bundesländern von 1993 bis 2007



Quelle: Kopetsch 2008

Abbildung 12.3

Kinder und Jugendliche je berufstätigem Kinder- und Jugendmediziner in den neuen Bundesländern von 1993 bis 2007

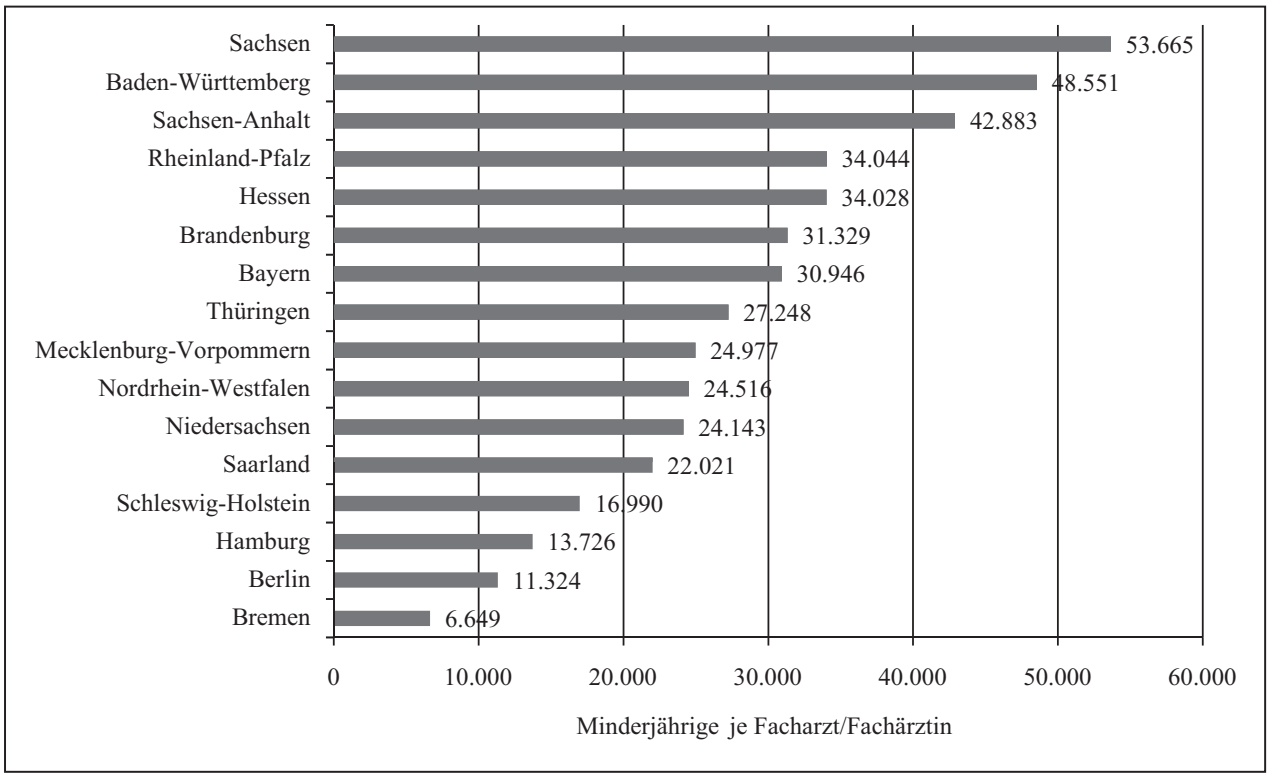


Quelle: Kopetsch 2008

Die psychiatrische Versorgung liegt ärztlicherseits in der Verantwortung der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Diese Gruppe stellt eine kleine, aber wachsende Facharztgruppe dar: Im Jahr 2007 betrug ihr Anteil an den berufstätigen Ärztinnen und Ärzten 0,4 Prozent (1997: 0,3 Prozent; BÄK 2008). Wie die Abbildung 12.4 zeigt, ist der Versorgungsschlüssel in den verschieden Bundesländern jedoch sehr unterschiedlich.

Abbildung 12.4

Zahl der Minderjährigen, für die ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verfügung steht (am 31. Dezember 2005)

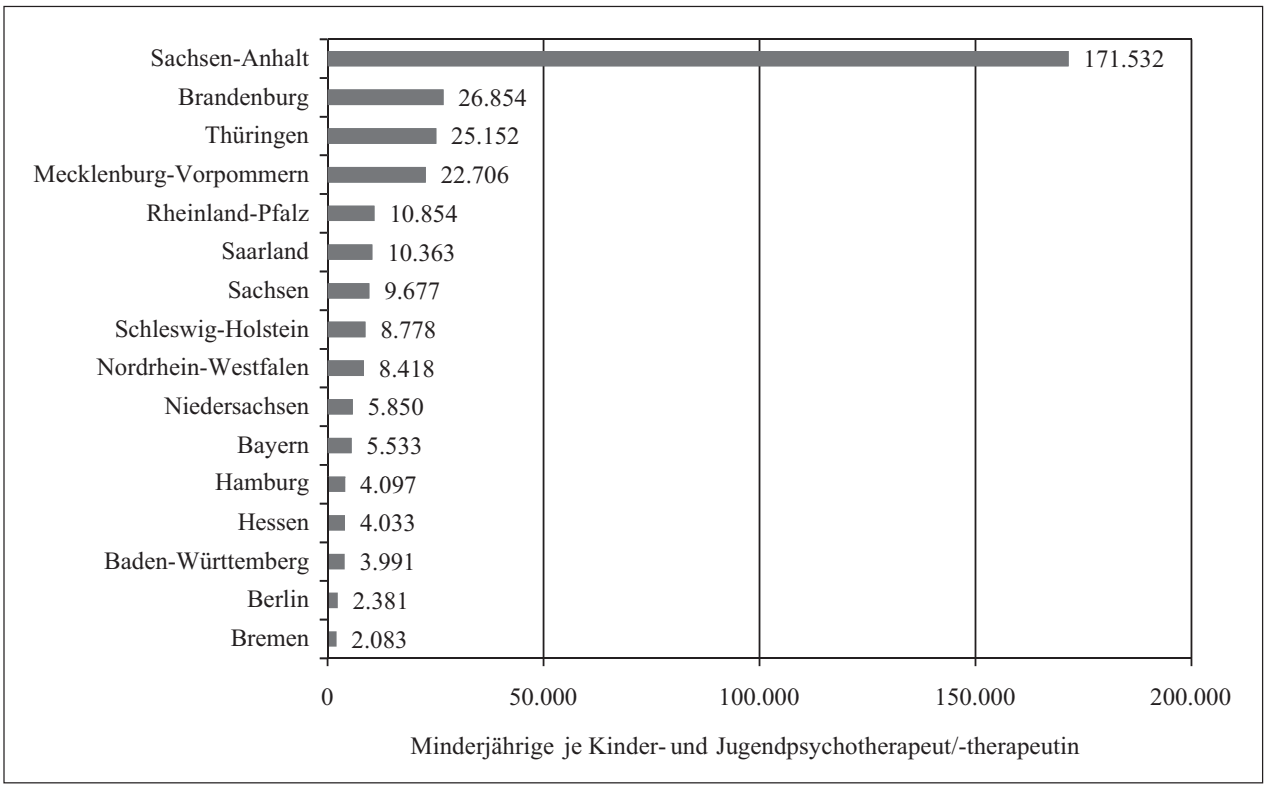


Quelle: Gesundheitsministerkonferenz der Länder, GMK 2007

Daneben sind an der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen psychotherapieberechtigte Ärztinnen und Ärzte und nichtärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beteiligt. Diese sind seit 1999 aufgrund des Psychotherapeutengesetzes in die Organisationsform der vertragsärztlichen Versorgung integriert. Zum 31. Dezember 2007 waren 2 828 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten registriert (KBV 2008).

Abbildung 12.5

Zahl der Minderjährigen, für die ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut zur Verfügung steht (am 31. Dezember 2005)



Quelle: Gesundheitsministerkonferenz der Länder, GMK 2007

Auch hier ist die Versorgungsdichte in den Ländern sehr unterschiedlich (vgl. Tab. 12.5), und es besteht zwischen dem ländlichen Raum und den Ballungsgebieten ein deutliches Angebotsgefälle (GMK 2007). Aus dem Bereich der Erwachsenenpsychiatrie ist dokumentiert, dass Regionen mit Universitäten und psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten höhere Behandlungsquoten aufweisen als Regionen ohne derartige Ausbildungsstätten (Wittchen/Jacobi 2001). Die durchschnittliche Wartezeit auf ein diagnostisches Erstgespräch für Kinder und Jugendliche beträgt zwei Monate und auf einen Therapieplatz in der ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie 4,5 Monate (Zepf u. a. 2003).

12.1.2 Stationäre kinder- und jugendmedizinische/-psychiatrische Versorgung

Die stationäre Behandlung sollte in eigenständigen Kinderkliniken oder Kinderabteilungen erfolgen; trotz anders lautender Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz wird aber immer noch fast die Hälfte aller Kinder und Jugendlichen in nicht entsprechend qualifizierten und ausgestatteten Abteilungen für Erwachsene behandelt.

Die folgende Tabelle 12.2 gibt einen Überblick über die Entwicklung der Krankenhausbetten (in Kinderkliniken und Kinderabteilungen an Krankenhäusern) in der Kinderchirurgie und Kinderheilkunde sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Tabelle 12.2

Pädiatrische und kinder- und jugendpsychiatrische Krankenhausbetten und ihre Nutzung

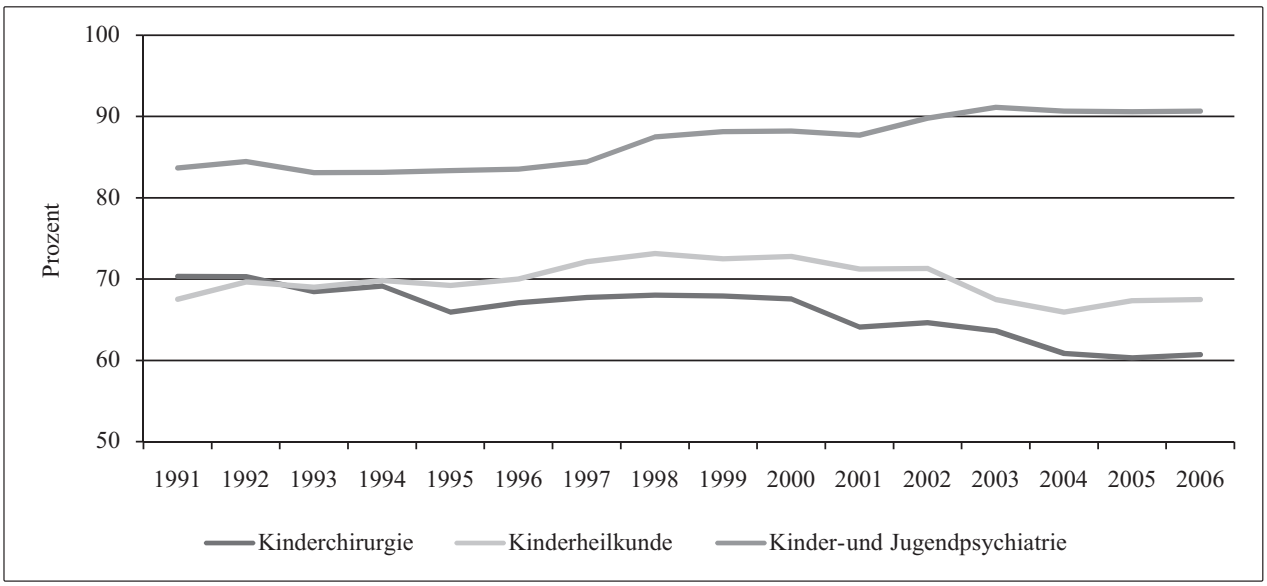
	Aufgestellte Betten (Anzahl)	Pflegetage	Fälle	Verweildauer in Tagen
Kinderchirurgie				
1994	3.238	816.970	135.379	6,0
2000	2.654	656.110	125.946	5,2
2006	1.964	435.116	113.335	3,8
Kinderheilkunde				
1994	26.217	6.681.021	845.304	7,9
2000	22.245	5.924.589	889.567	6,7
2006	20.131	4.958.005	941.644	5,3
Kinder- und Jugendpsychiatrie				
1994	4.995	1.515.376	21.877	69,3
2000	4.507	1.455.160	30.273	48,1
2006	5.065	1.676.085	39.415	42,5

Quelle: Statistisches Bundesamt 2006

Wie die Daten zeigen, kam es in der Kinderchirurgie und -heilkunde in den Jahren 1994 bis 2006 zu einem Rückgang der Betten; die Zahl der Fälle sank aber nur in der Kinderchirurgie, während die Zahl der pädiatrischen Fälle anstieg. In der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie sank die Zahl der Betten von 1994 bis 2000 und stieg danach wieder geringfügig an; die Zahl der Fälle aber nahm um fast 50 Prozent zu. Auffallend ist die drastisch reduzierte Verweildauer: Sie betrug 1991 noch rund 126 Tage, 1994 noch 69,3 Tage und wurde bis 2006 auf 42 Tage gesenkt. Die kürzere Behandlungszeit konnte vor allem durch eine bessere Vernetzung und gezieltere Nutzung ambulanter Angebote im Vorfeld eines stationären Aufenthaltes und bei der Nachsorge erreicht werden (Robert Koch Institut RKI 2004), geht nach Aussagen von Klinikleitungen aber auch auf entsprechenden Druck der Krankenkassen zurück (Hoops/Permien 2006). Der Rückgang der Bettenzahlen bei wachsendem Bedarf bedingte zudem einen wachsenden Auslastungsgrad der Betten in verschiedenen pädiatrischen Fachabteilungen (vgl. Abb. 12.6).

Abbildung 12.6

Auslastungsgrad der aufgestellten Betten in pädiatrischen Fachabteilungen von 1991 bis 2006 (Angaben in Prozent)



Quelle: Statistisches Bundesamt 2006

Durchschnittlich steht in Deutschland für 2 933 Minderjährige unter 18 Jahren ein *Bett* in Fachkrankenhäusern bzw. Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie zur Verfügung. Es bestehen erhebliche regionale Schwankungen, mit einer Spanne von einem Bett pro 1 144 Minderjährige in Sachsen-Anhalt bis 5 759 in Bayern (vgl. Abb. 12.7).

Noch wesentlich ausgeprägter sind die Schwankungen im *tagesklinischen Bereich*: Die Spannbreite bewegt sich hier zwischen 4 036 (Sachsen-Anhalt) und 22 115 (Brandenburg) minderjährigen Einwohnern pro Platz (vgl. Abb. 12.8).

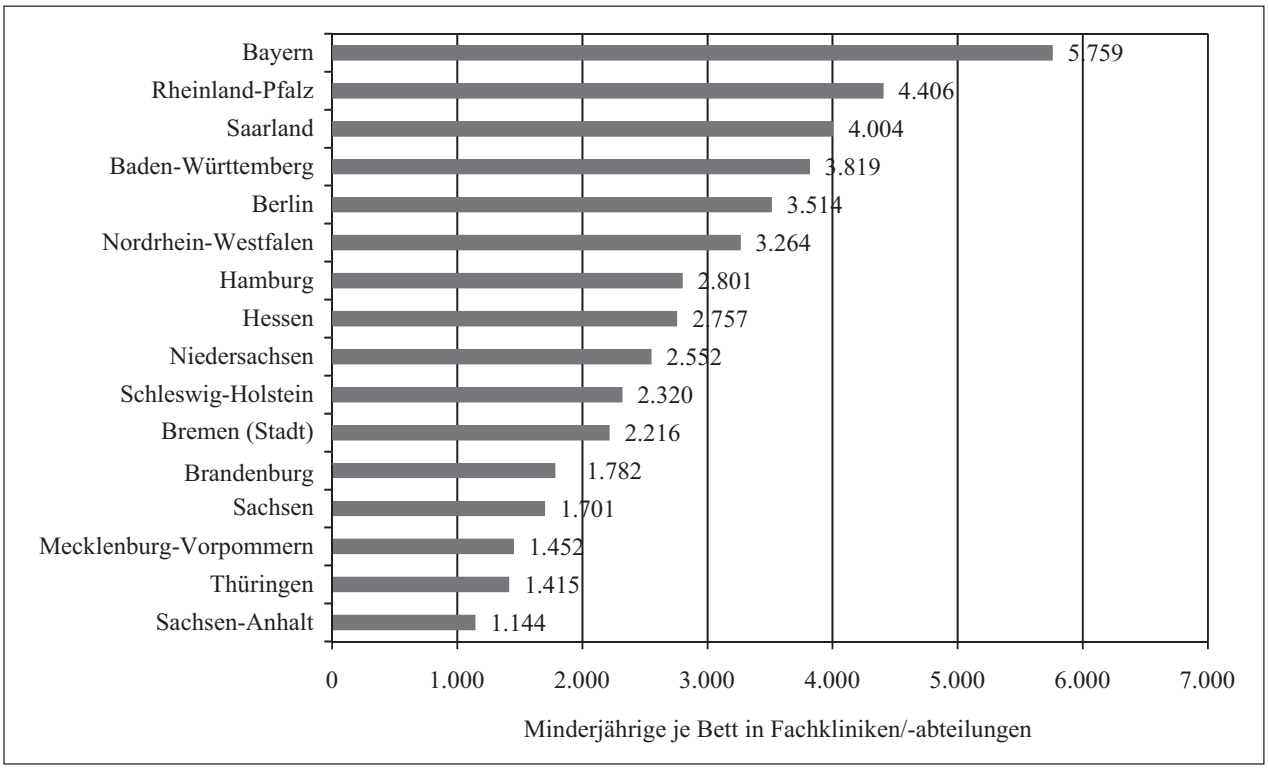
Der Ausbau der teilstationären Angebote hat nicht unbedingt zu einer Entlastung der vollstationären Plätze geführt. Es ist aber davon auszugehen, dass durch die tagesklinischen Angebote mehr Heranwachsende erreicht werden. Vermutlich stellt nicht nur die Diagnose den Indikator für die Entscheidung zwischen voll- und teilstationärer Behandlung dar, sondern der soziale Kontext und die räumliche Nähe zur Klinik entscheiden wohl mit über eine teil- oder vollstationäre Behandlung (Gesundheitsministerkonferenz der Länder GMK 2007).

Institutsambulanzen stehen an 127 der insgesamt 148 Fachkrankenhäuser bzw. Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie zur Verfügung[109]; dort werden jährlich je Einrichtung ca. 900 Heranwachsende behandelt (Daten aus dem Jahr 2005). Deutlich ist ein Zusammenhang zwischen einer hohen Inanspruchnahme der Institutsambulanzen und einer geringen Dichte niedergelassener Fachärztinnen und -ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Ostdeutschland. Institutsambulanzen beteiligen sich zunehmend auch an der konsiliarischen Beratung von Einrichtungen und Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe. Dies ist für die Versorgung psychisch kranker Heranwachsender von Bedeutung, da Institutsambulanzen eine bestehende oder drohende Unterversorgung im Bereich niedergelassener Fachärztinnen und -ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten ansatzweise ausgleichen (Gesundheitsministerkonferenz der Länder GMK 2007).

[109] Hinzu kommen 28 Institutsambulanzen, die sich nicht am Standort der Klinik befinden.

Abbildung 12.7

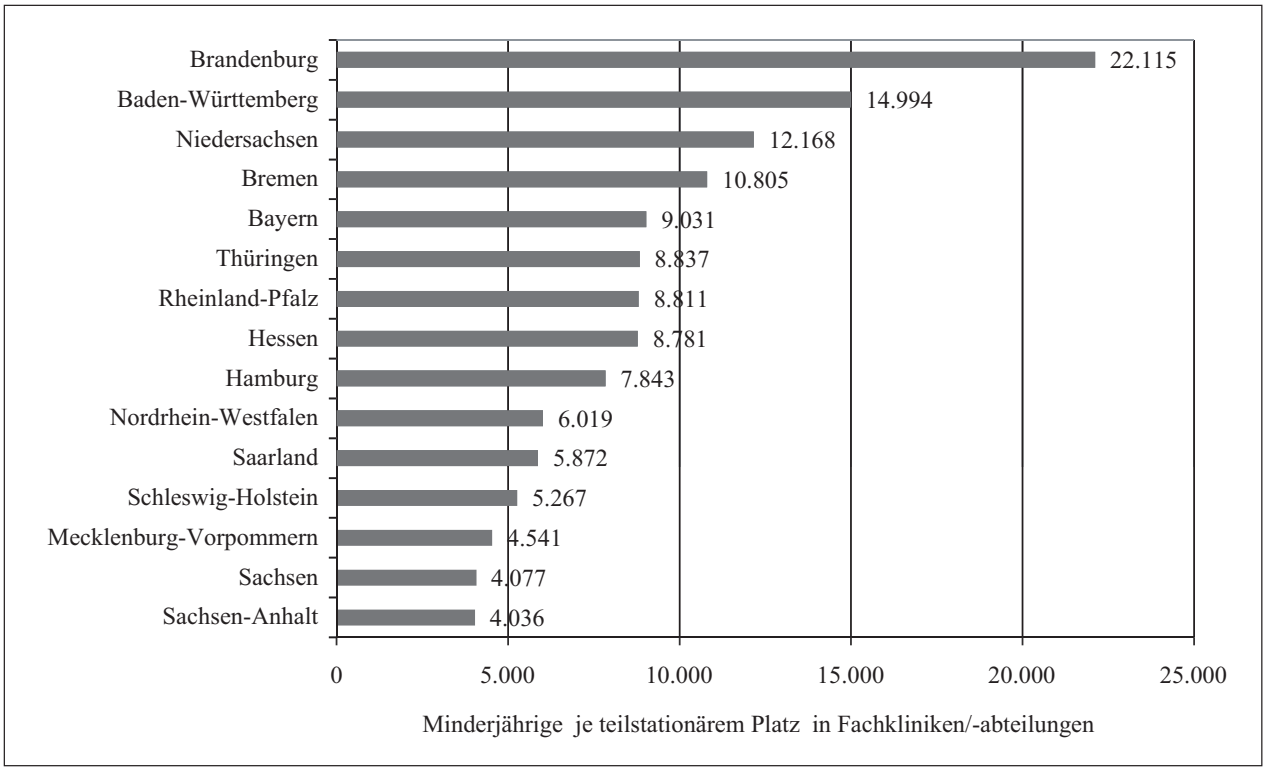
Zahl der Minderjährigen, für die ein Bett in Fachkrankenhäusern bzw. Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie zur Verfügung steht (am 31. Dezember 2005)



Quelle: Gesundheitsministerkonferenz der Länder GMK 2007

Abbildung 12.8

Zahl der Minderjährigen, für die ein teilstationärer Platz in Fachkrankenhäusern bzw. Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zur Verfügung steht (am 31. Dezember 2005).



Quelle: Gesundheitsministerkonferenz der Länder, GMK 2007

12.1.3 Besondere Probleme in der Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche

Die GKV orientiert sich in erster Linie an den Bedürfnissen von Erwachsenen, die besonderen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen in Bezug auf ihre altersgerechte Entwicklung sowie auf seltene Erkrankungen werden nur unzureichend berücksichtigt.

Weiter sehen sich, wie bereits ausgeführt, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte in ihren Praxen mit einer Zunahme von Problemen bei Kindern und Jugendlichen konfrontiert, die dem Krankheitsspektrum der „neuen Morbidität“ (vgl. Kap. 4.1) zuzurechnen sind, u. a.:

- körperbezogene Störungen, von Auffälligkeiten in der Gewichtsentwicklung bis hin zum Typ 2-Diabetes, Störungen im Bereich der Fein- und Grobmotorik, Zahn-, Mund- und Kieferanomalien;
- psychosomatische Störungen (Kopf- und Bauchschmerzen, Ängste, Schlafstörungen);
- Störungen und Auffälligkeiten im Bereich der psychischen und Persönlichkeitsentwicklung, des Sozialverhaltens (z. B. ADHS), der Sprachentwicklung, der schulbezogenen Leistungsfähigkeit, der Pubertäts- und Selbstständigkeitsentwicklung und des Ablösungsprozesses von den Eltern;
- gesundheitsschädliches Medien- und Konsumverhalten sowie erste Zeichen einer Suchtentwicklung.

Auf diese Veränderungen ist das Gesundheitssystem nicht eingestellt. Zwar könnten viele der Auffälligkeiten und Störungen aus dem Spektrum der neuen Morbidität (vgl. Kap. 4.1) durch intensive primäre Prävention im Kleinkind- und Grundschulalter wesentlich eingedämmt werden, doch wäre dazu eine enge Zusammenarbeit zwischen Krankenversicherungen, ÖGD, Frühförderstellen, Kinder- und Jugendhilfe, Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie den Trägern von Kindertageseinrichtungen notwendig. Diese scheitert u. a. bisher daran, dass die GKV für Präventionsleistungen derzeit nur maximal 2,8 Prozent ihrer Gesamtausgaben aufwendet.

Die bisherigen Anstrengungen im Bereich der Prävention erscheinen auch deshalb völlig unzureichend, weil Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte schon jetzt befürchten, dass nahezu jedes zweite übergewichtige Kind im Laufe seines Lebens einen Typ-2-Diabetes entwickeln wird, weil es sich falsch ernährt und zu wenig Bewegung hat. Eine solche Entwicklung wäre mit immensen Folgekosten für die Gesellschaft verbunden und würde das Ge-

sundheitssystem auf Dauer unfinanzierbar machen. Es ist daher aus der Sicht der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte allerhöchste Zeit, Programme zur Primärprävention des Diabetes mellitus bereits für das Kindesalter zu entwickeln, ihre Effektivität zu prüfen und flächendeckend umzusetzen.

Ein weiteres Problem liegt in der Versorgung von Kindern mit (drohender) Behinderung: Trotz der Frühförderverordnung des SGB IX kann nicht von einer flächendeckenden Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung in den Bundesländern gesprochen werden. Mit der Frühförderverordnung (FrühV) wollte der Gesetzgeber die Hilfeleistungen für Kinder (unter sechs Jahre) mit (drohender) Behinderung in eine Hand geben. Träger der Komplexleistung Frühförderung sollen nach dieser Verordnung ausschließlich Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) sein, die diese Leistung interdisziplinär zu erbringen haben.

Da in einigen Ländern die Frühförderstellen nicht so ausgestattet sind, dass sie eine Komplexleistung (Physiotherapie, Logopädie, Heilpädagogik) ermöglichen können, sind diese darauf angewiesen, bestimmte Therapien durch niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten einlösen zu lassen. Ein solches Vorgehen kann nun als ein Verstoß gegen die FrühV gewertet werden. So verweisen die Krankenkassen in den Verhandlungen über die FrühV darauf, dass sie keine heilpädagogischen Therapien finanzieren, wenn diese außerhalb von Frühförderstellen geleistet werden. Wird dagegen nach SGB IX Eingliederungshilfe als heilpädagogische Leistung gewährt, schließt dies wiederum den Einbezug der Frühförderung aus. In der Praxis kann diese Regelung darauf hinauslaufen, dass sich die Eltern von Kindern mit (drohender) Behinderung, die bereits an anderer Stelle heilpädagogische Leistungen für ihre Kinder erhalten, nicht mehr an die Frühförderstellen wenden können, da diese ausschließlich Komplexleistungen zu erbringen haben. Diese Regelung kann auch dazu führen, dass die Eltern sich in dem Fall, in dem bereits an einer anderen Stelle (z. B. in der Kindertagesbetreuung) heilpädagogische Leistungen für das Kind erbracht werden, die weiteren notwendigen Therapien, wie z. B. logopädische Therapie außerhalb von Frühförderungseinrichtungen organisieren müssen.

Die Konkurrenzen zwischen Krankenkassen, die sich auf die Frühförderverordnung berufen, einerseits und der Kinder- und Jugendhilfe bzw. Sozialhilfe als Träger von Eingliederungshilfen (Heilpädagogik) andererseits, die realistisch weitere Orte der Hilfen in ihr Handeln einbeziehen, beruhen also auf einer Verordnung, die gut gemeint ist, aber die derzeitige reale Situation der Versorgung von Kindern mit Heilmitteln nicht in ihre Überlegungen einbezogen hat. Diese Konflikte werden derzeit auf dem Rücken der betroffenen Familien ausgetragen. Weitreichende Auswirkungen hat diese Situation auf diejenigen Kinder mit Behinderung, die eine integrative Tagesstätte besuchen, da hier der notwendige Kontakt und die Zusammenarbeit mit der Frühförderung durch Länderbescheide unmöglich gemacht werden kann.

Die Verordnung von Heilmitteln unterliegt zudem Budgetgrenzen, die – ohne Berücksichtigung der vorhandenen Morbidität – regional völlig unterschiedlich sind und die Vertragsärztinnen und -ärzte oft vor unlösbare Probleme stellen. Zudem ist die Abgrenzung zwischen den gebotenen pädagogischen Maßnahmen und indizierter medizinischer Therapie vielfach insbesondere im Frühstadium nicht möglich.

Weiter führt das unzureichende Angebot an früher Förderung von Grundkompetenzen in Kindertageseinrichtungen zu einem medizinisch nicht zu begründenden Anstieg von Heilmittelverordnungen, weswegen Ärztinnen und Ärzte regelmäßig mit Prüfanträgen der Krankenkassen konfrontiert werden. Besonders betroffen sind dabei Kinder aus armen Familien, Kinder Alleinerziehender und Kinder mit Migrationshintergrund.

12.2 Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)

Gesundheitsschutz der Bevölkerung ist eine hoheitliche Aufgabe des Staates auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene. Staatliche Stellen nehmen diesbezüglich ordnungspolitische Angelegenheiten und Gesundheitsvorsorge wahr; die Gesamtheit dieses Aufgabenbereiches wird als ÖGD bezeichnet. Aufgabe des ÖGD ist es „mit seinen eigenen Behörden und Einrichtungen die Gesundheit der Menschen mit allgemeinen, übergreifenden und im Interesse der Allgemeinheit liegenden Maßnahmen zu schützen und zu fördern. Die maßgeblichen Rechtsgrundlagen sind das Grundgesetz sowie je unterschiedliche Gesetze des Bundes und der Länder und hierauf beruhende Verordnungen“ (Specke 2005, S. 359).

Seit 1991 ist das *Bundesministerium für Gesundheit* (BMG) die oberste Gesundheitsbehörde in Deutschland. Für die Durchführung von gesetzlichen Vorgaben und die fachliche Beratung ist dem BMG eine Anzahl von Einrichtungen nachgeordnet (Steen 2005), von denen hier nur die genannt werden, die im Zusammenhang mit dem vorliegenden Bericht von Bedeutung sind:

– Das *Robert-Koch-Institut* (RKI) ist die zentrale Einrichtung des Bundes auf dem Gebiet der Krankheitskontrolle und -prävention und damit auch die zentrale Referenzeinrichtung auf dem Gebiet der anwendungs- und maßnahmeorientierten Forschung sowie für den ÖGD.

– Die *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (BZgA) erarbeitet Grundsätze und Richtlinien für den Inhalt einer praktischen Gesundheitserziehung, für die Aus- und Fortbildung der auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung und -aufklärung Tätigen sowie die Koordination und Verstärkung der Gesundheitserziehung und -aufklärung.

– Das *Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information* (DIMDI) stellt u. a. Informationsdatenbanken zum gesamten Medizinsektor bereit und gibt die amtlichen medizinischen Klassifikationen (ICD)[110] heraus.

Entsprechend des Föderalismusprinzips sind die Kernbereiche des öffentlichen Gesundheitssektors (einschließlich des ÖGD) durch Ländergesetze festgelegt. Landesgesundheitsämter und -institute als oberste Landesbehörden haben die Aufgabe, die Realisierung der Landesgesetze und -richtlinien zu unterstützen und die kommunalen ÖGD zu beraten (Steen 2005). Für die Kinder- und Jugendhilfe ist vor allem die kommunale Ebene des ÖGD bedeutend, zu der in den meisten Bundesländern die Gesundheitsämter zählen (Reinicke 2005).

Die Gesundheitsämter haben in den zurückliegenden beiden Jahrzehnten immer mehr der Sozialepidemiologie verpflichtete Aufgaben übernommen und ihr Leistungsspektrum folgendermaßen verändert:

– von überwiegend einzelfallbezogenen zu gruppen- und sozialraumbezogenen Leistungen,

– von unmittelbaren Dienstleistungen zu Managementleistungen und Qualitätssicherung,

– von Kriseninterventionen zu Prävention und Gesundheitsförderung (Steen 2005, S. 40).

Die Aufgaben des kommunalen ÖGD gliedern sich in bestimmte Kernbereiche, die in der Bundesrepublik nahezu flächendeckend durch Ansätze der Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung vervollständigt werden (Steen 2005):

– Amtsärztlicher Dienst,

– Umwelthygiene und Gesundheitsschutz,

– Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie,

– Gesundheitshilfe,

– Gesundheitsförderung und Prävention sowie

– Kinder- und Jugendgesundheitsdienste.

– Zu den Sachgebieten von Kinder- und Jugendgesundheit sind zu rechnen:

– Mütterberatung,

– Kindergarten- und Schulgesundheitspflege (u. a. durch wiederholte Gesundheitschecks von Kindern und Jugendlichen und Schuleingangsuntersuchungen),

– Begutachtung von (drohenden) Behinderungen bei Kindern und Tätigwerden bei Kindesmisshandlung,

– Hygiene, Prävention und

– Gesundheitsförderung (u. a. durch Neugeborenen-Screenings, Impfungen sowie Impfberatungen) sowie Gutachten für das Jugendamt (vgl. von Troschke, Mühlbacher 2005, S. 160).

Kritisch ist hier anzumerken, dass der ÖGD zwar vielerorts über einen eigenen kinder- und jugendmedizinischen Dienst verfügt, insbesondere in Großstädten, es aber nicht gewährleistet ist, dass die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte über eine Weiterbildung in Kinder- und Jugendmedizin verfügen. Aus Kostengründen sind diese Dienste in den letzten zehn Jahren zudem erheblich ausgedünnt worden, Reihenuntersuchungen (in Kindertageseinrichtungen oder Schulen) finden nur noch sehr eingeschränkt statt. Ebenso wurde die Aufgabe ausreichender Impfungen weitgehend an die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte delegiert. Auch die früher üblichen Mütterberatungsstunden vor Ort existieren kaum noch. Wieweit es dem ÖGD also angesichts z. T. äußerst unzureichender personeller Ausstattung noch gelingt, seine Aufgaben umzusetzen, ist von Land zu Land und von Kommune zu Kommune sehr unterschiedlich.

Am skizzierten Aufgabenprofil wird aber sichtbar, dass der ÖGD keineswegs überflüssig ist, zumal ein sozialstaatlicher Anspruch auf Schutz, Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung von Gesundheit besteht: „An Aufgaben für den ÖGD herrscht kein Mangel, wohl aber an einer ausreichenden Institutionalisierung zur Aufgabenbewältigung.“ (Grunow/Grunow-Lutter 2000, S. 16).

Die verschiedenen Aufgabenbereiche in Gesundheitsämtern dokumentieren, wie notwendig es ist, den ÖGD mit Fachpersonal aus unterschiedlichen Disziplinen auszustatten. Kleinere Ämter verfügen aber in aller Regel nicht über spezifisch qualifizierte Fachkräfte für ihre verschiedenen Aufgabenbereiche. *Brand* u. a. stellen fest: „Im Gegensatz zu der allgemeinen Vorstellung, im ÖGD würden nur Verwaltungsbeamte arbeiten, bleibt festzuhalten, dass in einem großen Gesundheitsamt mindestens 10 bis 15 Berufsgruppen tätig sind, wobei das Thema Gesundheit […] nicht mehr nur von der Sparte Medizin bearbeitet wird, sondern auch Sozialpädagogik, Ingenieurwissenschaften, Biologie, Psychologie, Gesundheitswissenschaften (Public Health) und Sozialwissenschaften vertreten sind“ (2003, S. 369). Da sich die Tätigkeitsfelder im ÖGD nicht zuletzt an aktuellen Bedarfen zu orientieren haben, wird die Fähigkeit zu einer interprofessionellen Kooperation mit anderen Einrichtungen und sozialen Diensten immer wichtiger. Dies gilt auch in Bezug auf das Jugendamt, wo im Rahmen der Mitgestaltung der Kinder- und Jugendgesundheit der Bedarf an Kooperation im Bereich Früher Förderung eine große Rolle spielt.

Eine weitere wichtige Kooperationsaufgabe stellt die Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler Ebene dar. Diese bildet die Grundlage für die Gesundheitsverwaltung vor Ort in ihrer lokalen Gesundheitsplanung, die weitere Impulse durch lokale Gesundheitskonferenzen unter Mitwirkung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte (vor allem auch aus der Kinder- und Jugendmedizin), Kli-

[110] ICD: „International Classification of Diseases“, einheitliches Krankheits-Klassifikationssystem der WHO. Nach der derzeit gültigen ICD-10 werden u. a. psychische Störungen bei Heranwachsenden mit (drohender) seelischer Behinderung diagnostiziert.

niken, sozialer Einrichtungen wie Jugendämtern, aber auch Schulen erhalten kann.

Der ÖGD ist ein wichtiger Partner in der gesundheitsbezogenen Prävention und der Gesundheitsförderung in der Kooperation mit der Kinder-und Jugendhilfe. Deutlich ist aber auch, dass die Chancen und Möglichkeiten einer verstärkten Kooperation zwischen ÖGD und Jugendhilfe bisher sehr unterschiedlich wahrgenommen und genutzt werden. Dies mag auch damit zusammenhängen, dass die Gesetze der Länder relativ vage und enthaltsam formuliert sind. Eher offen gehaltene Aufgabenkataloge mit allgemeinen Zielvorgaben verpflichten nicht oder nur bedingt, spezifische Hilfeangebote anzubieten. Insofern ist es die politisch motivierte Entscheidung einer jeden Gebietskörperschaft, sich im Rahmen des ÖGD verstärkt in diesem Bereich zu engagieren

12.3 Aktuelle Entwicklungen an der Schnittstelle von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem

Aus dem Dargelegten wird deutlich, wie wichtig das Zusammenspiel verschiedener Systeme wird, die für Kinder und Jugendliche Aufgaben erfüllen. Die inhaltliche Ausrichtung dieses Berichtes hat zur Folge, dass auch die in Bewegung geratenen Schnittstellen zwischen Kinder- und Jugendhilfe einerseits und Gesundheitswesen andererseits Aufmerksamkeit finden. Markantester Ausdruck dieser Entwicklung ist gegenwärtig sicherlich der Bereich der sogenannten Frühen Hilfen bzw. früher Förderung (vgl. Kap. 16.1) Diese meist kooperativ angelegten Angebote sollen nicht nur allgemein junge Eltern unterstützen, sondern auch präventiv Kindesvernachlässigung, -misshandlung und Kindstötung verhindern. Das vergleichsweise junge Handlungsfeld an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Geburtskliniken, Hebammen und der Pädiatrie ist gegenwärtig gekennzeichnet durch eine große Entwicklungsdynamik einerseits und höchst kontroverse Fachdiskussionen andererseits.

Aus der Sicht der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sind die Kooperationen unerlässlich, wenn es um den Bereich des Kinderschutzes geht. Hier könnten die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder zwar aufgrund ihrer Häufigkeit, Regelmäßigkeit und hohen Akzeptanz in der Bevölkerung eine Chance darstellen, Verdachtsfälle von Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch frühzeitig zu erkennen. Doch hat der *Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen*[111] am 13. September 2007 beschlossen, aufgrund derzeit noch fehlender erprobter und wirksamer Erfassungsmethoden zur Früherkennung und Vermeidung von Kindesmisshandlung im Rahmen der Kinderuntersuchungen keine diesbezüglichen Regelungen in die „Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres“ aufzunehmen. Allerdings ist in den Richtlinien vom 19. Juni 2008 (in Kraft getreten am 1. Januar 2009) folgendes verankert: „Bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung hat der untersuchende Arzt die notwendigen Schritte einzuleiten“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2008, S. 4). Die Vorsorgeuntersuchungen sind vom Gesetzgeber bisher als reine Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, Behinderungen oder deren drohendem Eintreten vorgesehen (sekundäre Prävention). Aus der Sicht der Kinder- und Jugendmedizin wäre vor diesem Hintergrund eine umfassende inhaltliche Überarbeitung dieser Untersuchungen dringend erforderlich, ebenso müssen Frequenz und Fokus der Untersuchungen ausgeweitet und mehr den Bedürfnissen der Kinder angepasst werden, wenn sie die Ansprüche auf frühzeitige Prävention erfüllen sollen.

Diskutiert werden auch noch die Frage des Datenschutzes und die Rolle der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte als Vertrauenspersonen für die Eltern. Ergeben sich im Rahmen einer Untersuchung allerdings (unsichere) Anzeichen dafür, dass das Kindeswohl gefährdet ist, muss aus der Sicht der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte das „Recht des Kindes auf Schutz“ ein höheres Gut als die ärztliche Schweigepflicht sein. Bislang schien dies nicht ausreichend gewährleistet. Es wird abzuwarten sein, inwiefern die geplanten Regelungen im Rahmen des aktuell in der Diskussion befindlichen Referentenentwurfes für ein Bundeskinderschutzgesetzes (BKiSchG) sich realisieren lassen und in der Praxis bewähren.

In diesem Feld befinden sich noch viele Lösungsansätze in der Entwicklung oder Erprobung. Es zeigen sich teilweise interessengeleitete Widerstände und Blockaden, aber auch objektive Strukturprobleme, zudem sind eine Reihe von Rechts- und Finanzierungsfragen offen. Abschließende Lösungen liegen damit derzeit nicht vor. Noch offen ist beispielsweise das Zusammenspiel der Kräfte, wenn zukünftig vermehrt durch frühe Förderung Entwicklungs- und Gesundheitschancen von Kindern positiv beeinflusst werden sollen.

Die steile Karriere, die diese Thematik in der Kinder- und Jugendhilfe innerhalb kurzer Zeit nahm und die sich bis hinein in die Beschlüsse der Jugendministerinnen und -minister der Länder widerspiegelt, findet ihren Ausdruck u. a. in einer Reihe von Fachveranstaltungen großer Träger und Dachverbände im Herbst 2008 und im Jahr 2009.[112] Zugleich mehren sich die Hinweise auf ein wachsendes Interesse der Gesundheitspolitik und der Ak-

[111] Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das höchste Entscheidungsgremium für alle Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (http://www.g-ba.de/). Die Tätigkeit des G-BA (oder auch GemBA) ist im SGB V festgelegt. In diesem Ausschuss sitzen stimmberechtigt Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen, der Vertragsärzte, der Vertragszahnärzte und der Krankenhäuser. Nicht stimm-, aber anhörungsberechtigt sind Patientenvertreter. Seit Juli 2008 ist der Ausschuss umstrukturiert und hat hauptamtliche Mitglieder.

[112] Vgl. beispielsweise die Tagungen von SOS-Kinderdorf e.V. am 13. und 14. November 2008 zum Thema „Jugendhilfe und Gesundheitshilfe – zwei Systeme nähern sich an“ in Berlin oder des Instituts für Soziale Arbeit (ISA) in Münster in Zusammenarbeit mit der Caritas und der Katholischen Erwachsenen- und Familienbildung im Erzbistum Köln im November 2008 zum Thema „Gesundheit von Familien und Kindern – Szenarien zwischen Überernährung, Bewegungsmangel, Verwahrlosung, Körperkult und Leistungsgesellschaft“ in Köln.

teure des Gesundheitssystems an der Kinder- und Jugendhilfe. Die Handlungsempfehlungen zur Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe, die von der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe gemeinsam mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte vorgelegt wurden (Arbeitsgeminschaft für Kinder- und Jugendhilfe, AGJ/BVKJ 2008), sind dafür ebenso ein Beispiel wie ein verstärkter Bezug auf Angebote der Kinder- und Jugendhilfe in Veröffentlichungen und Kampagnen des BMG, der BZgA und anderer Akteure des Gesundheitssystems. Vor allem die Einrichtungen der Kindertagesbetreuung werden neben den Schulen als strategisch zentrale Orte für Angebote der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung wahrgenommen und umworben, was insofern seine Entsprechung in der Kinder- und Jugendhilfe findet, als diese Themen altersbezogen mittlerweile in allen Bildungsplänen für die Kindertagesbetreuung mindestens auf Landesebene verbindlich vorgesehen sind (vgl. Friederich 2008; Kap. 16.2).

Nicht absehbar ist derzeit, inwieweit diese jüngeren Entwicklungen auch auf die traditionellen Schnittstellen zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem übergreifen. In einer Expertise für den vorliegenden Bericht haben *Fegert/Besier* (2008) mit guten Gründen an die langjährige Debatte um den § 35a SGB VIII und das dahinterstehende Problem der wenig überzeugenden Zuständigkeitstrennung zwischen Kinder- und Jugendhilfe für Fälle (drohender) psychischer Behinderung auf der einen Seite und Behindertenhilfe bzw. Rehabilitationssystem für Fälle (drohender) körperlicher und geistiger Behinderung auf der anderen Seite hingewiesen.

13 Eingliederungshilfe und Rehabilitation

Die Behindertenhilfe erbringt vorrangig Leistungen der sozialen und beruflichen Rehabilitation (vgl. Kap. 13.3) nach den Prinzipien der Eingliederungshilfe (früher Bundessozialhilfegesetz) und finanziert sich in der Regel aus Mitteln der überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Sie nahm in Deutschland in der Mitte des 19. Jahrhunderts ihren Ausgang zum einen in pädagogisch-theologisch geprägten Handlungsfeldern (Rettungshäuser und Heilerziehungsanstalten), zum anderen analog zu stationären Krankenhäusern (Heil- und Pflegeanstalten). Nach dem Zweiten Weltkrieg entwickelte sich die Behindertenhilfe in (West-) Deutschland als ein von der Gesundheitshilfe und dem Bildungsbereich abgegrenztes System, in dem auch – unter dem Dach der Eingliederungshilfe – mehr und mehr Aufgaben des Gesundheitssystems, der Bildung und Erziehung als Komplexleistungen gesondert und parallel zu existierenden Regelangeboten entwickelt wurden (stationäres Gruppenwohnen, Sonderschulwesen, Freizeitgestaltung/Tagesstrukturierung, Frühförderung, berufliche Bildung und Förderung, Sonderarbeitsbereich, aber auch Krankenversorgung, Therapie und Gesundheitsförderung). Zugleich existieren zwischen den Bereichen Gesundheit und z. T. zur Kinder- und Jugendhilfe Schnittstellen, die immer dann Bedeutung erlangen, wenn zur (drohenden) Behinderung weitere Gefährdungspotenziale wie z. B. Armut, Migrationshintergrund oder Krankheit hinzukommen.

Die vor allem über kirchliche Träger (z. B. Diakonie und Caritas), andere Träger der Wohlfahrtspflege (z. B. DPWV) und Selbsthilfeverbände (z. B. Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung) entwickelten und vorgehaltenen Behindertenhilfeangebote haben sich nach dem Zweiten Weltkrieg auf dem Erfahrungshintergrund der Maßnahmen des Dritten Reichs entwickelt: Zu nennen sind hier das Gesetz zur sogenannten „Verhütung und Vernichtung lebensunwerten Lebens“ wie auch das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, durch das Menschen mit Behinderung an der Fortpflanzung gehindert wurden und als „unnütze Esser“ registriert und getötet wurden (insbesondere zwischen 1939 und 1942 über 5 000 Kinder). Die Meldung und Erfassung dieses Personenkreises erfolgte teilweise über die Gesundheitssysteme (Ärztinnen und Ärzte, Hebammen), aber auch über die Bildungssysteme (Schulen). Zwangssterilisationen, aber auch Euthanasiemaßnahmen wurden mit Hilfe medizinischer und pädagogischer Dienste realisiert. Insbesondere die Kindereuthanasie, die den Auftakt der Tötung behinderter Menschen bildete, wurde in „Kinderfachabteilungen“ von Krankenhäusern umgesetzt, während man den Familien neue Heil- und Milderungsbehandlungen versprach. Vor der Tötung durch überdosierte Medikamente oder Unterernährung und Unterkühlung dienten die Kinder und Jugendlichen mit Behinderung oft über Monate als Objekte für Versuche und nach ihrem Tod als „Gegenstand“ pathologisch-anatomischer Studien.

Aus diesen historischen Erfahrungen lässt sich nach dem Zweiten Weltkrieg zumindest teilweise der Weg der deutschen Behindertenhilfe in komplexe Sondersysteme ableiten. Auch die schlechte Datenlage, bezogen auf das Auftreten von Behinderungsformen und die Registrierung von Menschen mit Behinderung ohne ihr Mitwirken beruht auf diesem geschichtlichen Hintergrund. Eine systematische staatliche Erfassung von Kindern, Jugendlichen sowie Erwachsenen mit Behinderung ist in Deutschland bis heute nicht vorgesehen, so dass man Zahlen aus „Hilfskonstruktionen“ über die Leistungssysteme (Fälle in Frühförderstellen, Sonder- bzw. Förderschulen, stationäre Plätze, Berufsbildungs-/-förderungswerke, Werkstätten für Menschen mit Behinderung) oder „Anerkennungspapiere“ (Behindertenausweis) ableiten muss.

Nach 1945 etablierte sich in Deutschland nicht nur ein eigenes System von Sondereinrichtungen, sondern es differenzierte sich auch mehr und mehr nach Grundformen von Behinderung wie körperlicher, geistiger und Sinnesbehinderung, aber auch nach weiteren kombinierten oder zusätzlichen Einschränkungen (Mehrfachbehinderungen), Verhaltensauffälligkeiten oder Epilepsien. In diese Einrichtungen waren und sind in der Regel neben Maßnahmen zur Rehabilitation (Therapien) auch Maßnahmen zur Gesundheitsförderung integriert.

13.1 Konzepte der Behindertenhilfe und inklusive Angebote

Die Diskussion darüber, ob Menschen mit chronischer Erkrankung oder Behinderung in Sondereinrichtungen besser gefördert werden als in Regeleinrichtungen, beschäftigt nunmehr seit mehr als drei Jahrzehnten die Fachwelt und Öffentlichkeit. Im internationalen Vergleich – beispielsweise mit skandinavischen Ländern – bietet Deutschland eine noch immer auf stationäre Komplexleistungen fokussierte Angebotsstruktur an. Bezogen auf Kinder und Jugendliche mit Behinderung haben sich zwar vermehrt integrative Angebote der Erziehung, Bildung und Betreuung etabliert (vor allem im Kindertagesstättenbereich und vereinzelt in Schulen), die Unterschiede im föderalen System sind aber erheblich. Noch immer werden Fachlichkeit und besondere Angebotsstrukturen im Schulwesen (hier unterrichten akademisch und behinderungsspezifisch häufig grundständig geschulte Pädagoginnen und Pädagogen in kleinen Klassen und räumlich wie personell besonders ausgestatteten Schulgebäuden in der Regel ganztags) gegenüber dem Preis dieser Exklusivität (u. a. vorrangig Begegnung mit behinderten Schülerinnen und Schülern, lange Fahrzeiten, geringe Leistungsanreize) konträr abgewogen. Allerdings münden Diskussionen und Erfahrungen mit Integrationsprozessen heute in Forderungen nach einem verstärkten flächendeckenden Ausbau von Unterstützungsstrukturen beim Wohnen, der Bildung und Erziehung, der Freizeitgestaltung und der Angebote im Arbeitsleben, die inkludierende Wirkungen entfalten. Mit der Forderung nach Inklusion wird der Blick weg von einer Logik der anbietenden Institution hin zu den Chancen auf ein Leben der Teilhabe im Gemeinwesen gelenkt.

Die konzeptionelle Neuausrichtung des Systems der Behindertenhilfe wird flankiert vom endgültigen Abschied von einer Haltung gegenüber Menschen mit Behinderung, die sie als krank und darum behandlungs- und fürsorgebedürftig definiert. Die Betroffenen selbst verweisen darauf, dass Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit Teil der individuellen Persönlichkeit sind und ein Entwicklungsziel daher zwar lautet, ein Leben unter Entfaltung größtmöglicher individueller Fähigkeiten und der Wahl eines eigenen Lebensstils führen zu können, dies aber nicht überwiegend über medizinisch-therapeutische Intervention und andere Veränderungsprozesse nach dem Maßstab einer gesetzten „Normalität“ realisiert werden soll. Maßgeblich soll vielmehr der Ausgleich bestehender Chancenungleichheiten sowie ein unbedingtes Recht auf Teilhabe an der Gesellschaft sein, das sich im Bürgerstatus realisiert. Folgt man dem Konzept der Salutogenese, bedeutet das, dass auch Menschen, die mit Behinderung leben, Gesundheit und Krankheit ausbalancieren müssen. Die somit möglichen Kohärenzerfahrungen werden allerdings beeinflusst durch normative Fähigkeitsvorstellungen der sozialen Umwelt, die sich auf die Chancen gleichberechtigter Teilhabe in der Gesellschaft auswirken. Deshalb fordern die Selbsthilfevertreterinnen und -vertreter für Menschen mit Behinderung, wie auf der *Europäischen Behindertenkonferenz von Madrid* (2002) geschehen, ein Recht auf Differenz ebenso wie das Recht auf Gleichstellung im Verhältnis zu Menschen ohne Beeinträchtigungen.

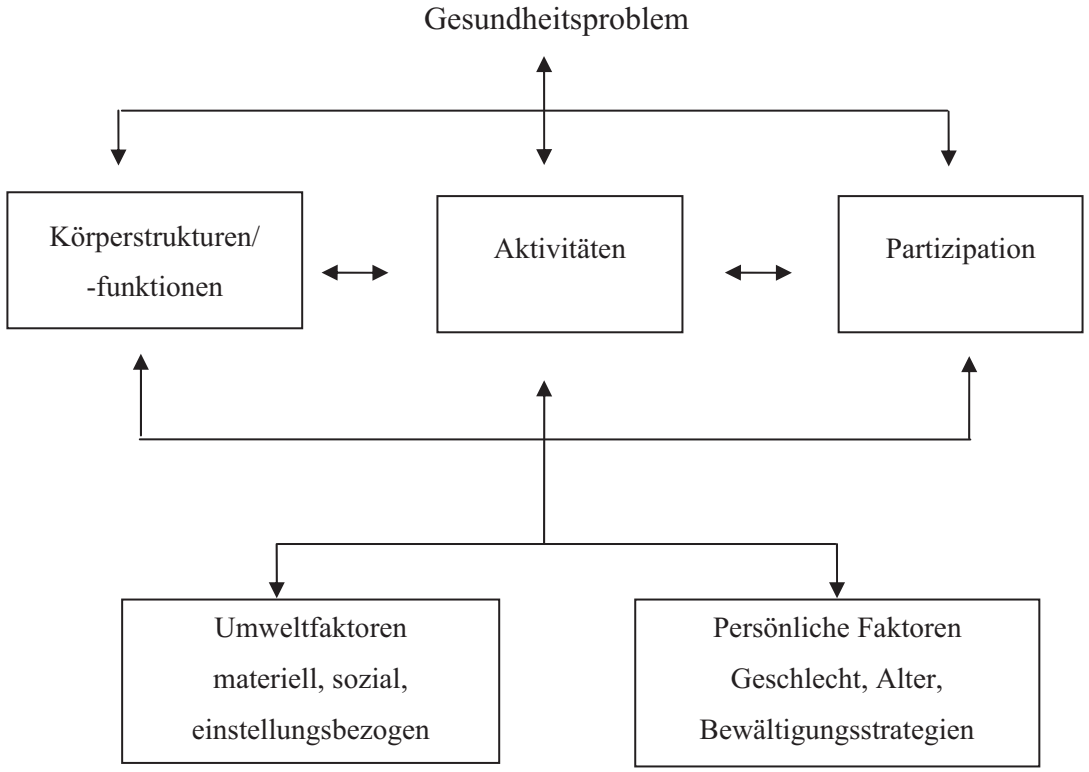
Durch die am 19. Dezember 2008 von der Bundesregierung ratifizierte *UN-Konvention über die Rechte Behinderter* wurde ein weiterer Schritt zur Umsetzung dieser Forderungen erfüllt. Die Konvention steht für einen Perspektivwechsel hin zur Anerkennung von Menschen mit Behinderungen als Subjekte von Rechten. Ziel dabei ist die volle Teilhabe Behinderter in allen Bereichen der Gesellschaft. Die Umsetzung dieser Rechte wird die Angebote der Behindertenhilfe in Deutschland in den kommenden Jahren grundsätzlichen Änderungen unterwerfen.

13.2 Funktionsfähigkeit, Teilhabe und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen

Die Forderungen nach Gleichstellung und Differenz haben mit der Schaffung des Leistungsgesetzes SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe“ ihren gesellschaftlichen Ausdruck gefunden. Mit der Verabschiedung des Neunten Buches Sozialgesetzbuches (2001) hat der Gesetzgeber das allgemeine Ziel der Rehabilitation als „Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ neu definiert. Damit liegt der Fokus nicht mehr auf medizinisch gedeuteten Defiziten (Krankheiten, Störungen, Unfähigkeiten), sondern auf Zielen (Teilhabe), Potenzialen (Gesundheit) und dem Weg dorthin (bio-psycho-soziales Modell von Behinderung). Diese Orientierung entspricht der aktuellen, international gültigen Klassifikation von funktionaler Gesundheit (ICF), die im Zusammenspiel verschiedener Wirkfaktoren das Gelingen von Teilhabe (Partizipation bzw. Inklusion) oder das Misslingen bestimmt und betrachtet (Seger u. a. 2004).

Abbildung 13.1

Das biopsychosoziale Modell von Behinderung der ICF



Quelle: Weltgesundheitsorganisation, WHO 2001, S.18

Exkurs 13.1 ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health)

Die ICF ist eine Klassifikation, mit der ein festgestellter Zustand funktionaler Gesundheit eines Menschen vor dem Hintergrund möglicher Barrieren oder Förderfaktoren in seinem Umfeld standardisiert dokumentiert werden kann. Ziel der ICF ist es, eine gemeinsame Sprache für die Beschreibung funktionaler Gesundheit zur Verfügung zu stellen und damit die Kommunikation zwischen Fachleuten im Gesundheits- und Sozialwesen sowie den Menschen mit Beeinträchtigungen zu verbessern (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2008). In der ICF ist Behinderung ein Oberbegriff für Schädigungen oder Beeinträchtigungen auf den Ebenen der Körperstrukturen (anatomische Körperteile wie Organe und Gliedmaßen) und Körperfunktionen (z. B. Wahrnehmung, Sprache, Stoffwechsel), der Aktivitäten (Durchführung einer Aufgabe oder Handlung wie Lernen oder Kommunizieren) und der Teilhabe (das Einbezogensein in die verschiedenen Lebensbereiche wie soziale Beziehungen, Mobilität, Arbeit und Beschäftigung, Bildung, Rechte). Diese drei Bereiche beeinflussen sich wechselseitig und stehen in Abhängigkeit zu Kontextfaktoren: Der gesamte Lebenshintergrund eines Menschen, seine Umwelt (wie Technologien, soziale Beziehungen und Unterstützung) und seine persönlichen Voraussetzungen (wie Alter, Geschlecht, Bewältigungsstrategien und Lebensstil) wirken hinderlich oder förderlich bei der Umsetzung seines Lebensplans. Behinderung ist nach diesem biopsychosozialen Modell das Ergebnis negativer Wechselwirkungen zwischen einer Person, ihren Gesundheitspotenzialen und den jeweiligen Umweltfaktoren (Seidel 2003). Behinderung entsteht folglich immer dann, wenn eine unzureichende Passung zwischen den Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person, den an sie gerichteten Erwartungen und den Umweltbedingungen besteht.

Weil die ICF für die Lebensphasen Kindheit, Jugend und junges Erwachsenenalter eine mangelnde Passung aufweist (Simeonsson u. a. 2003), wurde sie von Fachleuten gegenüber der WHO kritisiert. 2002 bildete sich eine *Working Group for Children and Youth*, die das Mandat der WHO zur Entwicklung einer ICF-Version für Kinder und Jugendliche erhielt. Die Publikation in englischer Sprache erfolgte im Herbst 2007 (Hollenweger 2008). In ihr wurden Beschreibungen erweitert, neue Inhalte eingefügt und Kriterien für Inklusion und Exklusion modifiziert mit dem Ziel, Funktionsfähigkeit und Entwicklung zusammenzubringen, ungewöhnliche Entwicklungswege zu analysieren, Lebenswelten als Umweltfaktoren in die Aufmerksamkeit zu rücken und sich auf Partizipation mit nachhaltiger Wirkung auszurichten (Simeonsson u. a. 2006). An der deutschsprachigen Version der ICF für Kinder und Jugendliche wird derzeit noch gearbeitet.

Hintergrund der Übersetzungsbemühungen ist der Versuch, die Situation von Heranwachsenden mit Behinderung zu beschreiben, über eine gemeinsame systemübergreifende Sprache Orientierungshilfen für die interdisziplinäre Planung und Umsetzung von Unterstützungsleistungen zu bieten sowie Angebote und Bedarfe auszudrücken. Dadurch können Angebotsgestaltung und Ressourceneinsatz wirksam und wirtschaftlich gesteuert werden. Durch Komplementärfelder mit der ICD-10 ist zudem eine Brücke zur medizinischen Sprache gebaut und gangbar. Die Komplexität in der Praxis der Angebote für Kinder und Jugendliche kann über das Orientierungsinstrument ICF gedeutet und reduziert werden (Hollenweger 2007 und MHADIE[113]).

13.3 Leistungskanon der Rehabilitation

Im § 1 SGB IX heißt es: „Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder Rechnung getragen“.

Über die ursprüngliche Wortbedeutung von Rehabilitation – jemanden wieder eingliedern, in die vorherige Situation zurückversetzen – hinaus sollen Maßnahmen der Rehabilitation dazu beitragen, dass Menschen trotz Behinderung und chronischer Erkrankung die soziale Integration und soziale Teilhabe gelingt (Koch u. a. 2006; vgl. Kap. 7.2.2). Bei Kindern mit angeborenen oder früh erworbenen Störungen klingt der Begriff der Rehabilitation eher missverständlich, da sie nicht gefördert werden, um Fähigkeiten wieder zu erlangen, sondern diese altersentsprechend zu entwickeln (von Voss/von Kries 2007). Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bedeutet für Kinder und Jugendliche mit Behinderung z. B. der regelmäßige Besuch einer Regelkindertagesstätte, einer Regelschule oder der Zugang zu und Erhalt eines Freundeskreises, wie ihn sich Heranwachsende ohne Behinderung aufbauen können.

Diesem Ziel sollen Leistungen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation dienen (vgl. Abb. 13.2). Rehabilitationsleistungen werden unterschieden in stationäre, teilstationäre, ambulante und mobile Hilfen. Stationäre Rehabilitationsleistungen werden erst dann erbracht, wenn ambulante oder mobile Hilfen am Wohnort des Kindes nicht mehr ausreichen oder durchführbar sind (Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) 2008). Stationäre Leistungen werden entweder in einer Rehabilitationsklinik oder in Heimen erbracht. Teilstationäre Leistungen werden insbesondere in Bildungseinrichtungen wie Orten der Kindertagesbetreuung, Schulen und in Werkstätten erbracht. Ambulante und mobile Hilfen erbringen die Frühförderstellen oder sozialpädiatrische Zentren (SPZ) wie auch niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten, Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen sowie Psychiaterinnen und Psychiater.

Das Rehabilitationssystem in Deutschland ist in seiner Sachlogik schwer fassbar, da die Rehabilitation weder von einem einzelnen Träger erbracht wird, noch einem bestimmten Zweig der sozialen Sicherung zugeordnet werden kann (Müller 2006, S. 41). Die Rehabilitationsleistungen werden vielmehr im Sozialleistungssystem von den einzelnen Trägern im Rahmen ihrer Hauptaufgabenstellung wahrgenommen.

Als Rehabilitationsträger werden in Deutschland Institutionen bezeichnet, die Maßnahmen und Leistungen zur sozialen, medizinischen oder beruflichen Rehabilitation erbringen und durchführen. Zu den Trägern rechnet man je nach Zuständigkeitsbereich (§ 6 (1) SGB IX) die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die gesetzliche Rentenversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, die gesetzliche Unfallversicherung, die Kinder- und Jugend- sowie Sozialhilfe sowie die Träger der sozialen Entschädigung und der Kriegsopferversorgung und -fürsorge (vgl. Kap. 12).

Art und Umfang der einzelnen Rehabilitationsmaßnahmen und Leistungen zur Teilhabe sind in den §§ 1 bis 59 SGB IX sowie in den einzelnen Büchern des Sozialgesetzbuches geregelt: (SGB V – GKV), SGB VI (Gesetzliche Rentenversicherung), SGB VII (Gesetzliche Unfallversicherung), SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe), SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) und SGB XII (Sozialhilfe).

[113] MHADIE – Measurig Health and Disability in Europe (www.mhadie.org)

Abbildung 13.2

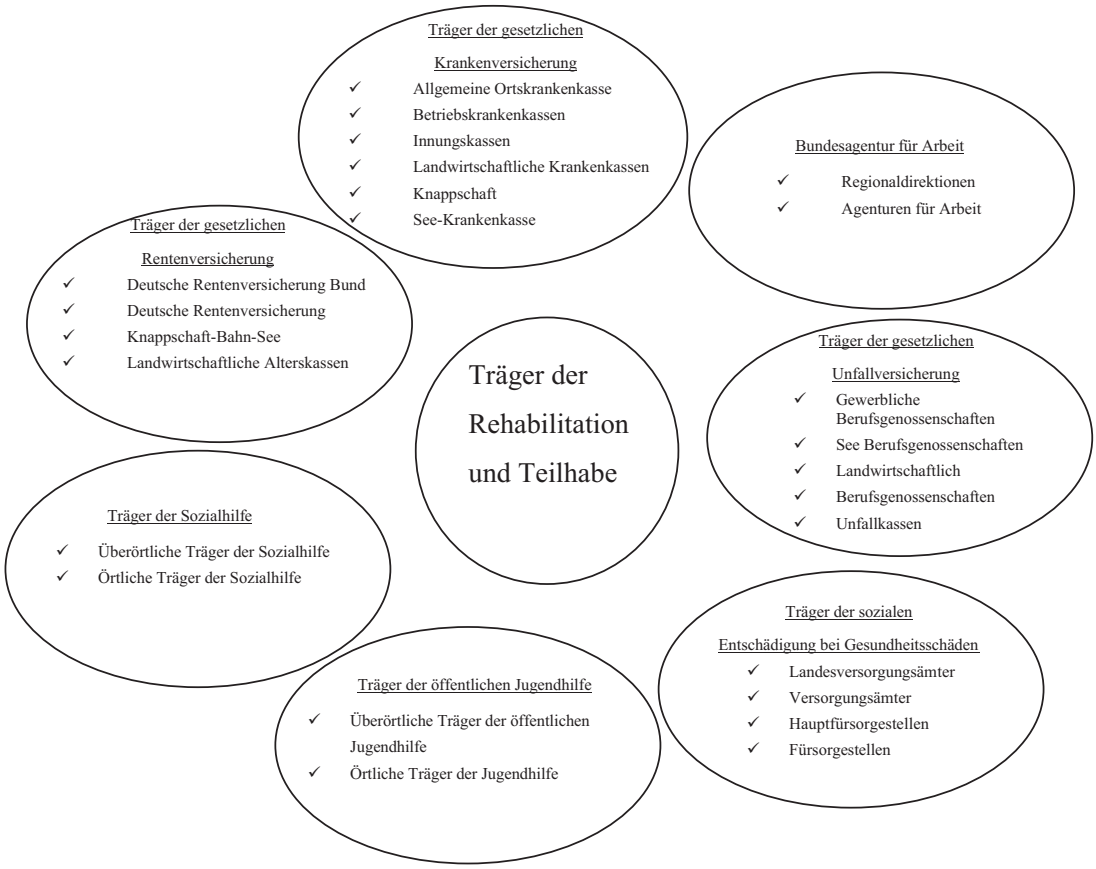
Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	**Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**	**Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft**	**Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen zur Teilhabe**
Insbesondere:	Insbesondere:	Insbesondere:	Insbesondere:
Ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie	Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen	Hilfsmittel und Hilfen, die nicht in den §§ 31, 33 SGB IX genannt sind	Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld
Zahnärztliche Behandlung	Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung	Heilpädagogische Leistungen	Beiträge und Beitragszuschüsse zur gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie zur Bundesagentur für Arbeit
Arznei- und Verbandsmittel	Berufliche Anpassung und Weiterbildung	Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten	Rehabilitationssport in Gruppen einschließlich Übungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen, die der Stärkung des Selbstbewusstseins dienen
Heilmittel einschließlich physikalischer Sprach- und Beschäftigungstherapie	Berufliche Ausbildung	Hilfen zur Verständigung mit der Umwelt	Funktionstraining in Gruppen
Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel	Überbrückungsgeld entsprechend § 57 des Dritten Buches durch die Rehabilitationsträger nach § 6 (1) Nummer 2 bis 5	Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung	Fahr- und andere Reisekosten
Belastungserprobung und Arbeitstherapie	Sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben	Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten	Haushaltshilfe, Kinderbetreuungskosten
Medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen	Medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen	Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben	Nachgehende Leistungen zur Sicherung des Erfolges der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe
Stufenweise Wiedereingliederung	Arbeitsassistenz	Weitere Leistungen der Eingliederungshilfe	Kraftfahrzeughilfe
Früherkennung und Frühförderung	Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen		
Förderung der Selbsthilfe	Eingliederungszuschüsse		
Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden in ambulanter oder stationärerer Form erbracht	Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb		
	Teilweise oder volle Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung		
	Leistungen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen		

Quelle: Mühlum/Gödecker-Geenen 2003, S. 69 ff.

Abbildung 13.3

Träger der Rehabilitation



Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation, BAR 2007

Alle Rehabilitationsträger sind verpflichtet, chronisch kranke oder behinderte Menschen umfassend über mögliche Rehabilitationsmaßnahmen zu informieren und zu beraten. Für eine trägerübergreifende Beratung im Antrags- und Leistungsverfahren hat der Gesetzgeber gemeinsame Servicestellen nach § 22 SGB IX geschaffen. Der konkrete Nutzen dieser Servicestellen wird jedoch in Fachkreisen bislang kontrovers diskutiert, wie ein Fachgespräch im Rahmen der Erstellung des vorliegenden Berichtes eindrucksvoll dokumentierte. Die Selbsthilfeorganisation Kindernetzwerk beispielsweise kommt in einer Befragung unter Eltern behinderter Kinder und Jugendlicher zu dem Ergebnis, dass die Servicestellen nach SGB IX die Betroffenen nicht erreichen, da die Eltern über die Existenz und Funktion der Servicestellen nicht ausreichend informiert sind, nur jeder sechste Betroffene (innerhalb der Selbsthilfe) kennt bislang die Servicestellen (Kindernetzwerk e. V. 2007).

Einen nicht unbedeutenden Anteil im Behindertensystem nehmen die Selbsthilfevereinigungen ein. Sie haben dort, wo Beratung im öffentlichen System der Behindertenhilfe fehlt oder unzureichend gestaltet ist, eine solche übernommen. Die Verbände fordern daher auch, dass sie verstärkt in die Planungsgespräche der Träger und der Kinder- und Jugendhilfe einbezogen und als unentgeltliche Leistungserbringer stärker als bisher wahrgenommen werden.

Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche werden, vereinfacht gesagt, je nach zu erwartender Beeinträchtigung zu großen Teilen entweder von der gesetzlichen Rentenversicherung oder der GKV übernommen. Die gesetzliche Rentenversicherung gewährt Rehabilitationsmaßnahmen dann, wenn erwartet wird, dass ohne eine Rehabilitation die zukünftige Erwerbstätigkeit des Heranwachsenden wesentlich beeinträchtigt ist. Oder anders formuliert: Durch die Rehabilitation wird eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit angenommen (Fuchs 2004). Hingegen gewährt die GKV Rehabilitationsleistungen, wenn einer drohenden Behinderung vorgebeugt, sie beseitigt, verbessert oder eine Verschlimmerung verhütet werden soll, also letztlich um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden oder zu mildern.

Im Zeitraum zwischen 1998 bis 2003 hat es bei einem Anstieg der stationären medizinischen Rehabilitationsleistungen insgesamt eine Verschiebung der Finanzierung

stationärer Rehabilitationsleistungen von den Krankenzu den Rentenkassen gegeben (Petermann u. a. 2006). Die Antragshäufung bei der Rentenversicherung hat ihre Ursache in der (fast automatischen) Weiterleitung der Anträge durch die GKV. Kinderrehabilitation ist bei der Rentenversicherung jedoch lediglich eine Ermessensleistung nach § 31 SGB VI. Die Ablehnungsquote bei der Rentenversicherung beträgt entsprechend über 50 Prozent, was bedeutet, dass jeder zweite Antrag abgelehnt wird und danach die Antragstellung „versandet".

Daneben ist zwischen 2000 und 2007 bei den Kinderheilbehandlungen (Rentenversicherung) eine Verschiebung im Altersdurchschnitt um ein Jahr nach unten auf 9,3 Jahre feststellbar (Deutsche Rentenversicherung Bund 2008). Auf die einzelnen Altersgruppen bezogen bedeutet das eine Zunahme bei den Kinderheilbehandlungen der 5- bis 9-Jährigen von 23 Prozent auf 30 Prozent und eine Abnahme bei den 10- bis 14-Jährigen von 42 Prozent auf 30 Prozent, während alle anderen Altersgruppen nur leichte Schwankungen verzeichnen. Die drei häufigsten Indikationen bei der Kinder- und Jugendheilbehandlung sind Erkrankungen der Atemwege, Adipositas und psychische Erkrankungen. Zwischen 2000 und 2007 stieg insbesondere die Zahl der Kinderheilbehandlungen aufgrund einer psychischen Erkrankung (2000: 16 Prozent; 2007: 22 Prozent). Nach Expertinnen- und Expertenmeinung ist dafür, neben der Zunahme der psychiatrischen Störungsbilder, auch die hohe Auslastung von akutpsychiatrischen vollstationären und teilstationären Einrichtungen verantwortlich. Der Ausbau der psychosomatischen/psychiatrischen Rehabilitation ist deshalb dringend anzustreben.

Besonderheiten der Leistungen in der Kinder- und Jugendrehabilitation ergeben sich schon aufgrund des unterschiedlichen Entwicklungsstandes von Kindern und Jugendlichen. Im Säuglings- und Kindesalter steht daher zunächst eine intensive Elternberatung und -begleitung im Vordergrund, während bei Jugendlichen das Selbstmanagement an Bedeutung gewinnt. In den Rehabilitationsprozess sollen begleitende Fachdienste, Erzieherinnen und Erzieher und Lehrerinnen und Lehrer wie auch Eltern und die Heranwachsenden selbst eingebunden werden.

Die medizinische Rehabilitation versteht sich als Interventionsbaustein in einem langfristigen Behandlungskonzept. Ihre Hauptziele und Ansatzpunkte sind die Verbesserung eines Erkrankungs-, Einschränkungs- oder Störungszustandes unter Berücksichtigung körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren und die Vermeidung von sekundären gesundheitlichen Folgen entsprechend den Vorgaben und Zielen der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Auch die medizinische Rehabilitation zielt darauf ab, den bestmöglichen Gesundheitszustand und eine weitgehende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erreichen. Dabei steht der Kompetenzaufbau zur Bewältigung und zum Management des eigenen Einschränkungszustands im Vordergrund der Rehabilitation; akute Symptome (wie Schmerz, Verstimmung u. a.) werden soweit wie möglich gemildert sowie die physische oder psychische Leistungsfähigkeit gestärkt. Besonders soll die persönliche Entwicklung ganzheitlich zugunsten einer möglichst selbstständigen und selbstbestimmten Lebensführung gefördert werden, die das Kernziel jeder Rehabilitationsleistung für Kinder und Jugendliche darstellt.

Aber auch nach der Einführung des SGB IX sind behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen noch immer mit Unwägbarkeiten beim Verfahren der Leistungserbringung und mit Ungleichbehandlungen bei der Leistungsgewährung konfrontiert (Müller 2006). Die meisten der beklagten Probleme entstehen, weil die Rehabilitationsträger die Bestimmungen des SGB IX nicht anwenden. Zur Beseitigung der Defizite bedarf es daher nicht neuer gesetzlicher Regelungen, sondern vor allem der Anwendung geltenden Rechts (Fuchs 2008).

Beispielhaft seien hier einige der Probleme in der stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen dargestellt:

1) Die Rehabilitationsträger sind nach SGB IX aufgefordert, den funktionsbezogenen Leistungsbedarf in neun Teilhabebereichen nach der ICF zu erheben. Diese Indikationskriterien sind für den Bereich von Kindern und Jugendlichen noch nicht ausreichend operationalisiert. Dies führt u. a. dazu,

   – dass trotz erheblichen Rehabilitationsbedarfs häufig Leistungen in dazu nicht geeigneten Einrichtungen, insbesondere Vorsorgeeinrichtungen, durchgeführt werden;

   – dass anstelle zielgerichteter Leistungen für Mütter, Väter und Kinder Vater-Mutter-Kind-Leistungen bewilligt werden, obwohl spezifische familientherapeutische Leistungen nicht erforderlich oder nicht ausreichend sind;

   – dass Leistungen aus Kostengründen in Rehabilitationseinrichtungen ausgeführt werden, die – bezogen auf Kinder und Jugendliche – nicht über eine bedarfsgerechte und wirksame Struktur- und Prozessqualität verfügen;

   – dass in großer Anzahl Anträge wegen Unzuständigkeit abgelehnt werden.

   Als Fazit bleibt, dass das derzeitige Begutachtungsverfahren nur bedingt eine zielgerichtete Identifikation und Beauftragung für die Auswahl einer bedarfsgerechten und wirksamen Einrichtung ermöglicht.

2) Die Rehabilitationsträger lehnen den Berechtigten durch das SGB IX § 9 ausdrücklich eingeräumte Wunsch- und Wahlrecht (in Bezug auf die Einrichtung, in der die Rehabilitation durchgeführt werden soll) häufig unter Hinweis auf nicht vorhandene Verträge und Mehrkosten ab. Der Rehabilitationsträger ist aber entsprechend der Gesetze aufgefordert, seinen Sicherstellungsauftrag für die Durchführung so zu organisieren und zu gestalten, dass sich daraus kein grundsätzliches Hemmnis für die Wahrnehmung des gesetzlich zugesicherten Wunschrechtes durch die Berechtigten ergibt.

3) Die hohe Anzahl abgelehnter Anträge steht in engem Zusammenhang mit der Nichtbeachtung insbesondere der Bestimmungen des § 14 SGB IX. Dieses Verfahren basiert auf dem Grundsatz, dass immer ein Träger der medizinischen Rehabilitation für einen nachgewiesenen Rehabilitationsbedarf vorhanden ist und über diese Leistung innerhalb von drei bis maximal fünf Wochen entschieden werden muss. Danach kann ein Leistungsverfahren im Bereich medizinischer Rehabilitation nicht mehr durch Ablehnungen wegen Unzuständigkeit, sondern nur noch durch Weiterleitung an den zuständigen Träger, durch Leistungsbewilligung oder durch Ablehnung mit der Begründung beendet werden, dass mangels Leistungsbedarf bei keinem Träger ein Leistungsanspruch besteht.

Wenig zielführend erscheint auch die Tatsache, dass Kinder bei der medizinischen Rehabilitation nur bis zum Eintritt ins Schulalter von einem Elternteil begleitet werden können, weswegen viele Eltern notwendige Rehabilitationsmaßnahmen erst gar nicht beantragen. Zudem wird die in der Richtlinie der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) vorgesehene vier- bis sechswöchige Rehabilitationsdauer immer häufiger gekürzt, was angesichts der Tatsache, dass das Budget in der Kinder- und Jugendrehabilitation auf 3 Prozent des Erwachsenenbudgets beschränkt bleibt, nicht verwundert. Zu guter Letzt gibt es bei Kindern und Jugendlichen auch keine Finanzierung der Rehabilitationsnachsorge, wie sie im Erwachsenenbereich vorgesehen ist.

13.4 Aktuelle Entwicklungen an der Schnittstelle Kinder- und Jugendhilfe und Eingliederungshilfe und Rehabilitation

Die Träger der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe leisten als Rehabilitationsträger nach den Bestimmungen des § 35a SGB VIII Eingliederungshilfe für seelisch behinderte oder von einer seelischen Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche. Für die öffentliche Kinder- und Jugendhilfe sind die Jugendämter bei den Stadt- und Landkreisen zuständig. Ihre Leistungen haben jedoch Nachrang gegenüber den Leistungen anderer Rehabilitationsträger – mit Ausnahme der Sozialhilfe.

Die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche beinhaltet u. a. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (z. B. Früherkennung und Frühförderung), Teilhabe am Arbeitsleben (z. B. Berufsvorbereitung oder -ausbildung) und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (z. B. pädagogische Hilfen oder Training lebenspraktischer Fertigkeiten).

Eingliederungshilfe erhalten Heranwachsende zumeist im Rahmen der Frühförderung, in Sonder- bzw. Förder- oder Integrationskindertageseinrichtungen, durch begleitende Hilfen in den Regelschulen, in Sonder- bzw. Förderschulen, durch Hilfen der Berufsbildung und begleitende Hilfen an einem öffentlichen Arbeitsplatz oder in der Werkstatt für Menschen mit Behinderung sowie durch Hilfen bei der Beförderung und Begleitung, um an kulturellen und Bildungsveranstaltungen teilnehmen zu können und um die ärztliche Betreuung zu ermöglichen. Dazu kommen begleitend mögliche Therapien, die im Kindesalter einen breiten Stellenwert haben, hingegen im Jugendalter einen immer geringeren Stellenwert einnehmen.

„Aus der getrennten Zuständigkeit für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche im Kinder- und Jugendhilferecht (§ 35a SGB VIII) und für sonstige behinderte Kinder und Jugendliche sowie von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche im Bundessozialhilfegesetz (§ 39 (1, 2, 3) BSHG) [jetzt SGB XII; Anmerkung der Verfasser] ergeben sich vielfältige Probleme der Zuordnung und Abgrenzung in der Kombination von Leistungen der Jugend- und Sozialhilfe“ (Frühauf 2002, S. 441). Kritik wird aktuell besonders von der Selbsthilfe dahingehend geäußert, dass die Kinder- und Jugendhilfe für *alle* Kinder und Jugendlichen mitgedacht werden soll und nicht – wie bislang gängige Praxis – nur für seelisch behinderte oder von seelischer Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche.

14 Suchtkrankenhilfe als ein Praxisfeld zwischen den Systemen

Bereits aus der Darstellung der Systeme der Kinder- und Jugendhilfe, der Gesundheitsversorgung und -förderung und der Eingliederungshilfe und Rehabilitation wird deutlich, dass keine klar abgrenzbaren Zuständigkeiten, Finanzierungsbedingungen und Strukturen vorliegen, sondern Anbieter und Nutzer Teil eines hoch komplexen und schwer kommunizierenden Leistungsportfolios sind, das nicht immer in der gebotenen Effektivität und Effizienz für die Bedarfe der Kinder und Jugendlichen bereitsteht. Darüber hinaus zeigen sich solche Probleme besonders deutlich gerade an den Schnitt- bzw. präziser formuliert, wohl eher Bruchstellen der Systemgrenzen. Eine Reihe von Praxisfeldern agiert gleichsam zwischen den Systemen. Weil sie nicht eindeutig zuzuordnen sind, entwickeln sie eigene hybride Strukturen. Ein Beispiel hierfür ist die Suchtkrankenhilfe.

Die Suchtkrankenhilfe in Deutschland ist ein Subsystem der Sozial- und Gesundheitsversorgung mit den Aufgaben der Beratung, Betreuung, Behandlung, medizinischen Rehabilitation und Integration von Suchterkrankten und von Suchterkrankung bedrohten Menschen (Rosenhagen 2005). Damit verbunden sind die Ziele, die Nachfrage zu senken, Risiken zu mindern und Schaden für diesen Personenkreis (Deutsche Hauptstelle für Suchtkranke 2000) zu minimieren, sowie das Ziel, deren Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und im Erwerbsleben zu erhalten, zu verbessern oder wiederherzustellen (Leune 2008). Diesen Herausforderungen begegnet die Suchtkrankenhilfe mit einer Vielzahl differenzierter und spezialisierter Angebote und Einrichtungen, die in einem Verbundsystem verschiedener Dienstleistungen der psychosozialen und medizinischen Versorgung angesiedelt sind (Rosenhagen 2005). Dem Kernfeld der Facheinrichtungen und -dienste für (erwachsene) Suchtkranke liegt in den Grundzügen folgendes Angebotssystem zugrunde:

Tabelle 14.1

Bereiche der Suchtkrankenhilfe für Erwachsene und deren Angebote

Ambulante Hilfe	Krankenhaus-versorgung	Medizinische Rehabilitation	Teilhabe an Arbeit u. Beschäftigung	Wohnhilfe
Niedergelassene Ärzte Ambulanzen (z. B. Psychiatrische Institutsambulanzen) Ambulante Beratungs- u. Behandlungsstellen Sozialpsychiatrische Dienste der Gesundheitsämter Niedrigschwellige ambulante Angebote (z. B. Tagestreffpunkte, Streetwork) Kontaktstellen Drogentherapeutische Ambulanzen Drogenkonsumräume Adaptionseinrichtungen Selbsthilfeinitiativen/-verbände	Psychiatrische Krankenhäuser Psychiatrische Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern Somatische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern Fachkliniken für Suchtkranke Maßregelvollzugseinrichtungen	Ambulante Rehabilitation Teilstationäre Rehabilitation Stationäre Rehabilitation	Trainingsmaßnahmen für psychisch Kranke Berufsbildungswerke Berufsförderungswerke Integrationsfachdienste Werkstätten für Behinderte Integrationsprojekte Spezielle Qualifizierungs- und Arbeitsförderungsmaßnahmen	Ambulant betreutes Wohnen Soziotherapeutische Einrichtungen/Wohnheime

Quelle: Landschaftsverband Rheinland, LVR 2006 (modifiziert)

Für die Finanzierung von Angeboten der Suchtkrankenhilfe sind unterschiedliche Leistungsträger verantwortlich. Krankenhausversorgung und medizinische Rehabilitation werden durch GKV/PKV und Rentenversicherungsträger gewährleistet. Für ambulante Hilfen, Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung sowie Wohnhilfen besteht keine einheitliche Kostenregelung; sie werden in der Praxis vielfach aufgrund freiwilliger Leistungen über Zahlungen der Gebietskörperschaften (z. B. Kommunen), Eigenmittel der Träger sowie Spenden und Zuwendungen von Institutionen (z. B. Krankenkassen) finanziert (Rosenhagen 2005).

Insbesondere die Angebote der ambulanten Suchtkrankenhilfe stehen grundsätzlich auch suchtkranken und von Suchterkrankung bedrohten Minderjährigen/jungen Erwachsenen zur Verfügung (Seegers 2002). Ein analog dem Erwachsenenbereich differenziertes und spezialisiertes Angebot der Suchtkrankenhilfe gibt es nur in Teilbereichen und nicht flächendeckend für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Auch integrierte Versorgungskonzepte, wie sie die Suchtkrankenhilfe für Erwachsene kennzeichnen, finden sich für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene nur vereinzelt.

Suchtkranke und von Suchterkrankung bedrohte Minderjährige weisen aufgrund der Vielschichtigkeit ihrer Problematik einen komplexen Hilfebedarf auf, der sich im Zuständigkeitsbereich der Suchtkrankenhilfe, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe (und ihrer Kooperationspartner nach § 81 SGB VIII) bewegt (Landschaftsverband Rheinland 2006). Hilfen für suchtkranke und von Suchterkrankung bedrohte Minderjährige/junge Erwachsene werden entsprechend realisiert über Angebote der Suchtkrankenhilfe, der Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. Kap. 17.5.2), der Kinder- und Jugendhilfe und insbesondere beim Wohnen bzw. der Teilhabeförderung am Arbeitsleben auch der Behindertenhilfe. In fast allen Fällen, in denen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene von einer (drohenden) Suchterkrankung betroffen sind, spielt aber die Kinder- und Jugendhilfe eine wichtige Rolle. So kommen Einrichtungen/Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe oftmals mit suchtgefährdeten Heranwachsenden zu einem relativ frühen Zeitpunkt in Kontakt, zu dem mögliche „Suchtkarrieren“ noch vermieden bzw. bereits angenommen werden können (Kruggel 2002). So ergeben sich für die Hilfesysteme überlappende Aufgabenbereiche (vgl. Tab. 14.2).

Tabelle 14.2

Gemeinsame Aufgaben der Hilfesysteme in Bezug auf suchtkranke und von Suchterkrankung bedrohte Minderjährige

Suchtkrankenhilfe	Kinder- und Jugendhilfe	Kinder- und Jugendpsychiatrie
Entwicklung von zielgruppenspezifischen Angeboten für Minderjährige (Soforthilfe, spezielle Beratungsangebote etc.)	Prävention, Früherkennung und Frühintervention (in Kooperation mit dem Bildungswesen) Indizierte Nachsorge im Rahmen von Jugendhilfeeinrichtungen Spezialeinrichtungen zur Nachsorge auf Grundlage von § 35a SGB VIII	Früherkennung und Frühintervention im Rahmen der Regelversorgung Indizierte Behandlung von Suchterkrankungen und Verhaltensstörungen im Rahmen der Regelversorgung Spezialeinrichtungen zur qualifizierten Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung

Quelle: van Brederode 2006, S. 12 (modifiziert)

Die Angebote der Behindertenhilfe (Wohnheime, tagesstrukturierende Maßnahmen, Berufsbildungswerke und Werkstätten für behinderte Menschen, aber auch Beratungsstellen und Förderangebote) zielen per se zunächst nicht auf diesen Personenkreis, werden aber – wohl in Ermanglung von Alternativen – durchaus mit entsprechenden Anfragen betraut.

In den meisten Fällen ist im Anschluss an eine Entgiftung/stationäre psychiatrische Versorgung eine psychosoziale Folgehilfe durch ambulante/stationäre Jugendhilfemaßnahmen indiziert. Um wirkungsvolle Hilfen leisten zu können, ist es erforderlich, dass die relevanten Hilfesysteme so frühzeitig wie möglich in Kontakt treten, um ein gemeinsames Hilfekonzept zu entwickeln. In der Frühzeitigkeit der Hilfen liegen die Chancen der Kinder- und Jugendhilfe in diesem Bereich. Aber nur wenn ihre Leistungen in ein abgestimmtes und gemeinsam getragenes Hilfesetting eingebunden sind, kann Heranwachsenden bei der Bewältigung ihrer Suchtproblematik effektiv geholfen werden (Engelen 2006, Landschaftsverband Rheinland, LVR 2006).

Die betroffenen Hilfesysteme sind jedoch „traditionell“ nur unzureichend vernetzt. Für die Gewährung und Gestaltung wirkungsvoller Hilfen für suchtkranke und -gefährdete Minderjährige/junge Erwachsene sind Vernetzungsleistungen mit dem Ziel des Austausches von Informationen und Erkenntnissen sowie die einzelfallbezogenen Kooperation der Hilfesysteme aber unabdingbar.

Ein vermehrter Wissenstransfer zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Suchtkrankenhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie scheint daher unumgänglich, da nur das Zusammenspiel die erfolgreiche Behandlung suchtkranker und von Suchterkrankung bedrohter Minderjähriger/junger Erwachsener ermöglichen kann:

– Die Suchtkrankenhilfe ist für die besonderen Ansprüche im Umgang mit suchtkranken und -gefährdeten Minderjährigen oft nur ungenügend ausgestattet, da ihre Zielgruppe suchtkranke Erwachsene sind und sie ihre Angebote auf diese Zielgruppe ausrichtet.

– Die Kinder- und Jugendpsychiatrie verfügt in der Regel nur über dürftige suchtmedizinische Kompetenz, da sie die im Bereich der Suchtkrankenhilfe entwickelten Behandlungsparadigmen und -strategien nicht mitträgt.

– Ähnlich wie die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist auch die Kinder- und Jugendhilfe nur unzureichend auf suchtspezifische Fragestellungen Minderjähriger und junger Erwachsener vorbereitet (van Brederode 2006).

Die Nahtstellensituation, in der sich die Heranwachsenden befinden, führt oft dazu, dass Hilfesuchende durch die Maschen der Hilfesysteme fallen (Schäfer 2002) und in Karrieren geraten, die ihren weiteren Lebenslauf, ihre Gesundheit und ihre gesellschaftlichen Teilhabechancen nachhaltig negativ beeinflussen.

Teil D Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe für junge Menschen im Bereich der Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogenen Prävention

15 Zum Stand der Diskussion um gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe

Im Mittelpunkt des folgenden Kapitels stehen entsprechend des Berichtsauftrages die Leistungen in Bereichen gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in den zentralen Handlungsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe. Die leitenden Begriffe sind dabei gesundheitsbezogene Prävention in ihren verschiedenen Varianten sowie Gesundheitsförderung (vgl. dazu ausführlich Kap. 3). So weit wie möglich werden dabei jene Angebote und Konzepte, die sich auf die im Kapitel B beschriebenen gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen beziehen, besonders herausgestellt.

Demgegenüber kann im Sinne des Berichtsauftrags auf andere wichtige Aspekte der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter nur am Rande eingegangen werden. Diese können nur unter der Perspektive der Schnittstellen bzw. der Vernetzung und Kooperation berücksichtigt werden. Dies gilt insbesondere für die Familie, die Schule, die berufliche Ausbildung, die Angebote des Gesundheitswesens und der Behindertenhilfe und Rehabilitation.

Um wichtige gesundheitsbezogene Themen, für die sich noch keine klaren Zuständigkeiten innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe herausgebildet haben, und die in der hier gewählten Darstellung nach *Handlungsfeldern* keinen Raum finden, nicht auszusparen, werden sie in einem eigenen Abschnitt dargestellt. Aus der Sicht der Kommission trifft dies vor allem für das Thema Kinder chronisch und psychisch kranker Eltern sowie für Fälle traumatisierter Kinder und Jugendlicher zu. Aus diesem Grund soll diesem Thema nach dem Durchgang durch die Handlungsfelder ein eigener Abschnitt gewidmet werden (vgl. Kap. 19). Nicht näher betrachtet werden die verschiedenen Angebote sozialer Arbeit im Gesundheitswesen.[114]

Obwohl – wie in Kapitel A kurz dargestellt – gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung zum Kern der sozialarbeiterischen Tradition gehören und in der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe immer wieder Berücksichtigung fanden, gibt es bis heute weder eine breite und differenzierte Fachdiskussion noch entsprechende Überblicksdarstellungen. Die vorliegende Literatur konzentriert sich auf ausgewählte Bereiche mit deutlichem Schwerpunkt auf die Kindertagesbetreuung; zu einer ganzen Reihe von Handlungsfeldern fehlt sie gänzlich. Sie ist zudem weitgehend exemplarisch, d. h. es werden einzelne mehr oder weniger vorbildhafte Projekte oder Ansätze vorgestellt. Verlässliche Daten hinsichtlich der Verbreitung einzelner Konzepte fehlen von wenigen Ausnahmen abgesehen weitgehend.[115]

Die Sachverständigenkommission hat sich bemüht, mit den ihr zur Verfügung stehenden Mitteln (Expertisen, Hearings, Fachgesprächen, eigenen Recherchen u. a.) unter den gegebenen Bedingungen das Feld soweit wie möglich auszuleuchten und die vorliegenden Überblicksdarstellungen (vgl. z. B. Bals/Hanses/Melzer 2008; Deneke 2005; Hoehne 2005; Sting 2002 Sting/Zurhorst 2000) zu erweitern. Die in diesem Rahmen in den folgenden Abschnitten erwähnten Praxisbeispiele dienen der Illustration der jeweiligen Aussagen. Ihre Nennung beinhaltet keinen Vollständigkeitsanspruch oder besonderen Qualitätsanspruch. Qualitätsmerkmale, wie sie etwa aus Leitlinien für präventive und gesundheitsfördernde Ansätze abgeleitet werden könnten, sind derzeit in Deutschland so gut wie nicht verbreitet und besitzen kaum Verbindlichkeit.[116]

16 Frühe Kindheit, Vorschul-, Kindergarten- und Grundschulalter

16.1 Familien- und Elternbildung

Als Eltern- und Familienbildung wird heute ein breites Spektrum von Angeboten bezeichnet, von dem die Angebote der Kinder- und Jugendhilfe nach § 16 SGB VIII nur einen Teilbereich darstellen. Klassische Träger sind die Familienbildungsstätten. Eltern- und Familienbildung findet aber beispielsweise auch in Volkshochschulen und anderen Erwachsenenbildungsstätten, in Erziehungs-, Familien- und Schwangerschaftsberatungsstellen, in Mütter- und Familienzentren, Mehrgenerationenhäusern, in Schulen und Gesundheitsämtern, Selbsthilfegruppen und an anderen Orten statt. Neben diesen traditionellen Angeboten, den bekannten Materialien (z. B. Elternbriefe, Zeitschriften) und Ratgebern treten zunehmend elektronische und digitale Medien in Form von Online-Beratungsangeboten oder Elternkursen in Form von CD-ROM bzw. DVD. Letztendlich muss man wohl auch – trotz aller Kritik aus der Fachpraxis – mediale Formate und Fernsehserien wie „Super Nanny“ als eine Form der Eltern- und Familienbildung betrachten (Wahl 2006). Hinzu kommen eine Reihe neuerer niedrigschwelliger Angebotsformen (vgl. als Überblicke Tschöpe-Scheffler 2005; 2008a/b).

Diese wachsende Vielfalt der Angebote ist auch Ausdruck eines sich im Wandel befindlichen Handlungsfeldes und eines wachsenden Interesses an Eltern- und Familienbil-

[114] Siehe hierzu ausführlich die von *Homfeldt* und *Mühlum* beim *Reinhardt-Verlag* in München herausgegebene und mittlerweile 10 Bände umfassende Buchreihe „Soziale Arbeit im Gesundheitswesen“; vgl. auch Ortmann/Waller (2005).

[115] In der Familienbildung gibt es spärliche Ansätze der Evaluation, z. B. „*Wir werden Eltern*“ oder „*Auf den Anfang kommt es an*“, bei den Frühen Hilfen gibt es US-amerikanische Vorlagen bzw. erste Daten, z. B. bei *Pro Kind*.

[116] Als Leitlinien für die Umsetzung eines Programms werden ressourcenorientiertes und theoriegeleitetes Vorgehen sowie Evaluation angeführt (Cicchetti/Hinshaw, 2002; Luthar/Cicchetti, 2000). Erste Ansätze für eine auch evidenzbasierte Implementierung von Programmen finden sich in den zur Zeit laufenden Projekten zu Frühen Hilfen im Aktionsprogramm des BMFSFJ und in einzelnen Programmen der Familienbildung (Reichle 1999).

dung.[117] Dieser Wandel tangiert auch den engeren Bereich der Eltern- und Familienbildung nach § 16 SGB VIII.

Gut sichtbar wird dieser Wandel, wenn man auf eine Expertise zum Stand der Familienbildung in Deutschland zurückgreift, die *Pettinger* und *Rollik* für das BMFSFJ im Jahr 2005 vorlegten. Damals wurden von den beiden Autoren die folgenden drei zukünftigen Schwerpunkte der konzeptionellen und inhaltlichen Weiterentwicklung dieses Feldes hervorgehoben:

– „Verstärkung und didaktische Entwicklung von neuen thematischen Schwerpunkten, wie sie sich aus der gesellschaftlichen Entwicklung ergeben. Dies betrifft etwa die Früherziehung, die Gesundheitserziehung und das Medienverhalten;

– Ausrichtung und Einbeziehung von Angeboten für sozial benachteiligte und bisher bildungsferne Familien-/Bevölkerungsgruppen;

– Stärkere Kooperation und Abstimmung (Vernetzung) von Familienbildung mit anderen Sozialisations- und Erziehungsinstanzen“ (Pettinger/Rollik 2005, S. 175).

Bestärkt fühlen konnten sich die beiden Autoren durch empirische Studien, die wiederholt deutlich machten, dass die traditionelle Eltern- und Familienbildung nur einen Teil ihrer Adressatinnen und Adressaten erreicht. So wurde z. B in einer großen Untersuchung der Universität Erlangen zu Angeboten der Eltern- und Familienbildung aus dem Jahr 2004 festgehalten[118]: „Soweit die Einrichtungen hierzu Daten zur Verfügung haben, entstammen die Teilnehmer hauptsächlich mittleren und höheren sozialen Schichten. Der Anteil von Teilnehmern aus der Unterschicht liegt bei durchschnittlich 15 Prozent. Bei der Gewinnung der Teilnehmer wird nur bei einem Drittel der Maßnahmen auch auf aktive Rekrutierungsstrategien zurückgegriffen. Wie sich am Beispiel von Maßnahmen für sozial schwache Familien zeigt, wird durch eine solche ‚Geh-Struktur‘ auch die Zielgruppe besser erfasst“ (Lösel u. a. 2006, S. 9). Und: „Insgesamt berücksichtigt ein Viertel des Gesamtangebotes explizit Familien mit besonderen Belastungen. Dabei überwiegen strukturelle Belastungsfaktoren wie Alleinerziehung, Scheidung/Trennung oder finanzielle Deprivation. Bei den etwas seltener angesprochenen kindbezogenen Belastungen handelt es sich vor allem um Schul- und Leistungsprobleme und Schwierigkeiten im Sozialverhalten. Elternbezogene Belastungsfaktoren (z. B. Gewalt in der Familie) sind selten explizite Kriterien für die Auswahl von Adressaten. Ein höherer Anteil gezielter Maßnahmen findet sich bei den offenen Gruppenangeboten und freizeitpädagogischen Maßnahmen (vor allem für sozial schwache Familien) sowie insgesamt in den Beratungsstellen. In klassischen Familienbildungsstätten und bei ‚Standardangeboten‘ wie Eltern-Kind-Gruppen sind gezielte Maßnahmen die Ausnahme“ (ebd.).

Betrachtet man das Handlungsfeld der Eltern und Familienbildung heute, lassen sich eine Reihe wichtiger Entwicklungen konstatieren:

– Es gibt eine ganze Reihe neuer Konzepte und Akteure, die zunehmend Verbreitung finden. Als ein Beispiel für einen vergleichsweise jungen Ansatz soll hier das Konzept von *Elterntalk* genannt werden, das von der Aktion Jugendschutz angeboten wird (zu den Erfahrungen mit Elterntalk vgl. Höfer/Straus 2004).

Konzept Elterntalk

Elterntalk, entwickelt von der *Aktion Jugendschutz Bayern*, initiiert Gesprächsrunden für Eltern im privaten Rahmen. *Elterntalks* befassen sich vor allem mit Themen aus den Bereichen Medienpädagogik, Konsumerziehung und Suchtprävention, aber auch mit anderen Aspekten der gesundheitlichen Förderung. Gemeinsame Gespräche, offener Erfahrungsaustausch und Diskussionen ermutigen Eltern, in der eigenen Familie Wege in der Mediennutzung, Konsumhaltung und Suchtprävention zu suchen und zu gehen. *Elterntalk* fördert die Kommunikation zwischen Eltern und ihren Kindern und unterstützt sie bei ihrer Alltags- und Konfliktbewältigung. Durch die Ansiedlung der Gesprächsrunden im privaten Wohnfeld werden auch Zielgruppen erreicht, die sich bei institutionell gebundenen Formen der Elternbildung eher zurückhalten. Gestärkt werden die Elternnetzwerke vor Ort.

Angestoßen werden die Gespräche durch eine Gastgeberin oder einen Gastgeber, die Eltern zu sich nach Hause einladen. Eine Moderatorin/ein Moderator, selbst Mutter oder Vater, führt mit einem Einstiegsmedium in das Thema ein und moderiert die nachfolgende Diskussion. Eine entscheidende Aufgabe der Moderatorin/des Moderators ist es, eine offene Gesprächsatmosphäre zu ermöglichen und mit einem motivierenden Gesprächseinstieg zu starten. Die Mütter und Väter werden von den Regionalbeauftragten auf ihre Aufgabe als Moderatorin oder Moderator vorbereitet. Diese Moderatorinnen und Moderatoren suchen in privaten Kontexten interessierte Gastgeberinnen und Gastgeber für die moderierten Gesprächsrunden, die sogenannten *Elterntalks*. Nach dem Schneeballprinzip werden Gäste zu neuen Gastgebern, indem sie Eltern aus dem Bekannten- und Freundeskreis zu einem weiteren *Elterntalk* einladen.

Zu den jüngeren Akteuren im Feld gehören die Familienzentren, Eltern-Kind-Zentren, die Mehrgeneratio-

[117] Zu den gesellschaftlichen und politischen Hintergründen siehe: Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen 2005; Diller/Heitkötter/Rauschenbach 2008.

[118] Grundlage der bundesweit angelegten Studie war eine schriftliche Befragung von Einrichtungen, die 2004 Veranstaltungen zur Eltern- und Familienbildung anboten: „Neben Familienbildungsstätten wurden auch Beratungseinrichtungen, selbsthilfeorientierte Vereine sowie Einrichtungen der allgemeinen Erwachsenenbildung, Seelsorge und Wohlfahrtspflege einbezogen. Aus insgesamt 6 183 Einrichtungen wurde eine repräsentative Stichprobe von 2 083 Einrichtungen gezogen. Davon sandten 883 Einrichtungen die ausgefüllten Fragebögen zurück (Rücklaufquote: 42,4 Prozent). In ihnen wurden 1 451 eigenständige Einzelmaßnahmen detailliert beschrieben“ (Lösel u. a: 2006, S. 7).

nenhäuser und eine kaum mehr überschaubare Vielfalt von Formen der Familienselbsthilfe. Ergänzend zu den traditionellen Angeboten, die darauf setzten, dass interessierte Eltern zu den Angeboten kommen, wurden niedrigschwellige, zugehende bzw. Familien und Eltern aufsuchende Zugänge entwickelt bzw. zum Teil aus dem Ausland importiert und an die deutschen Bedingungen angepasst. Hier lässt sich eine Veränderung in den traditionell eher mittelschichtorientierten und als Kommstruktur organisierten Angeboten der Familienbildung hin zu auch niedrigschwelligen und aufsuchenden Angeboten für psychosozial belasteten Familien beobachten. Diese Programme stoßen auf eine breite Resonanz und werden immer häufiger vor Ort umgesetzt. Typische Beispiele hierfür sind die Programme *Hippy* und *Opstapje.*

Konzept HIPPY

HIPPY steht für ***H**ome **I**nstruction for **P**arents of **P**reschool **Y**oungsters* und bedeutet frei übersetzt: Hausbesuchsprogramm für Eltern mit Vorschulkindern. *HIPPY* wurde 1969 an dem *NCJW Research Institute for Innovation in Education* an der Hebrew University in Jerusalem entwickelt. Nach einer erfolgreichen Erprobungsphase wurde es in den 1970er-Jahren in Israel zu einem landesweiten Programm ausgebaut. In den 1980er-Jahren wurde es als lizenziertes Programm in anderen Ländern eingeführt. Mittlerweile gibt es *HIPPY* in Australien, El Salvador, Deutschland, Frankreich, Kanada, Israel, Italien, Neuseeland, Österreich, Schweiz, Südafrika und USA. In modifizierter Form wird mit diesem Programm auch in den Niederlanden und in der Türkei gearbeitet. Das *HIPPY*-Programm unterstützt bildungsbenachteiligte Eltern dabei, ihre drei- bis sechsjährigen Kinder zu Hause in der Entwicklung zu fördern. *HIPPY* konzentriert sich darauf, den Eltern Wissen über Entwicklung, Sprache und Lernen im Vorschulalter zu vermitteln. In Deutschland wurde *HIPP*Y erstmals im Jahre 1991 an den Modellstandorten Bremen und Nürnberg durchgeführt. Die 3-jährige Modellphase wurde vom *Deutschen Jugendinstitut* evaluiert. HIPPY Deutschland e. V. ist der Dachverband aller *HIPPY* Standorte in Deutschland. *HIPPY Deutschland* ist eingebunden in ein internationales Netzwerk unter dem Dach von *HIPPY International*.

Modellprojekt Opstapje

Das Modellprojekt *„Opstapje – Schritt für Schritt“* ist vor allem ein auf sozial benachteiligte Familien angepasstes Programm zur Unterstützung ihrer Erziehungsleistung und zur frühen Förderung ihrer Kinder. Um Niedrigschwelligkeit zu erreichen, ist das Projekt als Hausbesuchsprogramm angelegt und dauert für die Familien zwei mal 30 Wochen. So sollen auch diejenigen Familien erreicht werden, die durch belastete Lebenssituationen die gängigen Formen von Erziehungsberatung und Familienbildung nicht aufsuchen. Erreicht werden sollen die Nutzung und Erweiterung vorhandener Kompetenzen und Ressourcen der Familien, wobei der Fokus auf eine Verbesserung der Mutter- bzw. Vater-Kind-Interaktion gerichtet wird, die im Alltag der Familien erfahrbar werden soll. Eltern bzw. die Mütter sind dabei die wichtigsten Ansprechpartner für die Entwicklung ihrer Kinder. Ziel ist es, durch praktische Anleitung die erzieherischen Kompetenzen der Mütter (Väter) zu steigern. Auf diese Weise sollen die Spiel- und Lernerfahrungen der Kinder erweitert und ihre ko-gnitive, motorische, sozio-emotionale und sprachliche Entwicklung gefördert werden. Die Erziehungskompetenz der Mütter soll unterstützt und für die entwicklungsspezifischen Bedürfnisse sensibilisiert werden. Es werden regelmäßige Gruppentreffen organisiert, auf denen Eltern auch Informationen über Entwicklung und Erziehung erhalten. Gleichzeitig bieten diese Treffen Gelegenheit, neue Kontakte zu knüpfen und sich mit anderen auszutauschen. Für das Projekt wurden Hausbesucherinnen als zentrale Vermittlerinnen angeleitet. Diese sind selbst Mütter mit hoher sozialer Kompetenz und eigener Erfahrung im Umgang mit kleinen Kindern, und sie werden aus dem sozio-kulturellen Umfeld der Zielgruppe ausgewählt. Die Hausbesucherin stellt ein Modell für die Familien dar, vor allem was Erziehung und Lebensführung anbelangt. Eine sozialpädagogische Fachkraft, die Koordinatorin, weist sie dabei in das Programm ein, die wiederum für ihren Aufgabenbereich im Projekt geschult wird. Wissenschaftlich begleitet und evaluiert wird das Projekt am *Deutschen Jugendinstitut.*[119]

– Wie kaum ein anderes Handlungsfeld in der Kinder- und Jugendhilfe ist die Eltern- und Familienbildung durch ein breites Spektrum von Kursen und Trainings geprägt (vgl. Tschöpe-Scheffler 2005). Besondere Bedeutung gewinnen dabei zunehmend standardisierte und manualisierte Trainings. An Attraktivität gewinnen diese Angebote, weil zum einen für alle Beteiligten vergleichsweise absehbar ist, was in einem überschaubaren Zeitraum erwartet werden kann. Zum anderen lassen sich gut ausgearbeitete, standardisierte Programme mit vergleichsweise klaren und beschränkten Zielsetzungen besser evaluieren. Weithin bekannte Beispiele hierfür sind die Programme *SAFE* oder *Triple P.*

Konzept SAFE

Das Programm *SAFE* (*Sichere Ausbildung Für Eltern*) ist ein präventives Elternangebot, das von *Brisch* an der Universität in München entwickelt wurde (Brisch 2007; BMFSFJ 2006). Es vermittelt neben

[119] Hinweise zum Projekt über: DJI-Projekt *Opstapje*, www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=321

wichtigen Erziehungskompetenzen, die zum Aufbau einer sicheren Bindung notwendig sind, auch Partnerschaftskompetenzen. *SAFE* besteht aus vier Modulen: Kurstage in der Gruppe vor und nach der Geburt, ein Feinfühligkeitstraining, eine Beratungsstelle bzw. Hotline sowie eine Traumatherapie. Mit der Kombination dieser Angebote sollen sowohl gruppentherapeutische Effekte erzielt werden als auch individualtherapeutische Möglichkeiten genutzt werden (vgl. ausführlich http://www.safe-programm.de/).

Konzept Triple P

Triple P (***P**ositive **P**arenting **P**rogram*, *Positives Erziehungsprogramm*) ist ein weitgehend präventiv, sowohl universell als auch selektiv angelegtes Programm zur Unterstützung von Familien und Eltern bei der Erziehung ihrer Kinder. Es besteht aus gestuften Interventionen auf fünf Ebenen, die von Information und Kurzberatungen über Gruppentrainings für Eltern bis zu intensiver Familientherapie reichen. Ziel des Programms ist es, Eltern Anregungen zu geben, eine gute Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen und es bei seiner Entwicklung zu unterstützen. Das Programm beansprucht, vor allem den aktuellen Stand der klinisch-psychologischen Forschung zu berücksichtigen. Entwickelt wurde das Programm an der Universität von Queensland, Australien. In enger Zusammenarbeit mit Familien sind am dortigen Parenting-and-Family-Support-Centre unter der Leitung von Sanders sehr praxisnahe Erziehungshilfen entstanden, die den Umgang mit häufigen kindlichen Verhaltensproblemen wie Wutanfällen, Aggressionen, Ungehorsam, Problemen beim Schlafen oder Essen erleichtern. Die Erfahrungen zeigten, dass Eltern, die ein gutes Verhältnis zu ihren Kindern haben, konsistentes Erziehungsverhalten zeigen und klare Grenzen setzen, erheblich seltener Probleme mit ihren Kindern haben als Eltern mit eher ungünstigem Erziehungsverhalten. In Deutschland wurde und wird das Programm an der Universität Braunschweig durch *Hahlweg* wissenschaftlich begleitet.[120]

Allerdings muss auch angemerkt werden, dass einige dieser Programme aufgrund ihrer inhaltlichen Ausrichtung und ihrer hohen Standardisierung und Mittelschichtsorientierung stark umstritten sind. Andererseits tragen sie dazu bei, dass die Notwendigkeit einer empirisch abgesicherten Arbeit zunehmend akzeptiert wird und die Vorstellung ablöst, dass „gut gemeint" auch immer „gut gemacht" sei.

– Eine weitere wichtige Entwicklung in der Eltern- und Familienbildung ist die Ausbildung neuer Kooperationsformen und Netzwerke, z. B. zwischen Kindertagesbetreuung und Elternbildung (vgl. hierzu Kap. 16.2.2.2, z. B. zu den Konzepten *Early Excellence Centre* und *KiTZ*), aber auch mit den Volkshochschulen, dem Gesundheitssystem, kommerziellen Anbietern der Familienbildung und der vorschulischen Bildung von Kindern (z. B. Musikschulen). Dabei entstehen u. a. auch neue Mischformen zwischen Kursangeboten und offenen sozialraumbezogenen Aktivitäten. Am bekanntesten dürfte mittlerweile das in Nordrhein-Westfalen am Institut für präventive Pädagogik entwickelte, in einer Reihe von Orten eingerichtete und von unterschiedlichen Trägern angebotene Programm *Familie und Nachbarschaft* (*FuN*) sein. Dieses Programm zielt auf die Förderung elterlicher Erziehungskompetenz durch „die Stärkung des inneren Zusammenhalts der Familie und die Stärkung der Familie in ihrem sozialen Umfeld"[121] und den Aufbau von Kooperationsbezügen zu den gerade genannten Partnern. „Erfahrungen mit kooperativen Familienprogrammen (wie z. B. *FuN*) zeigen, dass sich elterliche Erziehungskompetenzen verbessern, wenn gleichzeitig eine selbsthilfeorientierte Vernetzung im Sozialraum geschieht (…). Durch den »Transport« solcher präventiver Angebote in die Sozialräume hinein werden verstärkt auch solche Familien erreicht, die eher als Adressaten intervenierender Sozialarbeit gelten" (Tschöpe-Scheffler 2008 b, S. 75).

  Bedeutsam unter dem Aspekt der Kooperation, aber auch unter dem Aspekt von neuen Konzepten sind Ansätze, wie sie z. B. dem *Rucksack*-Konzept zugrunde liegen, also der Kooperation zwischen den *Regionalen Arbeitsstellen zur Förderung von Kindern und Jugendlichen aus Zuwandererfamilien* (RAA) und Einrichtungen der Kindertagesbetreuung und den Familien.[122]

Die Etablierung eines *Deutschen Eltern- und Familienbildungstages* im Jahr 2007 ist nur ein weiterer Beleg für die Dynamik des Feldes und für die neue Aufmerksamkeit, die das Thema Familienbildung bzw. Familienförderung derzeit genießt.

Unter der Perspektive dieses Berichtes sind, soweit zu sehen, Fragen der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung bei allen Zugängen und Konzepten integrale Bestandteile der Programme. Studien zeigen, dass das Thema Gesundheitsbildung mindestens seit Mitte der 90er-Jahre an Familienbildungsstätten in hohem Maße präsent war und an Bedeutung zunahm (Schiersmann u. a. 1998, S. 52 ff.). Vor allem in Form der Vermittlung einschlägigen Wissens, sei es im Rahmen von Kursen oder von Beratungsprozessen, über die alterstypischen körperlichen, psychischen und geistigen Entwicklungsprozesse, über alterstypische Krankheiten und ihre Bewältigung sowie in den Empfehlungen zu Hygiene, Körperpflege, Ernährung und entwicklungsförderlichem Erziehungshandeln wird die Gesundheitsthematik immer aufgegriffen. Zugleich zielen die Trainings und Kurse auf die Einübung entsprechender Handlungsmuster bzw. die Erweiterung von Handlungsoptionen und die Reflexion

[120] Vgl.http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Fachbeitrag/a_Familienbildung/s_1048.html

[121] Vgl. http://www.praepaed.de/die-idee.html

[122] Vgl.:http://www.raa.de/fileadmin/dateien/pdf/produkte/Info_Rucksack.pdf

des eigenen Handelns als Vater oder Mutter. Weil diese Angebote im Kern immer auch das Wohlbefinden des Kindes, zum Teil auch der Eltern (in Form von Entspannungskursen, Angeboten der Suchtprävention, Partnerschaftstrainings) im Blick haben, können sie auch als Beiträge zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen bzw. zu einem nicht unerheblichen Teil auch ihrer Eltern verstanden werden.[123] Schließlich wurden Netzwerke und Selbsthilfeinitiativen zu Orten der gleichsam gelebten Gesundheitsförderung (z. B. in Form von Still- und Krabbelgruppen) einerseits und Orten der gemeinsamen Bewältigung von gesundheitsbezogenen Belastungen von Kindern, Jugendlichen, Väter und Müttern (vgl. Pettinger/Rollik 2005, S. 149ff.). Es bleibt andererseits zu konstatieren, dass auf diese Themen zwar praxisbezogen, aber in vielen Fällen eher konzeptlos eingegangen wird. Hier besteht Entwicklungsbedarf.

Neben dem allgemein gewachsenen Interesse am Thema Familie verdanken sich die hier in ihren wesentlichen Zügen dargestellten jüngeren Entwicklungen im Bereich der Eltern- und Familienbildung vor allem den in den letzten Jahren sowohl in der Politik als auch in der Fachpraxis und Öffentlichkeit in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückten ersten drei Lebensjahren. Mit einer bemerkenswerten Kraftanstrengung haben in den letzten Jahren Politik, Fachpraxis und Öffentlichkeit nachvollzogen, was Forschung und Wissenschaft schon länger wussten: Die ersten drei Jahre eines Kindes bedürfen besonderer Aufmerksamkeit. Frühe Gesundheitsförderung beginnt schon in der Schwangerschaft und setzt sich fort in der alltäglichen Eltern-Kind-Interaktion, die sich bereits mit dem Neugeborenen herausbildet (vgl. Kap. 5). Hier werden die Grundlagen für wichtige Entwicklungsschritte ebenso wie für die Gesundheit von Kindern gelegt. Der Umgang mit Ernährung und Bewegung werden genauso wie der Umgang mit Anforderungen und Belastungen über beziehungsbezogene Erfahrungen vermittelt. Diese entwickeln und stabilisieren sich früh und sind später nur schwer zu ändern. Weil also gerade in dieser Altersphase, einschließlich der vorangehenden Schwangerschaft, elterliches Handeln aufs Engste mit Fragen der Gesundheit des Kindes und der Verhinderung gesundheitlicher Belastungen bzw. Gefährdungen verwoben ist, soll diesem Komplex im Folgenden ein eigener Abschnitt gewidmet werden.

Schwangerschaft und die ersten drei Jahre

Ein nicht unerheblicher Teil der Eltern- und Familienbildung war schon immer auf die ersten drei Lebensjahre von Kindern fokussiert, wobei die Gesundheitsbildung und Entwicklungsförderung eine zunehmend wichtige Rolle spielten. So verzeichneten schon *Pettinger* und *Rollik* (2005) eine stärkere Hinwendung zu Themen wie fehlende Bewegung, ungesunde Ernährung, Anstieg von chronischen Erkrankungen sowie Zunahme von Entwicklungsauffälligkeiten und psychischen Erkrankungen. In den letzten Jahren allerdings haben zwei sehr unterschiedliche Phänomene die Entwicklung in diesem Bereich beträchtlich vorangetrieben.

Einerseits führten die Ergebnisse der Entwicklungspsychologie und der Neurobiologie im Zusammenspiel mit den Diskussionen um frühe Bildung zur Verstärkung der Bemühungen um frühe Förderung aller Kinder, auch der aus benachteiligten Familien, und, wenn auch noch zu wenig, der Kinder mit Migrationshintergrund.

Andererseits zwangen die überregional bekannt gewordenen spektakulären Fälle schwerster Kindeswohlgefährdung mit Todesfolge geradezu dazu, unter dem Label „Frühe Hilfen“ den Ausbau entsprechender Präventionsmaßnahmen, eine Weiterentwicklung der institutionellen Angebote und die Entwicklung von Fachstandards forciert voranzutreiben. Damit wurden die Familien- und Elternbildung und ihre Bemühungen um die Förderung einer gesunden biopsychosozialen Entwicklung von Kindern möglichst schon in der Schwangerschaft erheblich intensiviert, wobei der Aspekt einer möglichen Kindeswohlgefährdung zumindest zu Beginn sehr stark in den Vordergrund rückte.

Die damit verbundene Dynamik zeigt sich nicht zuletzt an einer mittlerweile nicht mehr überschaubaren Menge an Fachtagungen, Publikationen, Gutachten und Expertisen, Kursen, lokalen Vereinbarungen, gesetzlichen Regelungen und Verordnungen sowie der Einrichtung überörtlicher, zum Teil weitgehend internetbasierter Informationsplattformen und Foren. Das wichtigste Angebot ist dabei das auf Bundesebene angesiedelte *Nationale Zentrum Frühe Hilfen* (NZFH), das kooperativ vom Deutschen Jugendinstitut (DJI) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) betrieben wird.[124]

Im Kern zielen diese Bemühungen darauf ab, Familien früh und rechtzeitig zu erreichen und damit nicht-stigmatisierende und präventive Angebote vorzuhalten, um mögliche spätere Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung zu vermeiden oder zumindest abzupuffern, ohne sich auf den allzu engen Aspekt der Kindeswohlgefährdung zu beschränken.

Allerdings blieb dieses Verständnis von Frühen Hilfen nicht unumstritten. So seien viele der präventiven Maßnahmen und Hilfsangebote hochgradig selektiv auf die Verhinderung von Kindeswohlgefährdung orientiert. In den Blick kommen solle aber, dass es eine Vielzahl familiärer Unterstützungs- und Hilfebedarfe gibt, bei denen es nicht um eine drohende Kindeswohlgefährdung geht. Zudem wird aus einer sowohl gesellschaftstheoretisch informierten

[123] Die Bedeutung dieser Thematik wird auch an Hand aktueller Forschungsprojekte sichtbar wie z. B. die in Koopration mit der Universität Hamburg und dem DJI durchgeführte Studie *„Gesundheit beginnt in der Familie – Evaluation innovativer Praxisprojekte“* (vgl. http://www.intern.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=446) oder dem am Institut für soziale Arbeit in Münster in Kooperation mit der AOK Rheinland/Hamburg angesiedelten Projekt *„Elternbeteiligung in der Gesundheitsförderung von Kindern“* (vgl. http://www.isa-muenster.de/Schwerpunkte/Fr%C3%BCheKindheitundFamilie/ProjektElternbeteiligungderGesundheitsf%C3%B6rderung/tabid/173/Default.aspx).

[124] Vgl. http://www.fruehehilfen.de/

(vgl. dazu Kap. 2) als auch salutogenetischen Perspektive (vgl. Kap. 3.2.2) argumentiert, dass es ebenso um die umfassende Förderung von Verwirklichungschancen – gerade auch bildungsferner Familien – gehen müsse, die bei den Lebensbedingungen der Eltern ansetzt und vor allem die frühen Entwicklungsphasen beachtet. So verstandene frühe Hilfen bzw. genauer: Angebote früher Förderung zielen universell auf die Unterstützung und Förderung elterlicher Erziehungsarbeit ab und betrachten den Fall der Kindeswohlgefährdung als Sonderfall. Damit konvergieren sie mit den oben genannten Zielen der Familienbildung.

Es ist hier nicht der Ort, semantische Kontroversen auszutragen oder gar zu lösen – zumal diese Diskussionen nicht im luftleeren Raum stattfinden. Sie changieren zwischen guten, zum Teil kontroversen fachlichen Argumenten, politischen Setzungen, mittlerweile eingebürgerten Begrifflichkeiten und vielfältigen Eigeninteressen. Hinzu kommt, dass angesichts der Bedeutung des Themas ein Ende der Debatten so schnell nicht zu erwarten ist. In dieser Situation erscheint es aus der Sicht der Kommission hilfreich, sich zunächst der Sache selbst zuzuwenden. In Anlehnung an einen Vorschlag von *Schone* lassen sich dabei grob zwei Schwellen bestimmen, mit deren Hilfe man drei Konstellationen unterscheiden kann, die *Schone* mit den Begriffen *Förderung*, *Hilfe* und *Schutz* überschreibt (vgl. Schone 2008, S. 57ff.).

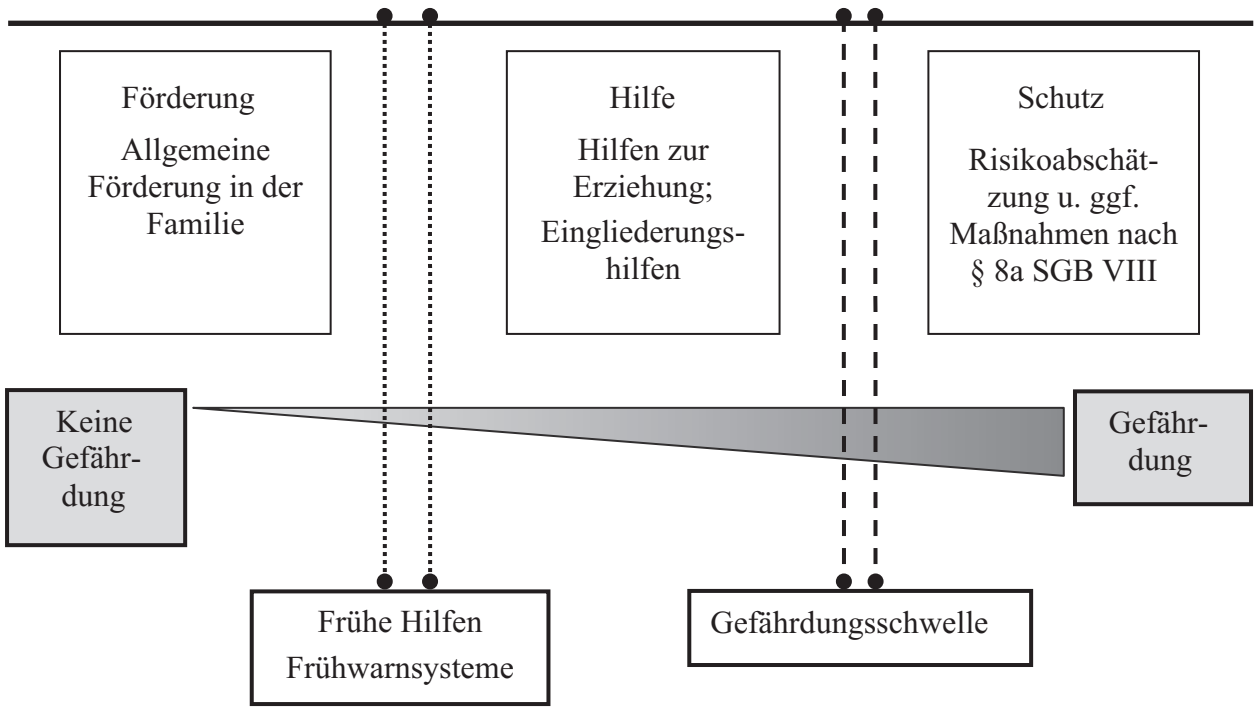
– Eltern- und Familienbildung *vor der ersten Schwelle,* von *Schone* als *Förderung* bezeichnet, zielt auf die allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie. Bezogen auf die Aspekte gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung geht es – wie oben bereits angedeutet – um die Vermittlung entsprechenden Wissens, die Einübung entsprechender Handlungsroutinen, die Reflexion des darauf bezogenen elterlichen Erziehungshandelns und um den Aufbau unterstützender und entlastender Netzwerke (vgl. dazu auch Kap. 16.2.).

Die Angebote sind allgemein fördernd bzw. – in der Logik von Prävention formuliert – weitgehend universell präventiv angelegt. Dies gilt auch für die entsprechenden Kurse und Trainingsprogramme. Beispiele hierfür sind die zunehmende Zahl von Angeboten, die sich an Eltern mit sehr kleinen Kindern wenden. Programme wie z. B. „*Das Baby verstehen*“ (Gregor/Cierpka 2004), „*Auf den Anfang kommt es an*“ (Ziegenhain u. a. 2007) oder „*Wir werden Familie*“ (Reichle 1999) sind dafür überregional bekannte Beispiele. Charakteristisch für derartige Programme ist, dass Gesundheitsaspekte, sei es die Ernährung, die Körperpflege des Babys, sein Schlafverhalten, das Bindungsverhalten der Eltern oder der Aufbau von Vertrauen, integrale Bestandteile der Inhalte sind, weil sich diese nicht als solche herauslösen und gegenüber pädagogischen Aufgaben abgrenzen lassen.

Auch im diesem Bereich lässt sich gerade in den letzten Jahren eine zunehmende Verbreitung niedrigschwelliger Zugänge beobachten, um sozial benachteiligte und sogenannte bildungsferne Familien besser zu erreichen. Zu nennen sind vor allem die sogenann-

Abbildung 16.1

Förderung – Hilfe – Schutz



Quelle Jakob 2006; Schone 2008, S. 59

ten Hausbesuchsprogramme, die sich bemühen, milieu- und lebensweltnah Unterstützung der Eltern und Förderung der Kinder zu ermöglichen. Wichtige Aspekte dabei sind der Abbau von Stress aufseiten der Eltern, der Aufbau persönlichen Wohlbefindens sowie die Unterstützung der Entwicklung des Kindes. Viele dieser Programme setzen deutlich vor der Schule ein und verstehen sich selbst als Frühförderprogramme.

– Die *erste Schwelle* in dem Diagramm von *Schone* (2008; Abb. 16.1) markiert in einem Kontinuum den Übergang zu Konstellationen, in denen Eltern die Erziehung der Kinder – aus welchen Gründen auch immer – nicht mehr in angemessener Weise gewährleisten können, in denen also ein erzieherischer Bedarf entsteht. Die meisten dieser Fälle sind keine Konstellationen von Kindeswohlgefährdung; unter bestimmten Bedingungen könnte eine Problemverschärfung sie aber heraufbeschwören. Die Kinder- und Jugendhilfe reagiert üblicherweise auf diese Hilfebedarfe mit ihren Angeboten der Hilfen zur Erziehung (vgl. Kap. 17.2).

  Weil sowohl die Forschung als auch die Erfahrung in der Praxis zeigen, dass Fälle von Kindeswohlgefährdung nicht selten aus mehrfach belasteten familiären Situationen heraus entstehen, ist es sinnvoll, an dieser Schwelle auch die Aufmerksamkeit für entsprechende Problemkonstellationen zu erhöhen.[125] In der aktuellen Diskussion hat sich dafür der – aus der Sicht der Kommission etwas irreführende – Begriff der Frühwarnsysteme etabliert. Denn es ist aus der Sicht der Kommission durchaus diskussionswürdig, ob die mit dem deutschen Begriff Frühwarnsystem unvermeidlich einhergehenden Assoziationen mit dem Katastrophenschutz nicht falsche Bilder provozieren. Die englische Formulierung „social warning system“ trifft die Sache aus der Sicht der Kommission besser, so dass man im Deutschen von „sozialen Warnsystemen“, z. B. in Fällen von drohender Kindeswohlgefährdung, sprechen könnte. Ein Ausweg eröffnet sich, wenn man – wie aktuell z. B. zunehmend in Bayern – von Frühwarn- und Fördersystemen spricht.

  Die Bemühungen um frühe soziale Warnsysteme zielten in der jüngeren Zeit einerseits auf die Verbesserung der Diagnoseinstrumente (vgl. Kindler/Lillig 2006; Kindler/Lukasczyk/Reich 2008; Ostler/Ziegenhain 2007) und eine entsprechende Qualifizierung der Fachkräfte (wie z. B. die *Zertifikatskurse zur Kinderschutzfachkraft nach § 8a* des Instituts für Soziale Arbeit *(ISA)* in Münster) sowie auf eine verbesserte Kooperation innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe, vor allem zwischen öffentlichen und freien Trägern wie auch zwischen Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem.

  In der Phase von der Schwangerschaft bis zum dritten Lebensjahr spielen dabei – gerade auch in Hinblick auf die Vermeidung einer Stigmatisierung bei gleichzeitiger Ermöglichung früher Unterstützung – zunächst einmal die Angebote eine zentrale Rolle, die allen (werdenden) Eltern offen stehen, also Schwangerschaftsvorbereitungskurse, Schwangerschafts(konflikt-)beratungsstellen, Gynäkologinnen und Gynäkologen vor allem die Geburtskliniken und -ambulanzen, die Hebammen, Kinderkrankenschwestern, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte. Dazu kommen die die speziell ausgebildeten Familienhebammen, die Kinderpsychiatrie sowie Pädiatrie und der öffentliche Gesundheitsdienst sowie die Frühförderung. Zu nennen sind auch die Familien-, Ehe- und Erziehungsberatungsstellen, bei denen es mittlerweile weitere Ausdifferenzierungen gibt. So haben sich Angebote wie „Schreibabyambulanz“ oder „Entwicklungspsychologische Beratung“, die nicht selten interdisziplinär angelegt sind, auf Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern spezialisiert (Cierpka u. a. 2007; Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit Bayern 2007; Keupp 2008, als genereller erblick Sann 2007). Zum Teil gibt es hier auch Kooperationsbezüge zu den Frühförderstellen (vgl. Kap. 16.3.3).

  Als Beispiel für niedrigschwellige Hausbesuchsprogramme für hoch belastete (werdende) Eltern mit psychosozialen Risikofaktoren und (zu klärendem) Hilfebedarf können Programme mit speziell geschulten *Familienhebammen*[126] oder auch das Projekt *STEEP™* gelten.

  Hausbesuchsprogramm STEEP™

  STEEP™ (Steps towards effective and enjoyable parenting) ist ein in den USA seit Jahren erfolgreich erprobtes Hausbesuchsprogramm. Es setzt darauf, hoch belastete (werdende) Eltern von Säuglingen und Kleinkindern von 0–3 Jahren, die einen Bedarf an Clearing oder an Hilfen zur Erziehung haben, auf das Zusammensein mit ihrem Kind vorzubereiten und mithilfe von Videoaufnahmen („Seeing is believing“) von Eltern-Kind-Interaktionen ein gelungenes, einfühlsames Verhalten zu erkennen und zu festigen. Seit 2004 wird STEEP™ in einem hochschulübergreifenden Verbund der HAW Hamburg zusammen mit der FH Potsdam in Praxiseinrichtungen eingeführt.

  Bei allen beteiligten Akteuren besteht Einigkeit darin, dass Unterstützung und Hilfe für belastete Eltern und dabei auch Kinderschutz nur im abgestimmten Zusammenspiel erfolgreich sein kann. Weil es an dieser Stelle in der Vergangenheit immer wieder Probleme gab, werden in einer Reihe von Orten in Form von Modellprogrammen auf Bundes-, Landes- und lokaler Ebene neue Strategien der Kooperationen entwickelt und erprobt. Ein Beispiel dafür ist das im Folgenden dargestellte Projekt.

[125] Ein Weg dazu können sensibel eingesetzte offene bzw. (teil-)standardisierte Diagnoseverfahren zur Bestimmung des Hilfebedarfs sein.

[126] Vgl. http://www.fruehehilfen.de/3479.0.html sowie http://www.fruehehilfen.de/3478.0.html

Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“

„Guter Start ins Kinderleben“ ist ein Modellprojekt der Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, zur frühen Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenzen von Eltern in prekären Lebenslagen und insbesondere zur Prävention von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im frühen Lebensalter. Ziel des Modellprojektes ist es, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, belastete Eltern, wie etwa sehr junge und allein erziehende Mütter früh und optimal zu unterstützen. Für eine optimale Unterstützung und Versorgung werden an verschiedenen Standorten niedrigschwellig und interdisziplinär angelegte Kooperationsformen und Vernetzungsstrukturen zur gezielten Unterstützung eines guten Starts von Säuglingen und Kleinkindern erprobt und entwickelt. Angebote der Kinder- und Jugendhilfe sowie des Gesundheitssystems werden dabei systematisch miteinander koordiniert und auf ihre Praxistauglichkeit hin überprüft. Über eine Bestandsaufnahme der vorhandenen Angebote der Hilfen für junge Eltern sowie der Vernetzungsstrukturen werden diese weiterentwickelt und verbindliche Verfahrensregelungen und Zuständigkeiten festgelegt. Die weiteren Schritte betreffen die Weiterbildung von Fachkräften im Bereich der entwicklungspsychologischen Beratung zur videogestützten Bindungsförderung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern, sowie Unterstützung der Praxis durch die Entwicklung von Instrumenten, wie etwa eines Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch mit Eltern, um einen möglichen Hilfebedarf in der Zeit um die Geburt des Kindes wahrnehmen zu können. Ein „Workshop Kinderschutz“ mit Fachkräften aus dem Schnittstellenbereich Gesundheit- und Jugendhilfe ergänzen diesen Schritt. Als Ergebnis des Projekts wird ein „Werkbuch Vernetzung“ vorgelegt, das auch andere Kommunen in ihrer Vernetzungsarbeit unterstützen soll. Das Programm wird von den Ländern Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen sowie dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert.

– Die *zweite Schwelle* (siehe Diagramm von *Schone* 2008; Abb. 16.1) schließlich markiert die Übergänge in die Gefährdungskonstellationen, also den Anwendungsbereich des § 8a SGB VIII. Während Förderung und Hilfe auf die freiwillige Mitwirkung der Eltern setzen, ändert sich an dieser Stelle die Lage zunächst aus der Sicht der Eltern gravierend: Aus der Freiwilligkeit wird die Verpflichtung, an der Abwendung der Kindeswohlgefährdung mitzuwirken; ggf. muss das Jugendamt auch gegen den Willen der Eltern die Kinder schützen. Dies hat Folgen für alle Tätigkeitsbereiche einschließlich der Kooperation: „Während die Grenzlinie zwischen der ersten und der zweiten Schwelle durch die Existenz und die Formulierung individueller Rechtsansprüche von Eltern bei einer defizitären Erziehung markiert ist, ist die Grenzlinie zwischen der zweiten und dritten Schwelle dadurch gekennzeichnet, dass hier nicht in Anspruch genommene Rechtsansprüche von Eltern in Eingriffsverpflichtungen des Staates (des Jugendamtes) umschlagen“ (Schone 2008, S. 60).[127] Die entsprechenden Kooperationen zwischen den beteiligten sozialstaatlichen Akteuren geraten so unter das Vorzeichen ordnungsrechtlicher Pflichten des Staates.

In den letzten zwei Jahren hat es vielfältige Bemühungen der Jugendämter und der freien Träger sowie der Fachdiskussion gegeben, die entsprechenden Vorgaben des 2005 neu in das SGB VIII aufgenommenen § 8a zum „Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung“ umzusetzen (z. B. in Form zusätzlicher Qualifizierung von Fachkräften für den Kinderschutz, des Abschlusses eigener Vereinbarungen zwischen den Jugendämtern und den freien Trägern sowie der Einführung neuer trägerinterner Regeln für den Kinderschutz).[128] Die Anstrengungen, durch weiter gehende gesetzliche Regelungen in Form von Kinderschutzgesetzen auf Bundes- und auf Landesebene die Voraussetzungen für die Praxis und die Kooperation der beteiligten und verantwortlichen Akteure zu klären (vor allem in Bezug auf das Problem des Datenschutzes) und soweit als möglich die Handlungsoptionen zu erweitern (z. B. indem vorgeschlagen wird, Hausbesuche und die Inaugenscheinnahme bei begründetem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung zur Regel zu machen), belegen, dass die Entwicklung noch nicht an ihr Ende gekommen ist.

Es ist naheliegend, dass spätestens nach der zweiten Schwelle die gesundheitsbezogenen Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe bzw. des Gesundheitssystems vorrangig in Interventionen bestehen müssen, um (weitere) Misshandlung, physische, psychische und emotionale Vernachlässigung oder gar die Tötung von Kindern zu verhindern. Die Diskussion der letzten Jahre hat gezeigt, dass dabei Prävention, soziale Kontrolle und Intervention Hand in Hand gehen. Die lange Zeit eher an den Rand des fachlichen Selbstverständnisses gedrängten Kontrollfunktionen der Kinder- und Jugendhilfe erwiesen sich dabei angesichts drohender Kindeswohlgefährdungen einerseits als unabweisbar; andererseits zeigen eine ganze Fülle von Fachtagungen und Veröffentlichungen, wie sich die Kinder- und Jugendhilfe mit diesem Aspekt ihrer Praxis noch immer schwertut und welche Mühen es ihr bereitet, soziale Kontrolle als Moment ihres fachlichen Handelns zu begreifen. Die Diskussionen um den Stellenwert sozialer Kontrolle als Moment der frühen Hilfen (vgl. z. B. Keupp 2008; Schone 2008) indizieren dabei nicht nur eine Herausforderung für die Kinder- und Jugendhilfe, sondern für alle an dieser Stelle kooperativ verbundenen Akteure.

[127] Im Originalzitat ist von Ebenen statt von Schwellen die Rede. Um das Zitat an das oben dargestellte Modell anzupassen, wurde diese Ersetzung im Zitat vorgenommen.

[128] Vgl. z. B. hierzu auch die Empfehlungen des Bayerischen Landesjugendamtes zu den §§ 8a, 72 a SGB VIII.

Gerade nach der zweiten Schwelle, wenn sich der Blick auf Kinderschutz bzw. Gefahrenabwehr für Kinder richtet, ist Elternarbeit/Elternbildung im Sinne einer Familienaktivierung von besonders großer Bedeutung, wenngleich sie hier besonders schwer realisierbar erscheint. Ein gutes Beispiel liefert die *Integrative Familienhilfe*. Diese gibt es z. B. im *Margaretenstift* in Saarbrücken seit 1995 (zur Darstellung des Konzepts und zu seiner Umsetzung vgl. Zimmer 2007, S. 112–133). Die Integrative Familienhilfe ist eine Hilfe zur Erziehung nach § 27 SGB VIII. Von 1995 bis 1998 wurde die Integrative Familienhilfe als Bundesmodellprojekt gefördert und hat sich zwischenzeitlich vielfach etabliert. Ziel des Ansatzes ist es, „stationäre Aufenthalte von Familien und ambulante Betreuung so zu verbinden, dass mit den familiären Systemen sehr intensiv gearbeitet werden kann“ (Deutscher Bundestag 1998, S. 259).

Eine sich abzeichnende wichtige Entwicklung ist in der wachsenden Bereitschaft zu sehen, aus Fehlern zu lernen (vgl. Fegert/ Besier 2008). Dies setzt einerseits entsprechende institutionelle Kulturen und andererseits entsprechende Verfahren voraus. Aus der Sicht der Kommission wird dabei von besonderer Bedeutung sein, dass Kinderschutz eine gemeinsame Aufgabe darstellt, die Fehleranalyse sich also nicht allein auf Jugendämter und freie Träger beziehen darf, sondern auch auf andere Akteure (z. B. Hebammen oder Schulen), die in Verdachtsfällen aktiv werden müssen. Darüber hinaus muss geklärt werden, welche Instanzen sachgerecht in der Lage sind, Fehleranalysen durchzuführen. Ein wichtiger Akteur für den Bereich der Kinder- und Jugendhilfe könnten dabei – zumindest im Prinzip – zukünftig die Landesjugendämter sein, wobei die Bereitschaft hierzu von der Praxis ausgehen muss.

Trotz weitgehendem Konsens, dass es an dieser Stelle einer verbesserten Zusammenarbeit bedarf, zeigen die Erfahrungen in der Praxis, dass noch eine Reihe von Hürden zu nehmen sind. Im Kern lassen sich derzeit vor allem die folgenden benennen:

- Nach wie vor bestehen Unklarheiten und Unkenntnis über die Aufgaben- und Kompetenzbereiche der beteiligten Institutionen und Fachdisziplinen in den Netzen. Nicht immer ist klar definiert, was die eigenen Zuständigkeiten sind, was andere Akteure leisten, wo die jeweiligen Grenzen liegen und was nur gemeinsam erbracht werden kann. Dies gilt auch für die Kinder- und Jugendhilfe. Als ein Beispiel sei auf die Debatte um die Rolle der Jugendämter im Kontext des sogenannten Einlademeldewesens zu den freiwilligen kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (U 1-9) verwiesen. Es ist durchaus umstritten, ob dem Jugendamt gleichsam automatisch die Aufgabe zukommt, Eltern, die U-Termine versäumen, anzusprechen und zur Einhaltung der Termine zu motivieren. Eine weitere viel diskutierte Thematik dreht sich um das Fachverständnis der Kinder- und Jugendhilfe als unterstützende vs. kontrollierende Instanz und die Frage, wie Aufgaben sozialer Kontrolle fachlich angemessen umgesetzt werden können (Schone 2008).
- Als unzureichend müssen nach wie vor die zur Verfügung stehenden Ressourcen bezeichnet werden. Schon vor der Einführung des § 8a SGB VIII litten die *Allgemeinen Sozialen Dienste* bzw. die *Bezirkssozialarbeit* unter hohen Fallbelastungszahlen. So berechtigt und wichtig die nun deutlicher formulierten Aufgaben im Bereich Schutz vor Kindeswohlgefährdung sind, so muss auch konstatiert werden, dass die dafür notwendigen personellen Ressourcen keineswegs im gleichen Umfang – trotz erkennbarer Aufstockungen in vielen Jugendamtsbezirken – mit gewachsen sind. Zugleich indizieren erste vorläufige Erfahrungen mit Meldesystemen, z. B. zu den bereits erwähnten U-Untersuchungen, dass die Jugendämter einerseits dafür erhebliche Ressourcen bereitstellen müssen, denen andererseits bislang kaum benennbare Effekte gegenüberstehen.
- Allerorten erweisen sich die sozialen Warnsysteme als ressourcenaufwändig. Die Finanzierung über Modellprogramme verdeckt derzeit noch vielerorts das absehbare Folgeproblem, wer auf Dauer die Kosten übernimmt.[129]

Entgegen dem Alltagsverständnis ist der Begriff Kindeswohlgefährdung keineswegs eindeutig. Abgesehen von den unstreitig „klaren Fällen“ machen der Praxis uneindeutige und wenig präzise vorhersagbare Konstellationen zu schaffen. Zusammen mit dem öffentlichen Druck sowie die Befürchtung, sich ggf. auf der Anklagebank wiederzufinden, führen diese professionellen Unsicherheiten zu der Neigung, im Zweifelsfall die Eingriffsschwelle zu senken, damit man sich später nicht Untätigkeit nachsagen lassen muss.

Das zuvor dargestellte Spektrum an Angeboten bezieht sich fast ausschließlich auf Eltern mit Kindern und setzt mit der Geburt ein. Während der Schwangerschaft gibt es einerseits die medizinischen Vorsorgeuntersuchungen und andererseits die auf die Geburt vorbereitenden Kurse, die meistens von den Geburtskliniken und Hebammen durchgeführt werden.

Diese Angebote erweisen sich schon seit Längerem als unzureichend, weil es für werdende Eltern in belastenden Situationen zwar Angebote über die medizinische Versorgung hinaus gäbe, deren Finanzierung aber nicht immer gewährleistet ist. So gibt es Angebote der Lebensberatung, z. B. vonseiten der Kirchen, wie auch der Familien- und Schwangerschaftsberatung. Ebenso ist die Finanzierung der Leistungen von Familienhebammen oder ggf. vorgeburtlich notwendiger Familienhelferinnen nicht ab-

[129] Hier ist zu verweisen auf die Breitenwirkung durch das Kinderschutzgesetz in Rheinland-Pfalz, durch das als erster Schritt das Konzept der Fallpauschale eingeführt wurde, sowie in Bayern durch eine entsprechende Förderrichtlinie zur Finanzierung von Netzwerkarbeit. Gute Netzwerkstrukturen müssen gleichermaßen auf kommunaler Ebene bottom-up (durch Corporate Identity, gemeinsame Verfahrensstandards, administrativ festgeklopfte Strukturen, etc.) als auch auf Länderebene top-down verankert werden.

gesichert. Darüber hinaus sind viele dieser Angebote sowohl untereinander als auch mit der Kinder- und Jugendhilfe nicht ausreichend vernetzt.

Es bedarf deshalb dringend einer institutionellen Absicherung – verbunden mit einer regelhaften Finanzierung – von Beratungs- und Unterstützungsangeboten über die Gruppe der minderjährigen Schwangeren (für die es seitens der Kinder- und Jugendhilfe Unterstützung gibt) hinaus für (junge) Eltern in entsprechenden Bedarfslagen. Die jüngst wiederholt formulierte Einsicht, dass Kinderschutz vor der Geburt, nämlich genau genommen bei der Familienplanung beginnt, muss an dieser Stelle auch zu einer entsprechenden Regelung der Zuständigkeiten und der Absicherung der Finanzierung führen. Ggf. reicht eine Klarstellung der Formulierungen des § 16 SGB VIII und eine Ergänzung des beispielhaften Leistungskatalogs der Hilfen zur Erziehung in §§ 27ff SGB VIII um Frühe Förderung, die ggf. bereits vor der Geburt einsetzen könnte. Analog ist die Absicherung der notwendigen Leistungen des Gesundheitswesens im SGB V zu überprüfen und erforderlichenfalls zu ergänzen. Im § 16 SGB VIII wird im Absatz 2.1 hervorgehoben, dass „junge Menschen auf Ehe, Partnerschaft und das Zusammenleben mit Kindern vorzubereiten“ seien.

16.2 Kindertagesbetreuung

Es gibt in der Bundesrepublik (Stand 2007) 48 652 Kindertagesstätten. Diese Zahl ist zwischen 1998 und 2007 – nach einem geringfügigen Rückgang in 2002 – gleich geblieben (Lange 2008).

Die öffentliche Kindertagesbetreuung strukturiert sich in Deutschland traditionell nach dem Alter der Kinder. Klassische Formen der Betreuung sind zum einen die Kinderkrippe (für die unter 3-Jährigen), der Kindergarten (für

Tabelle 16.1

Zahl der Kinder mit Behinderungen zum Stichtag 15. März 2006 nach Art der Einrichtung und nach Bundesländern

Bundesländer	Kinder mit Behinderungen zum 15.03.2006		
	in Sondereinrichtungen	in integrativen Einrichtungen	Anteil integrativ betreuter Kinder
	absolute Werte	absolute Werte	in %
Baden-Württemberg	277	2.667	*90,6*
Bayern	1.119	3.374	*75,1*
Berlin	28	3.400	*99,2*
Brandenburg	552	1.455	*72,5*
Bremen	11	651	*98,3*
Hamburg	387	897	*69,9*
Hessen	448	3.948	*89,8*
Mecklenburg-Vorpommern	314	1.456	*82,3*
Niedersachsen	4.324	3.149	*42,1*
Nordrhein-Westfalen	1.531	8.780	*85,2*
Rheinland-Pfalz	821	1.831	*69,0*
Saarland	200	669	*77,0*
Sachsen	2.182	2.674	*55,1*
Sachsen-Anhalt	67	2.028	*96,8*
Schleswig-Holstein	453	2.477	*84,5*
Thüringen	0	2.648	*100*
D (mit Berlin)	12.714	42.104	*76,8*
O.-D. (ohne Berlin)	3.115	10.261	*76,7*
W.-D. (ohne Berlin)	9.571	28.443	*74,8*

Quelle: Deutsches Jugendinstitut (2008) auf der Basis des statistischen Bundesamtes 2006

die 3- bis 6-Jährigen) und der Hort (für Schulkinder zwischen 6 und 12 Jahren). Inzwischen gibt es eine Vielzahl von Altersmischformen, die sogenannte kleine oder große Altersmischung, bis hin zu einer „offenen" Form der Betreuung, in der keinerlei Zuordnung mehr nach Altersgruppen vorgenommen wird.

Ein weiteres Betreuungsangebot stellen die Sonderkindergärten dar. Diese haben sich über ein an Behinderungsformen und den damit verbundenen Defiziten orientiertes Förder- und Beschulungskonzept für Kinder mit körperlichen, geistigen, Lern- und seelischen Behinderungen sowie mit psychischen und sozialen Auffälligkeiten an speziellen Schulen und Heimen entwickelt und sind damit der Behindertenhilfe angegliedert (vgl. Kap. 13).

Aber nicht alle Kinder mit einer Behinderung besuchen Sonderkindergärten (vgl. Tab. 16.1). Spätestens mit der Verbreitung von Integrationsplätzen in Regelkindergärten seit Anfang 1980 liegt die Zuständigkeit für einen Teil der Kinder mit Behinderung wie für alle klassischen Formen der Kinderbetreuung bei der Jugendhilfe (vgl. § 22a (4) SGB VIII). Ungefähr die Hälfte der Kinder mit Behinderung gehen in einen Regel- oder einen Integrationskindergarten, mit großen regionalen Unterschieden. Vereinzelt existieren auch Integrationseinrichtungen im Bereich der Krippen und Horte.

Die Kindertagespflege stellt ein weiteres Angebot dar, in dem Kinder vom Säuglingsalter bis zum Schulalter für Teile des Tages oder auch ganztags von Tagespflegepersonen betreut werden. Der Schwerpunkt dieser Betreuungsform liegt bei der Altersgruppe der unter 3-Jährigen, da hier vor allem in Westdeutschland der größte Mangel an Betreuungsplätzen herrscht und die Nachfrage der Eltern sehr hoch ist.

Die Kindertagespflege hat sich in einem eher nichtöffentlichen Bereich entwickelt, d. h. hier wurden und werden Privatverträge zwischen Eltern und einer Person geschlossen, die bereit ist, die Betreuung des Kindes zu übernehmen. Mit Inkrafttreten des Tagesbetreuungsausbaugesetzes (TAG) im Jahre 2005 wurde die gesetzliche Gleichrangigkeit der Kindertagespflege gegenüber der institutionellen Kindertagesstätte festgeschrieben und der Ausbau von öffentlich unterstützten Kindertagespflegeplätzen angeregt. In dem am 1.1.2009 in Kraft getretenen Kinderförderungsgesetz (KiföG) wurde im § 43 (3) SGB VIII festgelegt, dass die Erlaubnis zur Kindertagespflege zur gleichzeitigen Betreuung von bis zu fünf fremden Kindern befugt. Landesregelungen können darüber hinaus bestimmen, dass Tagespflegepersonen mit einer pädagogischen Ausbildung auch mehr als fünf Kinder betreuen dürfen, allerdings nicht mehr als in einer vergleichbaren Gruppe einer Tageseinrichtung.

16.2.1 Inanspruchnahme von Betreuung, Bildung und Erziehung in Tageseinrichtungen für Kinder

Die Besuchsquoten der Tagesbetreuung weichen in Ost- und Westdeutschland vor allem für Kleinkinder auch weiterhin beträchtlich voneinander ab. Nahmen 2007 in Ostdeutschland 41 Prozent der Kinder unter drei Jahren einen Betreuungsplatz in Anspruch, waren dies in Westdeutschland lediglich 9,9 Prozent.

Die klassischen Betreuungsformen haben vor allem seit Einführung des Rechtsanspruchs der 3- bis 6-jährigen Kinder auf einen Kindergartenplatz (1996) einen kräftigen Ausbau erfahren, so dass vor allem in Ostdeutschland für die 3- bis 6-Jährigen von einer Vollversorgung gesprochen werden kann. In Ostdeutschland beträgt die Besuchsquote insgesamt 94 Prozent und in Westdeutschland 89 Prozent. Sieht man sich die Zahlen jedoch genauer an, so fällt auf, dass in Westdeutschland die Quote der Inanspruchnahme bei den 3- bis 4-Jährigen lediglich bei 77,7 Prozent liegt, die der Kinder im gleichen Alter in Ostdeutschland aber bei 93,6 Prozent (Lange 2008).

Dieser Entwicklung folgte dann ab 2005 (Einführung des TAG) ein Ausbau von Plätzen für Kinder unter drei Jahren. Ziel der Bundesregierung ist es, auf der Basis des 2008 verabschiedeten Kinderförderungsgesetzes (KiFöG) bis zum Jahr 2013 für 35 Prozent der Kinder unter 3 Jahren Betreuungsplätze zu schaffen (Weiß u. a. 2008). Zum anderen bieten die Träger der Einrichtungen immer mehr alterserweiterte Formen der Betreuung an, sodass inzwischen manche Kindertagesstätten 2-Jährige aufnehmen und eine Hortbetreuung am Nachmittag in die Einrichtung bzw. in einzelne Gruppen integriert wird (sogenannte große Altersmischung). Der Ausbau von Plätzen für Kinder unter 3 Jahren fand in Westdeutschland bisher vor allem dadurch statt, dass diese Kinder (meist 2-Jährige) vermehrt in die Gruppen der Kindergärten integriert wurden. Diese Vorgehensweise ist wegen der fehlenden fachlichen Ausstattung jedoch umstritten (Dittrich/Riedel 2008).

So besuchten 2006 bundesweit lediglich 7,2 Prozent der Kinder unter 3 Jahren eine Kinderkrippe, aber 31,1 Prozent einen Kindergarten mit altersgemischten oder altershomogenen Gruppen. In öffentlicher Kindertagespflege befanden sich 1,5 Prozent dieser Kinder (Deutsches Jugendinstitut 2008).

Bundesweit gab es 2007 insgesamt 28,5 Prozent Kinder mit Migrationshintergrund in Kindertagesstätten, dieser Anteil sinkt bei denjenigen, in deren Familien kein Deutsch gesprochen wird, auf 17,2 Prozent. Die Daten zeigen weiter, dass Eltern mit Migrationshintergrund und einer nichtdeutschen Familiensprache ihre Kinder vorwiegend erst ab dem dritten Lebensjahr in eine Kindertagesstätte geben (DJI/Dortmunder Arbeitsstelle 2008).

16.2.1.1 Ausbildungssituation der Tagespflegepersonen, Erzieherinnen und Erzieher sowie Kinderpflegerinnen und Kinderpfleger

Die Ausbildung von Tagespflegepersonen besteht aus Kursen, die die Jugendämter oder andere Träger anbieten und die einen sehr unterschiedlichen zeitlichen Umfang zwischen ca. 15 und 160 Stunden haben (Deutsches Jugendinstitut 2008a). Nach *Weiß u. a.* (2008) wird die

Mehrzahl der Tagespflegepersonen in Deutschland nach dem *DJI-Curriculum Kindertagespflege* fortgebildet.

Das pädagogische Personal einer Kindertagesstätte setzt sich zum einen aus Erzieherinnen zusammen, die überwiegend nach zweijähriger Fachschulausbildung und evtl. einem Berufsanerkennungsjahr ihre Berufsausbildung abschließen, zum anderen aus Kinderpflegerinnen/Sozialassistentinnen, die in einem oder zwei Jahren Berufsfachschule ihre Anerkennung zur Arbeit in Kindertagesstätten erwerben. Inzwischen ist das Feld der Ausbildung von Erzieherinnen in den Ländern in Bewegung geraten, nicht in allen Bundesländern wird noch ein Berufsanerkennungsjahr gefordert, die Länge der Schulausbildung sowie der Umgang mit Praktika verändern sich vor allem da, wo Fachhochschulen und vereinzelt Universitäten ebenfalls Ausbildungsgänge für Erzieherinnen anbieten. Kinderpflegerinnen oder Personen ohne Fachausbildung sind z. T. auf Hilfstätigkeiten beschränkt, sie dürfen keine selbstständigen Aufgaben in der pädagogischen Arbeit übernehmen. Die Leitung von Kindertagesstätten wird überwiegend von Erzieherinnen und zum Teil von Sozialpädagoginnen und -pädagogen übernommen. Vereinzelt bieten inzwischen Universitäten auch zertifizierte Weiterbildungsmöglichkeiten für Leiterinnen von Kindertagesstätten an.

16.2.1.2 Die pädagogische Qualität von Betreuungsangeboten

Die pädagogische Qualität von Kindertagesstätten wird neben den Strukturelementen meist durch Angebote ausgewiesen, die an spezifischen Konzepten orientiert sind. Dabei spielen Ansätze der Fröbel-, Waldorf-, Montessori- oder Freinetpädagogik oder auch der Situationsansatz eine tragende Rolle. Die Konzepte beziehen sich vor allem auf (soziale) Aktivitäten in Gleichaltrigengruppen sowie auf die altersgemäße Verselbstständigung von Kindern und unterscheiden sich damit in ihren Inhalten deutlich von denen der Schule. In neuerer Zeit hinzugekommen sind z. B. Konzepte wie der spielzeugfreie Kindergarten, der Waldkindergarten sowie unterschiedliche Ansätze zur Sprachförderung und Angebote wie Umgang mit erster Mathematik oder Erkundung von Naturphänomenen, die sich entweder an alle Kinder oder gezielt z. B. an Kinder mit Migrationshintergrund richten. Kindertagesstätten, die auch Kinder mit Behinderungen aufnehmen, verfügen neben verbesserten Rahmenbedingungen über Konzepte einer „Pädagogik für alle Kinder“, in die die besonderen Bedürfnisse der Kinder mit Behinderung integriert sind (Schöler u. a. 2005, Dittrich 2008).

Die Leitlinien der inhaltlichen Arbeit mit Kindern in Kindertagesstätten wurden in allen Bundesländern in eigenen Bildungsplänen[130] festgeschrieben. Diese Bildungspläne sind in Tiefe und Themenwahl, Umfang und Ausrichtung sowie der Altersspanne der Zielgruppe sehr unterschiedlich. In den meisten Bundesländern wird die Altersgruppe der unter 6-Jährigen, in einigen Ländern sogar die Gruppe der unter 1- bis10- oder der bis14-Jährigen berücksichtigt (Friederich 2008). Nur in Mecklenburg-Vorpommern bezieht sich der Bildungsplan lediglich auf die letzten 10 Monate vor Schuleintritt.

Nicht in allen Bildungsplänen wurden also die pädagogischen Anforderungen für die Arbeit mit Kindern unter 3 Jahren spezifiziert und nicht alle Bildungspläne haben die Spezifik pädagogischer Arbeit bei der Aufnahme von Kindern mit Behinderung dargestellt (Friederich 2008).

Die Entwicklung einer den Bildungsplänen entsprechenden schriftlichen Konzeption, die darüber hinaus ggf. auch spezifische Aufgaben der Kindertagesstätten berücksichtigt, gehört in den Kindertagesstätten heute zum Standard. Soweit Tagespflegepersonen Konzeptionen für die Kindertagespflege entwickeln, lehnen diese sich an die der Kindertagesstätten an.

Eine zentrale Forderung für alle Institutionen der Kinderbetreuung stellt die Fähigkeit der Erziehungspersonen dar, den Bindungsbedürfnissen der Kinder (s. Kap. 5.1) nachzukommen und diese in den Alltag der Einrichtung zu integrieren. Die gelingende Übergabe eines Kindes von einer vertrauten Bindungsperson (Mutter oder andere vertraute Person) an die Erzieherin in einer Kindertagesstätte (Krippe/Kindergarten) ist entscheidend dafür, dass sich das Kind ohne übermäßige Stresserfahrungen in den Alltag einer Kindertagesstättengruppe eingewöhnen kann.

In einer von der Stadt Stuttgart, Jugendamt sowie dem Landeswohlfahrtsverband Württemberg- Hohenzollern (2002) in Auftrag gegebenen Untersuchung zur Integration der unter Dreijährigen in die Kindertagesstätten des Landes werden die Anforderungen wie folgt beschrieben:

„Das Wohl der Dreijährigen erscheint gesichert,

- wenn sie mit Hilfe ihrer Eltern langsam eingewöhnt werden und eine Bindung zu einer neuen Bindungsperson aufbauen können,
- wenn die Verfügbarkeit einer bekannten Bezugsperson im Kindergartenalltag jederzeit gewährleistet ist,
- wenn Gruppengröße und Kinderdichte die Orientierungsfähigkeit der Kinder nicht überfordern,
- wenn die Räume (bzw. die Raumgestaltung) ihnen sowohl den Kontakt zu einer Bezugsperson erleichtern als auch ihre Wahrnehmung strukturieren und Bewegungsraum bieten,
- wenn ihnen verlässliche Kontakte mit gleichaltrigen Kindern garantiert werden,
- wenn ihnen Bezugspersonen zur Verfügung stehen, die die Zuwendungs- und Entwicklungsbedürfnisse von Zweijährigen verstehen und die bereit sind, Bindungs- und Bildungsprozesse durch körperliche und innere Präsenz dem Entwicklungsstand angemessen zu unterstützen,
- wenn das Einrichtungsteam die Gruppenerziehung von Zweijährigen akzeptiert und unterstützt und eine

[130] Hier wird der Begriff der Bildungsrahmenpläne bzw. Bildungspläne verwendet, obwohl diese Pläne in allen Ländern unterschiedliche Bezeichnungen haben. Ein Überblick über die Bildungspläne befindet sich im Anhang 31.

enge Zusammenarbeit mit den Familien pflegt.“ (Landeshauptstadt Stuttgart, Jugendamt und Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern 2002, S. 13)

Laewen und *Andres* (2002) beschreiben den Sinn einer Eingewöhnungsphase: „Aus einem gelungen Eingewöhnungsprozess konstruiert das Kind ein internes Arbeitsmodell, in dem es seine Erfahrungen mit gelungenen Kontakten aufbewahrt und als Modell zukünftiger Erfahrungen besitzt, das eine Überzeugung beim Kind schaffen kann, auf seine Lebenssituation selbst Einfluss nehmen zu können. So entsteht ein starkes Gefühl der ‚Selbst-Wirksamkeit‘, das auch später die Heranwachsenden davor schützt, sich als hilfloses Opfer von Umständen zu erleben.“ (2002, S. 160).

Für Krippe, Kindertagesstätte und Tagespflege liegen Konzepte der Eingewöhnung vor (Infans 2008; Andres/Laewen 1992; Laewen/Andres/Hèdervàri 2000), in denen ein fünfstufiges Modell des Übergangs von der vertrauten Bezugsperson zur Erzieherin begründet wird. Für die Kinderkrippen sind diese Eingewöhnungsphasen zum anerkannten Bestandteil des pädagogischen Prozesses geworden, wie auch (zumindest theoretisch) für die Kindertagesstätten und die Tagespflege. 98 Prozent aller Kindergärten und Krippen gaben bei der Kindertagesstättenbefragung (Gragert u. a. 2009) an, dass sie eine Eingewöhnung durchführen. Dies zeigt den Stellenwert dieses Prozesses in den Einrichtungen. Inwieweit sorgfältige Eingewöhnungen aber tatsächlich Bestandteil des pädagogischen Alltags bundesweit geworden sind und welche Qualität sie haben, muss aufgrund fehlender Untersuchungen in diesem Bereich offen bleiben. *Tietze u. a.* (2007, 2007a) legten zur Qualitätsprüfung von Kindertagesstätten, Kinderkrippen und Tagespflege Skalen vor, anhand derer eine Überprüfung auch der Eingewöhnungsphasen für die Einrichtungen ermöglicht wird.

16.2.2 Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention in Krippe, Kindergarten, Hort und Tagespflege

Grundsätzlich eignet sich das Setting[131] Kindertagesstätte sehr gut für die Umsetzung von präventiven und gesundheitsförderlichen Lebensweisen, da hier fast alle Kinder und ihre Familien erreicht werden können. Das bedeutet, dass alle Kinder und im Besonderen sozial benachteiligte Kinder und ihre Familien, Kinder mit Migrationshintergrund und Kinder mit (drohender) Behinderung gleichermaßen von gesundheitsförderlichen Ansätzen in der Kindertagesstätte profitieren können.

Das Gutachten des Sachverständigenrates zur „*Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*“ aus dem Jahr 2005 weist auf eine Differenzierung zweier Arten des Setting-Ansatzes (vgl. Teil A) hin: Zum einen „Gesundheitsförderung im Setting“ (in diesem Fall die Kindertagesstätte), zum anderen „Gesundheitsförderung durch Settingentwicklung“ (Bauer/Bittlingmayer 2006). Im ersten Fall wird die Kindertagesstätte als niedrigschwelliger Zugangsweg und -ort für spezielle Zielgruppen genutzt, um gesundheitsförderliche Interventionen durchzuführen. Die meisten gesundheitsförderlichen Aktivitäten in Kindertagesstätten beziehen sich wohl auf diesen ersten Typus (vgl. DJI, Datenbank ProKiTa in www.dji.de/prokita). „Gesundheitsförderung durch Settingentwicklung“ ist dagegen viel umfassender und versucht z. B. durch Stadtteilentwicklung und Vernetzung langfristig gesundheitsrelevante und gesundheitsabträgliche Lebensbedingungen zu modifizieren. Ein Beispiel einer so verstandenen Gesundheitsförderung findet sich z. B. in den *Early Excellence Centers* oder auch dem *KiTZ* (vgl. Kap 16.2.2.2). Erst durch eine solche Gesundheitsförderung können die Folgen möglicher sozialer Randständigkeit zumindest teilweise nachhaltig aufgefangen werden. Der Ansatz der „Gesundheitsförderung durch Settingentwicklung“ ist auch insofern zielführender, weil „Defizite“ in gesundheitsrelevanten Kompetenzen nicht individuumszentriert, sondern eingebettet in sozial ungleiche Alltagsstrukturen und Lebensstile betrachtet werden.

16.2.2.1 Konzeptionelle Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention in den Bildungsplänen

Wie schon erwähnt, wurden in den letzten Jahren in allen Bundesländern Bildungsrahmenpläne für Kindertagesstätten[132] mit Schwerpunkt auf dem Elementarbereich entwickelt, die auf verschiedene Bildungsbereiche eingehen. In allen 16 Bildungsplänen gibt es Bildungsbereiche, die sich mit dem Thema Gesundheit beschäftigen. Die Bedeutung von Gesundheit wird vor allem dort betont, wo der Gesundheitsbegriff der WHO verwendet wird. Immerhin 9 von 16 Ländern beziehen sich auf diesen Gesundheitsbegriff, drei weitere Bundesländer definieren einen ganzheitlichen Gesundheitsbegriff ohne Bezugnahme auf die WHO. Die übrigen vier Länder haben den Begriff „Gesundheit“ nicht reflektiert (Friederich 2008). Ein bundesweit gemeinsames Konzept zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in Kindertageseinrichtungen und der Tagespflege gibt es jedoch nicht. Unterschiede der Konzepte ergeben sich nicht nur durch die jeweiligen Bildungspläne, sondern auch durch die verschiedene Trägerschaft der Einrichtungen sowie die jeweiligen Sozialräume, in die die Einrichtungen eingebettet sind.

In 14 von 16 Bildungsplänen wird nicht nach Gesundheitsförderung und Prävention unterschieden; Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention sind jedoch implizit und vereinzelt auch explizit in den Bildungsplänen verankert. Auch die Qualitätsstandards und Bildungsbereiche für die Kindertagespflege (Tagesmütter) sind in den Bildungsplänen der Länder nicht festge-

[131] „Dem Settingansatz liegt die Idee zu Grunde, dass Gesundheit kein abstraktes Ziel ist, sondern im Alltag hergestellt und aufrechterhalten wird“ (Altgeld 2004, S. 807f.). Nach der WHO bedeutet Setting „der Ort oder der soziale Kontext, wo sich der Alltag der Menschen abspielt, bei dem umweltbedingte, organisatorische und persönliche Faktoren interaktiv Gesundheit und Wohlbefinden beeinflussen“ (World Health Organisation, WHO 1998, S. 264).

[132] Vgl. Überblick über die Bildungsrahmenpläne bzw. Bildungspläne im Anhang 31.

schrieben. Zwar wird in dem vom DJI erstellten „Curriculum für die Tagespflege“ (vgl. Weiß u. a. 2008), das häufig der Qualifikation der Tagespflegepersonen zugrunde liegt, u. a. auch das Thema „Gesundheit“ (Ernährung, Bewegung und Ruhe, Körperpflege, hygienische Maßnahmen und Schadstoffbelastung in und durch die räumliche Umwelt, Sicherheit und Unfallprävention im Innen- und Außenraum) aufgegriffen. Doch muss hier offen bleiben, wieweit und in welcher Form dieses Thema in der Aus- und Fortbildung von Tagespflegepersonen, für die bisher verbindliche Standards fehlen, vermittelt wird.

Die meisten Bildungspläne gehen auf die Themen Bewegung, Gesundheit und Ernährung ein. Nur der Bildungsplan von Nordrhein-Westfalen, der allerdings derzeit überarbeitet wird, verfügt außer dem Bildungsbereich Bewegung über keinen weiteren gesundheitsrelevanten Bereich. Daneben gehören Hygiene und Früherkennung zu den klassischen Themen, auf die in fast allen Bildungsplänen eingegangen wird. Themen der Gesundheitsförderung sind jedoch viel allgemeiner und ganzheitlicher angelegt und weit umfassender als die konkreten Maßnahmen der Gesundheitserziehung in Kindertagesstätten. Solche übergreifenden Themen sind nicht selten außerhalb der einzelnen Bildungsbereiche angesiedelt, wodurch zwar ihre übergeordnete Bedeutung deutlich, die Verzahnung mit den in den Bildungsplänen angesprochenen Bildungsbereichen aber vernachlässigt wird.

Im Allgemeinen liegt der Schwerpunkt in den gesundheitsbezogenen Bildungsbereichen auf den körperlichen Gesundheitsressourcen. Daneben haben zahlreiche Bundesländer bereits die Bedeutung von psychischen Gesundheitsressourcen erkannt und zum Teil mit berücksichtigt. Folgende Themen werden in den meisten Bildungsplänen explizit angesprochen, wenn auch in Form und Tiefe sehr unterschiedlich:

– Bewegung: Die Bewegungsförderung als Vorbeugung von Übergewicht und motorischen Schwächen ist in allen Bundesländern gut verankert.

– Ernährung: Die Bedeutung einer gesunden Ernährung wird in fast allen Bundesländern explizit angesprochen, außer in Nordrhein-Westfalen.

– Hygiene/Körperpflege: Die Hygiene oder Körperpflege ist ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitserziehung in Kindertagesstätten und wird nach geltenden Regelungen in den Tagesstättenalltag eingebaut. Der Themenbereich findet sich in elf Bildungsplänen der Bundesländer, in einigen jedoch wird er nicht explizit erwähnt (Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Thüringen).

– Körpererfahrung/-wahrnehmung/-bewusstsein: Auch dieser Themenbereich wird in beinahe allen Bildungsplänen aufgegriffen, ausgenommen Thüringen. Allerdings spielt dort die Bewegungserfahrung eine große Rolle, womit implizit auch die Körpererfahrung angesprochen wird (Friederich 2008).

Neben den körperlichen Gesundheitsressourcen werden auch folgende psychische oder personale Gesundheitsressourcen in den Bildungsplänen häufig erwähnt:

– Stressbewältigung/Entspannung: In 12 von 16 Bildungsplänen wird das Thema Stressbewältigung oder – gleich häufig – das Thema Entspannung (die als Strategie zur Stressbewältigung gelten kann) im Bildungsbereich Gesundheit behandelt. Nur drei Länder (Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen) gehen gar nicht auf diesen Themenbereich ein, und Thüringen nicht explizit, weist aber auf den ganzheitlichen Gesundheitsbegriff (körperlich, psychisch, sozial) hin.

– Sexualität: In 10 von 16 Bildungsplänen ist Sexualität ein Bestandteil des Bildungsbereichs Gesundheit (außer in Brandenburg, Bremen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Thüringen).

Neben diesen Ressourcen sind auch die sozialen Gesundheitsressourcen bedeutsam. Es finden sich allerdings erst wenige Hinweise dazu in den gesundheitsrelevanten Bildungsbereichen. In elf Bildungsplänen gibt es zur sozialen Kompetenz einen eigenen Abschnitt oder Bildungsbereich, der neben dem Gesundheitsbereich steht. Eine Verzahnung findet allerdings nicht unbedingt statt.

Die Bildungspläne enthalten häufig gesundheitsrelevante Themen, die nicht unter dem Oberbegriff „Gesundheit“ erfasst wurden, wie z. B. Resilienz oder Partizipation. Daneben werden in den Bildungsplänen noch weitere implizit gesundheitsfördernde und/oder präventiv wirkende Bildungsthemen genannt, wie z. B. geschlechtersensible Erziehung, Sprache, Beteiligung der Eltern und andere. Wenn das Kind sich z. B. als selbstwirksam erfahren kann, Möglichkeiten der Beteiligung hat und eine angemessene Sprachkompetenz erwirbt, so trägt dies indirekt zu seiner Gesundheit bei. Das Thema Bindung wird in den Bildungsplänen der Länder nicht immer aufgegriffen und sehr unterschiedlich tiefgründig behandelt.

16.2.2.2 Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in der Kindertagesbetreuung

Die Bildungspläne bieten den Trägern und Kindertagesstätten eine Orientierungshilfe und sind als Leitlinie zu verstehen. Bei der Umsetzung und Ausgestaltung der Bildungspläne gibt es in der Praxis einen großen Spielraum. Bisher liegen keine wissenschaftlichen Erkenntnisse vor, ob und inwiefern die Bildungspläne in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention in den jeweiligen Einrichtungen praktisch umgesetzt werden.

Eine bundesweite Befragung des Universitätsklinikums Eppendorf und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2005/2006, in die 643 Kindertagesstätten einbezogen wurden, hat gezeigt, dass zwei Drittel aller befragten Einrichtungen im zurückliegenden Jahr „Gesundheits-Projekte“ durchgeführt haben, die sich meist auf die Kinder, zur Hälfte auch auf die Familien und seltener auf die Erzieherinnen bezogen. Zu den Inhalten der Projekte gehörten im Wesentlichen die Themen Bewegungsförde-

rung, Zahnpflege, Verkehrserziehung, Förderung gesunder Ernährung und Sprachförderung (vgl. Kliche u. a. 2008).

Es würde den Rahmen sprengen, alle präventiv ausgerichteten und gesundheitsförderlichen Aktivitäten in Kindertagesstätten darzustellen, hier kann nur auf Übersichten verwiesen werden. So bietet die Recherche des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin (Dreas/Spiegel/Hassel 2008) eine gute Übersicht zu Good Practice-Ansätzen in den Bereichen Bewegung, gesunde Ernährung und Entwicklung eines gesunden Körpergewichts. Die ProKiTa Datenbank des Deutschen Jugendinstituts (DJI)[133], die kontinuierlich fortgeschrieben wird, erlaubt einen Überblick über wissenschaftlich geprüfte und übertragbare Projekte zu unterschiedlichen Bereichen, wie Gesundheit, Sprache, Integration etc.. Es gibt darüber hinaus noch weitere Datenbanken, z. B. von der BZgA oder der Plattform Ernährung und Bewegung, die mit jeweils unterschiedlichen Fokus und verschiedenen Qualitätskriterien Projekte aufgenommen haben.

Ein nicht zu vernachlässigendes Problem besteht dabei insofern, als bisher allgemein akzeptierte und verbindliche Kriterien für „Good Practice"-Projekte im Bereich Gesundheitserziehung fehlen. Zwar wird im Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin derzeit an solchen Kriterien gearbeitet, doch unterscheiden sich die Kriterien der Medizin erkennbar von jenen der sozialwissenschaftlichen Präventionsforschung sowie von jenen der Projektdatenbanken in der Kinder- und Jugendhilfe (vgl. Kap. 20.6 und Kap. 23.1.11).

Wenn im Folgenden einzelne Praxisbeispiele genannt werden, so ist damit keinerlei Wertung verbunden, sondern dies dient vor diesem Hintergrund lediglich der Veranschaulichung von Ansätzen, die sich an den gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen für 3- bis 6-Jährige (Sprechen, Bewegung, Achtsamkeit) orientieren.

Für die Bereiche Bewegung, Ernährung und Entspannung gibt es in Deutschland eine Vielzahl an Projekten, die entweder von öffentlichen Trägern finanziert und gefördert werden oder aus eigener Initiative der Einrichtung heraus entstanden sind. Von diesen sollen drei exemplarisch genannt werden:

Das Projekt *„Besser Essen – mehr bewegen – Gesund sind wir stark! Sagliki daha güclüyüz!"* (Berlin) richtet sich vor allem an Kinder und Familien mit Migrationshintergrund. Durch die Ausbildung eines Mentoren- und Trainer-Netzwerkes (u. a. mit muttersprachlichen Multiplikatoren) werden die Gewohnheiten von Familien mit Migrationshintergrund eruiert und versucht, unterstützend im Sinne von Gesundheitsförderung zu wirken.[134]

Das Projekt *„Agenda 21 – Projekt Kindergesundheit"* der Stadt Karlsruhe fördert „gesunde Ernährung, ausreichende Bewegung und nachhaltige Alltagsmobilität" mit dem Ziel, den Anteil der übergewichtigen Kinder bei der Einschulung zu verringern.[135]

Das Projekt *„gesunde kitas – starke kinder"* der Plattform Ernährung und Bewegung e. V. (peb) in Berlin hat ein Pilotprojekt für die Bereiche Ernährung, Bewegung und Entspannung gestartet. Das Projekt engagiert sich für eine ganzheitliche Gesundheitsförderung, die gleichzeitig die Bildungs- und Entwicklungsprozesse der Kinder stärkt.[136]

Für den Bereich „Sprechen und Sprache" soll hier das Projekt *„Sprachliche Förderung in der KiTa"* (DJI) dargestellt werden. Das Projekt zielt darauf, sprachliche Fähigkeiten in ihrer entwicklungsdynamischen und differenzierten Funktion für das kindliche Handeln und Denken sichtbar zu machen. Deren Qualität hängt von einem anregungsreichen Umfeld ab, in dem sich kindliche Neugierde, Lust an Bewegung und am Erforschen der Umgebung entfalten können. Ausgangspunkt des Konzeptes ist es, Kinder als lernbereite Persönlichkeiten im Gesamt ihrer Entwicklung zu begreifen. In diesem Basiskonzept für die Sprachförderung in der Kita werden zunächst die vier Bildungsbereiche Musik, Bewegung, Medien und Naturwissenschaften mit ihren spezifischen sprachfördernden Möglichkeiten dargestellt sowie Hinweise für Umsetzungsmöglichkeiten für die Erzieherinnen erarbeitet. Dazu werden die Bildungsbereiche unter dem Aspekt ihrer sprachlichen Potenziale betrachtet, wobei kommunikative und strukturelle sprachliche Elemente sowie die Langfristigkeit des kindlichen Spracherwerbs berücksichtigt werden. Angesprochen werden alle Kinder einer Einrichtung (ohne/mit Migrationshintergrund, ohne/mit Behinderung). Das entwickelte Basiskonzept wurde in der zweiten Projektphase in Kooperation mit Modellstandorten in sechs Bundesländern didaktisch erweitert und in der Praxis erprobt (Jampert u. a. 2009).[137]

Das Projekt *„Integration in Kinderkrippen"* der Ludwig-Maximilians-Universität München wurde aufgrund seiner Einzigartigkeit ausgewählt. Der konzeptionelle Rahmen des Begleitforschungsprojektes beinhaltet die Erarbeitung von Qualitätsstandards für integrative Kinderkrippen der Landeshauptstadt München (Altersgruppe bis 3 Jahre). Vor diesem Hintergrund stehen im Begleitforschungsprojekt zwei Ziele im Vordergrund: Bestandsaufnahme zur Qualität in diesen Kinderkrippen und Festlegung von Qualitätsstandards für die Integrationsentwicklung in diesen Einrichtungen. Als Arbeitsergebnis wurden 32 Qualitätsstandards für die Arbeit in integrativen Kinderkrippen formuliert, mit denen sowohl die Bereichsleitung Kinderkrippen im Sozialreferat München als auch die beteiligten Modelleinrichtungen träger- und einrichtungsspezifisch weiterarbeiten können. Die Qualitätsstandards stellen eine Grundlage für die weitere konzeptionelle Arbeit in den integrativen Kinderkrippen dar.[138]

[133] Vgl. www.dji.de/prokita
[134] Vgl. http://www.besseressenmehrbewegen.de
[135] Vgl. http://www.3karlsruhe.de
[136] Vgl. http://www.ernaehrung-und-bewegung.de
[137] Vgl. www.dji.de/prokita
[138] vgl. www.dji.de/prokita

Exkurs 16.1 Konzept „Early Excellence“ und „KiTZ“

Das Konzept der *Early Excellence Centres (EEC)* entstand vor ca. 20 Jahren in Großbritannien und wird derzeit in einigen Städten Deutschlands, insbesondere in Berlin, umgesetzt. Im Mittelpunkt der Überlegungen stand und steht das Ziel, der sozialen Benachteiligung von Kindern entgegenzuwirken. Grundannahme dabei ist, dass jedes Kind einen Anspruch auf exzellente und individuelle Förderung hat und diese Förderung in der Kindertagesstätte beginnen sollte.

Die in England bestehenden *Early Excellence Centres* richten sich vor allem an benachteiligte Zielgruppen und haben sowohl Bildung (bessere Schulleistungen) als auch Gesundheitsvorsorge, Hilfen für Eltern und gesellschaftliche Integration zum Ziel. Die *EEC* verstehen sich daneben als Familientreffpunkte mit folgenden Fragestellungen:

– Wie kann eine hohe Qualität der Bildung, Erziehung und Betreuung in Kindertagesstätten gewährleistet werden, die gerade auch Kinder aus benachteiligten Familien erreicht?

– Wie kann die Erziehungskompetenz gerade auch sozial benachteiligter Eltern gestärkt werden?

– Welchen Beitrag kann eine Kindertagesstätte für den Aufbau einer familienfreundlichen Infrastruktur im Sozialraum leisten? (vgl. Hebenstreit-Müller 2006)

Im *Early Excellence* Ansatz soll das Kind in seinen Kompetenzen wahrgenommen und von den Erzieherinnen unterstützt werden. Dabei werden die Eltern so eingebunden, dass sie die Absichten und Wahrnehmungen ihrer Kinder verstehen lernen. Betont wird dabei das gemeinsame Interesse von Eltern und pädagogischen Fachkräften an der bestmöglichen individuellen Förderung des Kindes im Sinne einer Ressourcenorientierung aller Beteiligten. Dies kann beispielsweise hinsichtlich der Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebensweisen bedeuten, dass immer wieder Anlässe geschaffen werden, bei denen Kinder und Eltern ihre Ziele und Kompetenzen einbringen können, aber auch die Möglichkeit der Kompetenzerweiterung durch die Unterstützung der Erzieherinnen erhalten, wobei die Integration des „Neuen“ in den eigenen Familienalltag gefördert wird. Die Methoden und Strategien der *Early Excellence Centres* sind so angelegt, dass Eltern zum Hauptmotor der Entwicklung ihrer Kinder werden können. Dies in dem Wissen, dass ohne diesen Fokus insbesondere bei Kindern aus armen und sozial belasteten Familien viele Bildungs- und Förderangebote nur sehr geringe Effekte zeigen. Jedes *EEC* versteht sich selbst nicht nur als Teil, sondern als Katalysator für den Aufbau einer familienfreundlichen Infrastruktur in einem Gemeinwesen. Dazu werden benötigt:

– Angebote frühkindlicher Bildung und Betreuung mit hohem Qualitätsstandard,

– Einbeziehung der Eltern in die Bildungsprozesse ihrer Kinder,

– Familienunterstützende Angebote,

– erwachsenenbildungs- und arbeitsmarktbezogene Angebote

– Fort- und Weiterbildung sowie Forschung,

– lokale Gesundheitsdienste.

In Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention erfordert dies auch eine gute Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst, den niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten. Eine erfolgreiche Gesundheitsförderung in einer Einrichtung der Kindertagesbetreuung bedeutet dann, dass neben einer guten Vernetzung und Nutzung der infrastrukturellen Gegebenheiten die Selbstwirksamkeitserfahrungen der Kinder in den Mittelpunkt gestellt werden und ihnen die Möglichkeit der Kompetenzerweiterung geboten wird.

Das *KiTZ (Kindertageszentrum)-Konzept*, das derzeit in München an 10 Standorten umgesetzt wird, orientiert sich eng an dem Konzept des EEC und bietet den Eltern darüber hinaus auch zugehende Angebote an. Das bietet einerseits den Vorteil, dass die Fachkräfte in den Kindertagesstätten ein besseres Verständnis von dem Lebensumfeld der Kinder und ihren Eltern gewinnen, und andererseits, dass Eltern bei der individuellen Förderung des Kindes zu Hause unterstützt werden.

Trotz dieser positiven Beispiele gelungener Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertagestätten stellt sich die Frage, ob und wie Gesundheitsförderung und Prävention in der Praxis und auch jenseits von speziellen Programmen umgesetzt werden und ob die vorhandenen Rahmenbedingungen darauf schließen lassen, dass die in den Bildungsplänen verankerten Gesundheitsziele tatsächlich realisiert werden können.

Ohne an dieser Stelle generalisierende Aussagen treffen zu können, ist dennoch auf allgemeine Rahmenbedingungen hinzuweisen, die für viele Erzieherinnen und Beschäftigte in Kindertagesstätten gelten: Für die Umsetzung der Bildungspläne in den Ländern sind die Träger der Kindertagesstätten verantwortlich. Sie sind aufgefordert, notwendige Fortbildungen zu ermöglichen und dafür Sorge zu tragen, dass die Erzieherinnen daran teilnehmen können. In der Regel stehen jeder Vollzeitkraft 5 Tage für Fortbildungen zur Verfügung. In der Realität ist der Alltag von Erzieherinnen jedoch durch Zeitmangel, Personalausfall aufgrund von hohen Krankenquoten (vgl. Tab. 16.2.) und eine insgesamt knappe Personalausstattung geprägt.

Tabelle 16.2

Einhaltung des Personalschlüssels in den Einrichtungen

Wie oft kommt es vor, dass in der Einrichtung unter dem gesetzlich geregelten bzw. festgelegten Personalschlüssel gearbeitet wird?			
	Ost	**West**	**Gesamt**
häufig	*29,1 %*	*22,0 %*	*23,2 %*
manchmal	*37,2 %*	*36,3 %*	*36,4 %*
selten	*22,8 %*	*28,3 %*	*27,4 %*
nie	*10,9 %*	*13,4 %*	*13,0 %*

Quelle: Gragert u. a. (2009)

Das lässt zum einen die Vermutung zu, dass die Arbeitsbedingungen für die Erzieherinnen an sich schon belastend und wenig gesundheitsförderlich sind und sie daher den Auftrag, Gesundheit an Kinder und Familien weiterzuvermitteln, nur „so gut wie möglich“ umsetzen können. Zum anderen bedeuten Personalausfall und hohe Krankenquoten, dass Fortbildungen nur unzureichend in Anspruch genommen und somit die nötigen Informationen zu Gesundheit, Gesundheitsverständnis, Gesundheitsförderung und Prävention nicht oder nur unzureichend aufgenommen und an die Kinder und ihre Familien weitervermittelt werden können.

Auch die Rahmenbedingungen in Bezug auf die Ausbildung erscheinen nicht sehr günstig: Das Thema Gesundheit von Kindern ist zwar Teil der Ausbildung von Erzieherinnen, bleibt dort jedoch häufig eng begrenzt auf die Themen Körperpflege und Verhaltensweisen bei Erkrankungen von Kindern und wird eher selten ganzheitlich aufgegriffen.

Ein weiterer Problembereich könnte eine gewisse Müdigkeit der Teams in den Einrichtungen gegenüber neuen inhaltlichen Anforderungen sein, waren sie doch in den vergangenen zehn Jahren gefordert, nicht nur die Integration von behinderten Kindern und von Kindern mit Migrationshintergrund umzusetzen, sondern auch die Nationale Qualitätsoffensive und die Programme zu Sprach- und naturwissenschaftlichen Themen – wobei gleichzeitig die Möglichkeiten von Teamarbeit und Vorbereitungszeiten, bedingt durch Sparmaßnahmen, weiter eingeschränkt wurden.

Mit der verstärkten Aufnahme von Kindern unter 3 Jahren in die Kindergärten steigen die Anforderungen an die Umsetzung von differenzierten gesundheitsförderlichen Arbeitsansätzen. Inwieweit diese Aufgaben in der Praxis hinreichend erfüllt werden können, erscheint fraglich, weil die dafür notwendigen Voraussetzungen (Reduzierung der Gruppengrößen, mehr Personal und fachliche Fortbildungen für diese besondere Aufgabe) nicht in allen Kindertagesstätten durchgesetzt wurden.

Auch die Bedingungen für die Umsetzung von mehr gesundheitsbezogener Chancengleichheit in Kindertagesstätten als Ort von Prävention und Gesundheitsbildung, wie sie die *Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Gesundheit* (BMG 2008a) und der *Nationale Aktionsplan für ein kindgerechtes Deutschland* (BMFSFJ 2005) vorsehen, scheinen nicht überall günstig. Zwar besuchen die meisten Kinder zwischen 3 und 6 Jahren einen Kindergarten und können insofern dort erreicht werden, womit hier zumindest theoretisch gute Voraussetzungen für dieses Ziel vorhanden sind, diese müssen allerdings von den Erzieherinnen kompetent genutzt werden. Weniger erreichbar ist zudem vor allem in Westdeutschland die Altersgruppe der unter 3-Jährigen, da hier die Angebote eng begrenzt sind und aufgrund der sehr hohen Nachfrage vor allem Kinder mit berufstätigen Eltern aufgenommen werden, während Kinder aus sozial hoch belasteten Familien häufig kaum einen Zugang zu diesen Angeboten finden.

Hinsichtlich der Tagespflege gibt es großen Nachholbedarf, vor allem, was die Sicherung von Qualifizierungen in diesem Bereich angeht. Denn um Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich der Tagespflege zu verankern, muss das Thema Gesundheit erst noch überall Eingang in die grundlegende Fortbildung finden, über deren angemessenen Umfang allerdings zuerst einmal eine Einigung erzielt werden muss. Nur so können die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass alle Tagespflegepersonen genügend Verständnis für Fragen der Gesundheit und des Wohlbefindens von Kleinkindern entwickeln können. Ein weiterer Schritt zur Qualifizierung der Tagespflegepersonen läge in Unterstützungsnetzwerken. Sie sollten deren Isolierung aufheben, indem sie Arbeitsgruppen zur kollegialen Beratung ermöglichen, in die dann Fortbildungsinhalte einfließen könnten. Denkbar wäre auch eine Anbindung der Tagespflegepersonen an die Teams der Kindertagesstätten, ebenfalls mit dem Ziel der kollegialen Beratung.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Themen Bewegung, Ernährung, soziale Kompetenz und Sprache konzeptionell in den Bildungsplänen gut verankert sind. Große Heterogenität zeigt sich jedoch bei der Ausgestaltung der Bildungspläne auf der Ebene des konkreten Handelns, so anhand von Praxisbeispielen für unterschiedliche Altersgruppen.

Auf der Ebene der Umsetzung gibt es derzeit, abgesehen von ausgewählten Modellprojekten, keine wissenschaftlichen Erkenntnisse darüber, wie diese Themen in die Praxis transportiert und dort umgesetzt werden und zu welchen Effekten es dadurch bei Kindern, Eltern und Erzieherinnen kommt.

Um bei den gesundheitsförderlichen Maßnahmen in Kindertagesstätten und Tagespflege Nachhaltigkeit erreichen zu können, sollte die Fachpraxis und -diskussion auch die Eltern in den Blick nehmen und zudem gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen für Erzieherinnen, die ja die Mittlerinnen des Themas Gesundheit sein sollen. Denn den Arbeitsbedingungen für Erzieherinnen wurde bisher in Projekten zur Gesundheitsförderung kaum Beachtung geschenkt, er bedarf jedoch endlich der nötigen Aufmerksamkeit und vielfach der deutlichen Verbesserung.

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass Gesundheitsförderung in der Kindertagesbetreuung besonders dann gelingen kann, wenn Ansätze, Konzepte und Interventionen nicht nur themenorientiert und isoliert durchgeführt werden, sondern in einen Gesamtkontext eingebettet sind, der über die Kindertagesstätte hinaus geht.

16.3 Schnittstellen

16.3.1 Ganztagesbetreuung im Grundschulbereich

Gesunde Entwicklung ist eine wichtige Voraussetzung für gelingende Bildungsprozesse (Paulus 2000; Paulus/Zurhorst 2001). Daneben ist in Schulen ein Auftrag zur Gesundheitsbildung, -erziehung und -förderung verankert, den die Bundesländer in ihren Schulgesetzen festgelegt haben. Gesundheitserziehung, -bildung und -förderung sind in Deutschland integraler Bestandteil des schulischen Bildungs- und Erziehungsauftrags. In diesem Rahmen übernehmen einzelne Schulfächer (z. B. Sachkunde und Sport) eine Leitfunktion (Paulus 2008). Um nachhaltig wirksam werden zu können, brauchen schulische Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention Kooperationspartner aus den Bereichen Jugend-, Familien- und Sozialpolitik, die im Zusammenspiel robuste Unterstützungssysteme errichten.

Schulische Gesundheitsförderung, die sich dem Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung verpflichtet fühlt, zeigt einige Ähnlichkeiten zum Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe (Seifert 2002; Witteriede 2003; Homfeldt 2004; Homfeldt/Sting 2006), der im SGB VIII festgelegt ist und lautet, Heranwachsende in ihrer Entwicklung zu fördern, Benachteiligungen zu verhindern bzw. abzubauen und daran mitzuwirken, positive Lebensbedingungen aufrechtzuerhalten/zu schaffen (§ 1, (1, 3 4); § 2, (2) SGB VIII).

Eine gewisse Deckungsgleichheit zwischen schulischer Gesundheitsförderung und Kernaufgaben der Jugendhilfe besteht auch bezüglich der fachlichen Standards und Konzepte: (Salutogenetische) Ressourcenorientierung, Empowerment, Partizipation, Lebensweltorientierung und Integration sind in der schulischen Gesundheitsförderung wie in der Kinder- und Jugendhilfe Leitgedanken in der Ausgestaltung von (Hilfs-)Angeboten. Auf diese Weise ist ein erhebliches Synergiepotenzial (Paulus 2008) vorhanden, das sich zur Qualitätsentwicklung bzw. -sicherung der schulischen Gesundheitsförderung und der schul- und gesundheitsbezogenen Jugendhilfe nutzen lässt (§ 13 (1 und 4) SGB VIII). Noch längst ist dieses Potenzial nicht ausgeschöpft, aber in Teilen auch noch gar nicht entwickelt (Witteriede 2003). Die gesetzlichen Grundlagen der potenziellen Zusammenarbeit von Schule und Jugendhilfe finden sich in den Schulgesetzen der Länder, in gemeinsamen Runderlassen, Bestimmungen sowie Ausführungsgesetzen des SGB VIII und weiteren Vorgaben. Es ist ein schwieriges Unterfangen, einen Überblick über diese Felder der Kooperationsformen/-projekte zwischen Jugendhilfe und Schule zu generieren, da beide Akteure sich nicht immer eindeutig zuordnen lassen (Paulus 2008).

Im Ganztagsschulbetrieb bietet die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Schule neuartige Entwicklungsmöglichkeiten (Arnoldt u. a. 2007). Ergebnisse aus der empirischen Bildungsforschung im Ganztagsschulbereich demonstrieren, dass sich Projekte zwischen Schule und Jugendhilfe im Feld der Gesundheitsförderung entwickeln konnten. Dies wird auch dadurch erleichtert, dass rund zwei Drittel der Schulen bei der Gestaltung des Ganztagsangebots mit Kooperationspartnern zusammenarbeiten. Dies sind zumeist Sportvereine und verschiedene Träger der Jugendhilfe, die vor allem in Bezug auf Grundschulen eine herausgehobene Position als Kooperationspartner haben, da sie an etwa 70 Prozent der Schulen Angebote machen. Die Kinder- und Jugendhilfe profiliert sich dabei in zahlreichen Gebieten: Sie führt häufiger als andere Partner die Angebote im Bereich des sozialen Lernens durch (AGJ 2008c); es lassen sich aber auch Angebote zu den Themen Bewegung und Ernährung sowie Stressabbau und Kommunikation bzw. Konfliktbewältigung finden. Diese Vielfalt spiegelt sich sowohl in der Qualität als auch in der Komplexität der Ansätze wider: Sie reicht von einfach strukturierten verhaltenspräventiven Gesundheitsmaßnahmen über settingbezogenes Gesundheitsmanagement bis hin zur engen Vernetzung mit externen Akteuren (Paulus 2008). Allerdings erfolgt die Zusammenarbeit von schulischer Gesundheitsförderung und schulbezogener Jugendhilfe nicht bzw. nur vereinzelt auf einer so professionellen Stufe, dass eine Realisierung des Setting-Ansatzes der gesundheitsfördernden Schule möglich ist (Witteriede 2003). Dies liegt zum einen daran, dass die Zusammenarbeit von schulbezogener Jugendhilfe und schulischer Gesundheitsförderung durch allgemeine Schwierigkeiten der Kooperation von Jugendhilfe und Schule beeinträchtigt ist. Zum anderen ist zu konstatieren, dass Gesundheitsförderung als fachliche Perspektive und explizite Praxis in einer sich als ganzheitlich und lebensweltorientiert verstehenden Kinder- und Jugendhilfe bisher ein Schattendasein führt (Neubauer/Wilser 2005; vgl. Kap.15). Hingegen offeriert die Ganztagsschule ein pädagogisches Handlungsfeld, das aber im Bereich der Gesundheitsförderung nicht optimal entfaltet ist. Die Ganztagsschule kann aus gesundheitsförderlicher Perspektive einen homogenisierenden Effekt (Paulus 2000) zur Senkung gesundheitlicher Beeinträchtigung und zur Erhöhung gesundheitlicher Chancengleichheit bei Heranwachsenden stärker akzentuieren und anstreben als die Halbtags(grund)schule, wenn es ihr gelingt, Betreuungsaufgaben zu integrieren. Dazu gehört der Blick auf Ernähren, Essen, Bewegen, Stressbewältigung im Sinne von Spannungsausgleich, kurzum der Blick auf körperbezogene Betätigungen, die auch in die Ganztagsschule noch viel grundlegender zu integrieren sind (vgl. Homfeldt 2005).

Unter gesundheitswissenschaftlichen Gesichtspunkten ist erkennbar, dass der Wandel von Lernqualität und pädagogisch gestalteter Lernzeit in Ganztagsschulen gesundheitliche Effekte auf den Gebieten Resilienzförderung und der Stärkung des Kohärenzgefühls der Schülerinnen und Schüler hat. Dieses Gefühl, bezogen auf die Wahrnehmung von Schule, Schulleben und Unterricht, ist ein salutogener Faktor für Aufrechthaltung und Entwicklung psychischer Gesundheit (Paulus 2006). Wird Gesundheit so in die Schule eingegliedert und gelebt, stehen Maßnahmen der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung in unmittelbarer Beziehung zum Anliegen der „guten und gesunden Schule“. Des Weiteren wird dadurch das Ziel verfolgt, in Zusammenarbeit mit außerschulischen Anbietern Heranwachsenden zu einem guten, gesunden Aufwachsen zu verhelfen. Gelingt dies, erhöht

sich die Wahrscheinlichkeit, (psychische) Gesundheit als Handlungsmaxime in die schulische Alltagskultur zu übernehmen und dort zu verankern (Paulus 2008).

16.3.2 Gesundheitssystem

16.3.2.1 Krankenkasse und Kindergarten

Die vom Arbeitskreis II der Spitzenverbände der Krankenkassen beschlossenen außerbetrieblichen Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für 2008 und 2009 zielen insbesondere auf eine Reduktion von Krankheiten des Kreislaufsystems und beziehen sich im Wesentlichen auf junge Familien und Alleinerziehende (Bödecker 2008). Hierbei stehen die Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung sowie elterlicher Rauchverzicht im Vordergrund der Präventionsbemühungen. Verhaltens- und verhältnispräventive Aktivitäten in Kindergärten sollen zur Erreichung dieses Ziels innerhalb von 2 Jahren um 20 Prozent gesteigert werden. Im Bereich der Gesundheitsförderung werden keine konkreten Ziele benannt, vielmehr sollen die „salutogenen Potenziale in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen ausgeschöpft werden", und zwar dadurch, dass die Anzahl der Kindertagesstätten mit etablierten Steuerungskreisen für Gesundheit, an denen die gesetzlichen Krankenversicherungen beteiligt sind, in den nächsten 2 Jahren um 20 Prozent erhöht werden (ebd.).

Altgeld (2008) kritisiert, dass die Krankenkassen die Diskussion der letzten Jahre um die Kindergesundheit im Wesentlichen auf das Thema Vorsorgeuntersuchungen verengt und z. B. die neue Untersuchung U7 zwischen dem 2. und 4. Geburtstag sowie die J1 zwischen dem 12. und 14. Lebensjahr neu eingeführt hätten (Bödecker 2008). Interessant dabei ist nach *Altgeld* vor allem die Tatsache, dass von den Krankenkassen für Vorsorgeuntersuchungen das Dreißigfache dessen investiert wird, was für Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen zur Verfügung steht. Dabei werden die Vorsorgeuntersuchungen in der derzeitigen Version selbst vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte kritisiert, weil sprachliche und das Sozialverhalten betreffende Entwicklungsdefizite durch das derzeitige Untersuchungssystem nur unzureichend erfasst werden können. Von den 3,30 Euro pro Versichertem, die die Kassen 2006 für Primärprävention ausgegeben haben, fließen nach *Altgeld* (2008) nur 18 Cent in lebensweltbezogene Gesundheitsförderung außerhalb von Betrieben (z. B. Schule, Kindergarten etc.). Von den so finanzierten settingbezogenen Aktivitäten fanden etwa 14 Prozent in Kindertagesstätten statt (ebd.). Der größte Anteil fließt weiterhin in individualpräventive Maßnahmen (z. B. Kurse), durch die Kinder und Jugendliche kaum erreicht werden.

Der von den Krankenkassen formulierte Leitfaden zur Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung betont wiederholt die Notwendigkeit, dass das pädagogische Personal auch motiviert ist, gesundheitsförderliche Aktivitäten umzusetzen. Nach *Altgeld* (2008) sei gerade dies jedoch bei den beiden größten von den Krankenkassen getragenen Präventionsprogrammen an Kindertagesstätten („*Tiger Kids*" und „*Fit von klein auf – der Gesundheitskoffer*") nicht hinreichend der Fall. *Altgeld* kritisiert weiter, Krankenkassen würden „monothematisch" an Kindertagesstätten herantreten und versuchen, z. B. einzelne „Modeprobleme", also Themen, die aktuell eine hohe (mediale) Aufmerksamkeit genießen (derzeit Übergewicht und Bewegungsmangel, demnächst psychische Gesundheit), durch implementierte Prävention zu bearbeiten. Vermisst werden dabei eine „Kompetenzerhöhung vorhandener Strukturen in den Lebenswelten" und die Vernetzung der einzelnen Themen untereinander. Aus der derzeitigen Situation lässt sich daher nicht erkennen, ob die Krankenkassen ihrem gesetzlichen Auftrag (§ 20 (1) SGB V), sozial bedingte Ungleichheiten von Gesundheitschancen zu vermindern, im Kindertagesbetreuungsbereich genügend nachgekommen sind.

16.3.2.2 Kooperation zwischen dem öffentliche Gesundheitsdienst, Ärzten/Zahnärzten und Einrichtungen der Kindertagesbetreuung

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes (KJGD) untersucht und berät subsidiär, (sozial)kompensatorisch und nicht therapeutisch meist in Teams vor Ort, z. B. in den Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder (Kindergarten, Schule). Dabei gehört Prävention traditionell zu den originären Aufgaben der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste, die sich aber (auch heute) noch oft auf die Vermeidung von ansteckenden Krankheiten beschränken (vgl. Kap. 12.2). Prävention im erweiterten Sinne oder Gesundheitsförderung stellen ein relativ neues Arbeitsfeld des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) dar (Szagun/Walter 2006). Die Kooperation zwischen dem ÖGD und der Kindertagesbetreuung wird grundsätzlich über die bundeslandspezifischen Gesetze des ÖGD geregelt. Die Aufgaben des ÖGD werden bundesweit nur im Hinblick auf das Infektionsschutzgesetz einheitlich umgesetzt. Der ÖGD wird also immer dann federführend tätig, wenn in einer Kindertagesbetreuungseinrichtung vermehrt oder schwere Fälle von ansteckenden Krankheiten bekannt werden (z. B. Scharlach). Relativ einheitlich und flächendeckend wird auch die in § 21 SGB V geregelte Zahnprophylaxe umgesetzt. Die gesetzlichen Krankenkassen beteiligen sich im Rahmen ihrer Verpflichtungen zur zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe nach § 21 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) an der Finanzierung der „Arbeitsgemeinschaften Zahnpflege", für die u. a. Prophylaxehelferinnen, Pädagoginnen sowie vom ÖGD gestellte Zahnärzte bzw. niedergelassene Zahnärzte tätig werden. In diesem Feld konnten in den letzten Jahren bereits erhebliche Erfolge hinsichtlich der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen festgestellt werden (Szagun/Walter 2006). Daneben sind die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes von Bundesland zu Bundesland je nach regionaler Bedarfslage sowie personeller und sachlicher Ausstattung unterschiedlich geregelt und werden meist als „Kann-Leistung" erbracht (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. 2008).

In Niedersachsen ist z. B. gesetzlich festgelegt, dass der ÖGD zusammen mit Kindertagesstätten „zielgruppen- und lebensraumbezogen auf die Prävention und auf eine gesunde Entwicklung der Kinder hinzuwirken hat" (§ 5, Niedersächsisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst). Im Saarland sollen „Untersuchungen zur

Früherkennung von Krankheiten, Behinderungen und Entwicklungsstörungen in Ergänzung anderer Angebote in Kindertagesstätten durchgeführt werden (§ 8 im Gesundheitsdienstgesetz (ÖGDG) Saarland). In Brandenburg heißt es in § 6 (Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg): „Die Landkreise und kreisfreien Städte untersuchen zur Prävention und Früherkennung von Krankheiten, Entwicklungsstörungen oder Behinderungen alle Kinder im Alter vom 30. bis 42. Lebensmonat. Diese Untersuchung wird für Kinder in Tagesbetreuung grundsätzlich in der Kindertagesstätte durchgeführt." Bei einigen Bundesländern findet man auf der Gesetzesebene einen Passus, der auf die vornehmlich beratende und subsidiäre Funktion des öffentlichen Gesundheitsdienstes hinsichtlich präventiver und/oder gesundheitsförderlicher Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen verweist (z. B. in Nordrhein-Westfalen und Hamburg), in einigen Bundesländern ist die direkte Kooperation zwischen dem ÖGD und der Kindertagesstätte gar nicht verankert (z. B. Rheinland-Pfalz, Hessen, Bayern).

Die routinemäßigen Untersuchungen oder Impfungen der Kinder in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung finden heute ebenfalls nur noch in einzelnen Bundesländern, z. B. in Mecklenburg-Vorpommern statt. Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass Impfungen eine Pflichtleistung der Krankenkassen darstellen und somit überwiegend von niedergelassenen Ärzten durchgeführt werden. In einigen Bundesländern besteht jedoch auch eine Kostenübernahme der Krankenkassen, wenn der ÖGD Impfungen durchführt (Szagun/Walter 2006).

Als Beispiel einer gut gelungenen Kooperation zwischen Gesundheitsamt und Einrichtungen der Kindertagesbetreuung sei das Netzwerk gesundheitsfördernder Kindertagesstätten und Schulen *„gsund und gscheit"* in Baden-Württemberg genannt. Dieses auf Nachhaltigkeit angelegte Gesundheitsprogramm an 14 Kindertagesstätten in Stuttgart wurde und wird unter der Federführung (Koordination, Moderation, Beratung) des Gesundheitsamtes implementiert und gewann 2008 den deutschen Präventionspreis (Ohm/van Ackern 2008).

Fast bundesweit (außer in Bayern) werden von den Gesundheitsämtern auch flächendeckend die Schuleingangsuntersuchungen am Ende der Kindergartenzeit durchgeführt. Die Gesundheitsämter untersuchen zur Schule angemeldete Kinder mit dem Ziel, gesundheitliche Einschränkungen der Schulfähigkeit oder die Teilnahme am Unterricht betreffende gesundheitliche Einschränkungen festzustellen. Vereinzelt wird jedoch gefordert, dass der ÖGD bereits im vierten Lebensjahr Untersuchungen durchführen sollte, damit vor Schuleintritt noch genügend Zeit für eine altersentsprechende Förderung bleibt.

Der ÖGD hat traditionell gute Zugangswege zu Einrichtungen der Kindertagesbetreuung und könnte durch seine kommunale Verankerung verstärkt koordinative und initiierende Funktionen hinsichtlich präventiver und gesundheitsförderlicher Programme und Ansätze übernehmen. Diese Stärke könnte insbesondere in Kindertagesstätten in Gebieten mit hoher sozialer Belastung gewinnbringend eingesetzt werden. Dabei wäre eine vermehrte Orientierung in Richtung Gesundheitsförderung wünschenswert und hilfreich. Durch die Präsenz des Gesundheitsamtes in den Einrichtungen könnten auch Schwellenängste bei bildungsfernen Eltern vermindert sowie die Zusammenarbeit mit anderen niedergelassenen Ärzten, den sozialpädiatrischen Zentren sowie der Frühförderung gefördert werden.

Im Gegensatz zu der auch durch die verschiedene Ländergesetzgebung bedingte Vielfalt und Unterschiedlichkeit der Aufgabenwahrnehmung im öffentlichen Gesundheitsdienst ist die Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Kindertagesstätten sehr kurz darstellbar. Offiziell existieren nämlich keinerlei Strukturen der Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und Kindertageseinrichtungen. Dort, wo Kooperationen zustande kommen, geschieht dies meist auf freiwilliger Basis aufgrund örtlicher Strukturen oder auch im Rahmen von Modellprojekten einzelner Krankenkassen. Die Leistung eines Vertragsarztes in einer Kindertageseinrichtung wird nicht vergütet, da das derzeitige GKV-System auf der freien Arztwahl fußt und ein Vertragsarzt in einer Kindertageseinrichtung diese freie Arztwahl nicht aushebeln darf. Vertragsärzte werden gelegentlich zu Vorträgen in Kindertageseinrichtungen eingeladen, dies geschieht aber ohne feste Strukturen auf freiwilliger Basis. Zusammen mit einzelnen Trägern von Kindertageseinrichtungen (z. B. AWO) gibt es Aktionen zur Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen, insbesondere in Regionen mit einem hohen Anteil an sozial schwachen Familien.

Welchen Stellenwert diese Zusammenarbeit aus der Sicht der Einrichtungen der Kindertagesbetreuung hat, wurde jüngst im Rahmen des DJI-Projektes *„Jugendhilfe und sozialer Wandel"* erhoben. Befragt wurden 2007 bundesweit 1805 Kindertageseinrichtungen zur Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssystem. Dabei gaben knapp 30 Prozent der befragten Einrichtungen unter den drei wichtigsten Kooperationspartnern mindestens eine Institution aus dem Bereich der medizinischen Versorgung oder der Gesundheitsdienste an.

Die folgende Tabelle 16.3 gibt einen Überblick über Kooperationspartner von Kindertagesstätten in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention. Die Zusammenarbeit umfasst dabei einmalige Informationsveranstaltungen zu speziellen Gesundheitsthemen bis hin zu regelmäßigen, etablierten Kooperationen, die z. B. die Beratung des Fachpersonals oder Elternsprechstunden beinhalten. Bei den Kooperationspartnern, die streng genommen nicht alle zum medizinischen Sektor gehören, werden Ergotherapeutinnen, Krankengymnasten und Logopäden, der öffentliche Gesundheitsdienst, Kinder- und Jugendärzte, der kinder- und jugendpsychologische Dienst, Zahnärztinnen, Angebote von Krankenhäusern sowie die Zusammenarbeit mit sozialpädiatrischen Zentren genannt.

Mehrgenerationenhaus (MGH)

Das Mehrgenerationenhaus versteht sich als Beitrag zum Aufbau neuer Nachbarschaften mit Begegnungs- und Kontaktmöglichkeiten zwischen Jung und Alt und versucht somit eine Antwort auf die Veränderungen des sozialen Lebens zu geben. Im Mehrgenerationenhaus können Menschen verschiedenen Lebensalters von den jeweiligen

Tabelle 16.3

Ausgewählte Kooperationspartner von Kindertagesstätten in Bezug auf Gesundheit

	Keine Kooperation in %	**einmalig in %**	**sporadisch in %**	**regelmäßig in %**	**Bewertung in Schulnoten in %**	**Häufigkeit der Note 6 in %**	**n**
ÖGD	*10,0*	*10,8*	*37,9*	*41,3*	*2,3*	*0,6*	1698
Zahnärzte	*20,4*	*16,0*	*15,5*	*48,1*	*2,2*	*1,7*	1679
Frühförderung	*20,4*	*3,5*	*34,7*	*41,3*	*2,0*	*0,7*	1649
Erziehungsberatung	*28,9*	*4,8*	*50,2*	*16,0*	*2,3*	*1,2*	1583
Kinderärzte	*43,7*	*7,0*	*39,4*	*10,0*	*3,2*	*8,5*	1636
Sportverein	*62,8*	*3,0*	*20,3*	*13,9*	*2,5*	*5,4*	1529
Drogen/Suchtberatung	*85,4*	*4,3*	*8,8*	*1,4*	*3,1*	*20,5*	1457

Quelle: Gragert u. a. 2009)

Kompetenzen der Anderen profitieren (BMFSFJ 2008). Mehrgenerationenhäuser entwickeln sich meist aus unterschiedlichen Institutionen wie Kindertagesstätten, Familienbildungsstätten, Mütterzentren, Seniorenbildungsstätten/Seniorentreffs, Bürgertreffs, in Einzelfällen aber auch aus Privatschulen oder Sportvereinen. Anfang 2008 gab es in Deutschland 500 Mehrgenerationenhäuser, die ins „*Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser*“ des BMFSFJ aufgenommen wurden und somit die hieran geknüpften Kriterien (vgl. BMFSFJ 2008) erfüllten: Einbeziehung der vier Lebensalter von Kindern bis zu Hochbetagten, Generationen übergreifende Angebote, Kinderbetreuung, Zusammenarbeit von Haupt- und Ehrenamtlichen „auf gleicher Augenhöhe“, Entwicklung einer Informations- und Dienstleistungsdrehscheibe vor Ort, Einbeziehung der lokalen Wirtschaft, offener Tagestreff mit Café/Bistro. Angebote und Kooperationen im Gesundheitsbereich zählen somit nicht zu den Voraussetzungen für die Aufnahme der Einrichtungen in das Aktionsprogramm.

Die Programme und Angebote der Mehrgenerationenhäuser werden nicht „Top down“ beschlossen, sondern ergeben sich aus den Ideen und Initiativen der Nutzerinnen und Nutzer, der „aktiven Laien“ sowie des Fachpersonals und schließlich aus den Ressourcen und Bedarfen des umgebenden Sozialraums. Die Kooperation mit Arzt- und anderen Therapiepraxen oder Gesundheitsdiensten etablieren sich entsprechend der Notwendigkeit und den lokalen Gegebenheiten. Vereinzelt kommt es durch die Vernetzung mit anderen Akteuren zu einer Zusammenarbeit mit Ärzten, sei es mit Kinder- oder Hausärzten, die in den Mehrgenerationenhäusern Vorträge halten oder auch in ihrer Praxis auf die Möglichkeit hinweisen, sich in einem Mehrgenerationenhaus zu engagieren. Vereinzelt werden auch Beratungsstunden, z. B. von Pro Familia, Hebammen usw. in den Mehrgenerationenhäusern abgehalten.

Familienzentren

Familienzentren oder Eltern-Kind-Zentren sind eine Angebotsform, die Bedarfe von Kindern, Eltern und Familien in einem integrierten Konzept aufgreift. Mit dem Anschluss an zusätzliche regionale Angebote und eingebettet in lokale Strukturen kann ein breit gefächertes Unterstützungssystem aufgebaut werden, das für Familien leicht zugänglich ist, sie fördert und aktivierende Impulse im Gemeinwesen setzt (Diller 2006). Die Zentren bieten nicht nur Kinderbetreuung an, sondern sollen darüber hinaus „Knotenpunkt in einem neuen Netzwerk“ werden, der Kinder individuell fördert und Familien umfassend berät und unterstützt, insbesondere in der Phase der frühkindlichen Erziehung. Ziel ist die Zusammenführung von Bildung, Erziehung und Betreuung einerseits und Angeboten der Beratung und Hilfe für Familien andererseits (Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen 2008). In den einzelnen Bundesländern existieren die niederschwelligen Angebote eines Familienzentrums unter unterschiedlichen Namen in unterschiedlichen Organisationsformen, teils ehrenamtlich, teils staatlich initiiert und/oder gefördert.

Die Einbettung von Gesundheitsförderung und Prävention und eine entsprechende Kooperation mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst oder niedergelassenen (Zahn-) Ärztinnen und (Zahn-)Ärzten wäre in diesem Sinne die konsequente Fortführung des Konzeptes. Repräsentative Untersuchungen, ob und wie Kooperationen mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst oder niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten umgesetzt werden, liegen nicht vor. Eine Befragung von 20 Einrichtungen ergab, dass einige Einrichtungen einen regelmäßigen Austausch mit dem Gesundheitsamt pflegen (Diller 2006). Der zuständige Arzt berichtet z. B. in den Teamsitzungen der Kindertagesstätte über Ergebnisse im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen der Kinder. Dieser Austausch soll dazu beitragen, ganzheitliche, Generationen übergreifende Angebote im Zentrum zu entwickeln. Konzeptionell ist die Kooperation zwischen Familienzentrum und Gesundheitsdiensten jedoch nicht verankert.

16.3.3 Frühförderung: Aufgaben, rechtliche Verankerung und Formen

„Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder ist eine Aufgabe, die nur in fachübergreifender Zusammenarbeit angemessen erfüllt werden kann. Medizinische, psychologische, pädagogische und soziale Maßnahmen sind dabei als unverzichtbare Bestandteile eines ganzheitlichen Konzepts zu sehen, in das die Familie einbezogen ist. Frühförderung schließt die Bereiche Früherkennung, Frühbehandlung, Früherziehung und Beratung ein. Früherkennung ist eine notwendige Voraussetzung für wirksame Hilfen. Frühförderung wendet sich immer an das Kind und die Familie sowie das weitere Umfeld. Darum soll sie in und mit der Familie stattfinden (Hausfrühförderung). Bei ambulanten Maßnahmen muss sie für die Familie in zumutbarer Zeit erreichbar sein (Wohnortnähe). Frühförderung als ganzheitliches und interdisziplinäres System von Hilfen umfasst folgende Angebote:

- Diagnostik,
- Therapie,
- Pädagogische Förderung,
- Beratung, Anleitung, Stützung der Eltern.

Die Förderung des Kindes umfasst medizinische, pädagogische und psychologische Leistungen. Beratung, Anleitung und Stützung der Eltern erfolgen sowohl individuell als auch in Gruppen. Differenzierte Diagnostik, Therapie und pädagogische Förderung sind in der praktischen Frühförderarbeit nicht voneinander zu trennen, bedingen sich gegenseitig und sind aufeinander bezogen. Eine systematische Entwicklungsförderung darf sich nicht im Training von Einzelfunktionen erschöpfen, sondern muss die Förderung der psychosozialen Entwicklung im Auge haben und Lernfähigkeit, Lernbereitschaft und soziale Kompetenz anbahnen“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, BMAS 2005, S. 1).

Mit dieser Beschreibung hat der Gesetzgeber die Zusammenführung der Leistungen in der Frühförderung und ihre rechtliche Verankerung im SGB IX als zu erbringende Komplexleistung für die Altersgruppe der unter 6-jährigen Kinder mit (drohender) Behinderung vorgenommen.

Die rechtliche Verankerung von „Früherkennung und Frühförderung“ erfolgt in § 30 SGB IX, der dem Unterabschnitt „medizinische Rehabilitation“ zugeordnet ist. Die pädagogischen Leistungen des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) sind unter „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ (§ 55f. SGB IX) aufgeführt. Medizinische und heilpädagogische Leistungen müssen laut Gesetz als Komplexleistung erbracht werden (§ 30 (1) und § 56 SGB IX). Sie umfassen neben den medizinischen Leistungen nichtärztliche therapeutische, psychologische, heilpädagogische, sonderpädagogische und psychosoziale Leistungen sowie die Beratung der Erziehungsberechtigten durch interdisziplinäre Frühförderstellen. Ziel der Komplexleistung ist es, „die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern“ (§ 4 (1.4) SGB IX).

Frühförderung wird in Allgemeinen Frühförderstellen, unter die auch die Interdisziplinären Frühförderstellen (IFF) fallen, in speziellen Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) erbracht.

Die Komplexleistung

In der Komplexleistung werden die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und heilpädagogische Leistungen konzeptionell integriert und organisatorisch zusammengeführt. Die Komplexleistung bildet die Grundlage für Leistungsvereinbarungen vor Ort. Sie wird erbracht durch „fachübergreifend arbeitende Dienste und Einrichtungen“ (§ 30 (1.1) SGB IX), wie sie in Sozialpädagogischen Zentren und in interdisziplinären Frühförderstellen angeboten werden. Die Leistungen erfolgen, soweit sie erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen oder die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern (§ 30 (2) SGB IX). Beide, IFF und SPZ (Sozialpädiatrisches Zentrum), müssen die notwendigen personellen, fachlichen, räumlichen und sachlichen Anforderungen einschließlich eines gemeinsamen Konzeptes erfüllen (vgl. Höfer/Behringer 2008).

Die Interpretation dessen, was eine Komplexleistung ist und umfasst, ist in den Ländern unterschiedlich. So wurde in Bayern eine sogenannte „Zwei Kreuzchen-Regelung“ geschaffen, die sich auf die Vorgabe bezieht, dass jedes in der Frühförderung betreute Kind in den heilpädagogischen wie auch in den medizinischen Bereich einbezogen werden muss. Dies aber führt z. B. dazu, dass Kinder mit Behinderung, die in integrativen Kindergärten durch nicht zur Frühförderung gehörende Fachkräfte heilpädagogisch betreut werden, ihren Anspruch auf weitere Betreuung in der Frühförderung verlieren (vgl. unten den Abschnitt „Beteiligte Institutionen und deren Kooperationen“ in diesem Kapitel).

Anzahl und Familiensituation der betreuten Kinder

Mit Stichtag 31. Dezember 2006 erhielten 107 000 Kinder in der Bundesrepublik Deutschland Frühförderung. Bezogen auf alle Kinder unter 7 Jahren entspricht dies einer Versorgungsquote von 2,1 Prozent (vgl. Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik, ISG-Bericht 2008, S.156)

Aus einer Sonderauszählung der KiGGS-Daten geht hervor, dass Jungen mit besonderem Versorgungsbedarf[139] zwischen dem 3. und 10 Lebensjahr mit 13,1 Prozent fast doppelt so oft in Alleinerziehendenfamilien leben wie

[139] Ein besonderer Versorgungsbedarf wird im KiGGS dann konstatiert, wenn zumindest eine von fünf diesbezüglichen Fragen positiv beantwortet wird. Die Fragen beziehen sich auf medizinische und nicht medizinische Leistungen, die überzufällig häufig in Anspruch genommen oder benötigt werden, oder auf das Vorliegen von Funktionseinschränkungen im Alltag sowie von emotionalen, körperlichen oder Verhaltenstörungen (Scheidt-Nave u. a. 2007).

Tabelle 16.4

Überblick über Frühfördereinrichtungen nach Bundesländern

Land	Allgemeine FFstellen	Spezielle FFstellen	SPZ	Sonstiges
Baden-Württemberg	36 (37) IFF	-	15 (16)	332 (354) Sonderpädagogische Beratungsstellen
Bayern	129	13 (20)	13 (19)	19 heilpädagogische Fachdienste
Berlin	-	-	5	14 Kinder- u. Jugendambulanzen
Brandenburg	44	7	4	
Bremen	4 (0 bis 3 Jahre)	-	1	Ab 3 Jahren integrative FF in Kindertagesstätten
Hamburg	6 (0 bis 3 Jahre)	4	2	Ab 3 Jahren FF in integrativen Tageseinrichtungen
Hessen	44 (davon 14 IFF)	12 (pädagog. orientiert)	7	Heilpädagogische Fachberatung in Kindergärten
Mecklenburg-Vorpommern	28 (34 davon 4 IFF)	3 (davon 2 IFF)	2	
Niedersachsen	74	4	9	17 interdisziplinäre Beratungs- und Früherkennungsteams
Nordrhein-Westfalen	107	16	33	
Rheinland-Pfalz	-	4	8 + 30 Außenstellen	Vereinzelt heilpädagogische FF freier Träger
Saarland	10	2	1	
Sachsen	40	2 (5)	6	1 audiologisch-phoniatrisches Zentrum
Sachsen-Anhalt	22	4	2	
Schleswig-Holstein	35 bzw. 60[140]	2	2	
Thüringen	32	5	4	

Quelle: Expertise: Höfer/Behringer: Interdisziplinäre Frühförderung 2008, S. 21(Stand 2006, Zahlen von 2007, soweit vorhanden, in Klammern)

Jungen ohne Versorgungsbedarf (7,0 Prozent). Bei den Mädchen ist dies Verhältnis nicht ganz so ausgeprägt: 12,6 Prozent der Mädchen mit Versorgungsbedarf kommen aus Alleinerziehendenfamilien gegenüber 7,9 Prozent der Mädchen ohne Versorgungsbedarf.

Bei den 11- bis 17-Jährigen steigt dann die Anzahl der Jungen ohne Versorgungsbedarf in Alleinerziehendenfamilien ebenfalls an, sodass sich die Unterschiede fast aufheben, bei den Mädchen mit Versorgungsbedarf im gleichen Alter liegt die Anzahl derjenigen aus Alleinerziehendenfamilien allerdings wieder fast doppelt so hoch (21,3 Prozent) wie bei den Mädchen ohne Versorgungsbedarf (11,7 Prozent).

[140] Höfer/Behringer verweisen darauf, dass die von Schleswig-Holstein gemachten Angaben widersprüchlich seien.

Anzahl der Frühförderstellen

Zum Jahresende 2006 existierten in Deutschland insgesamt 635 Allgemeine Frühförderstellen, 108 spezielle Frühförderstellen und 137 Sozialpädiatrische Zentren (vgl. Tab. 16.4).

Die Finanzierung der Frühförderstellen

Die Finanzierung erfolgt über die Sozialhilfe, die Jugendhilfe (§ 35a SGB VIII) und die Krankenkassen. 2003 erließ das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMAS) auf der Grundlage von § 32 (1) SGB IX die Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung FrühV), in der die Übernahme und die Teilung der Kosten durch die Rehabilitationsträger gemäß § 30 (3) SGB IX nochmals spezifiziert wurde. Inzwi-

schen liegen in 10 Bundesländern Rahmenempfehlungen, -vereinbarungen und -verträge vor, in denen allerdings nur zum Teil die Entgeltvereinbarungen enthalten sind. Diese müssen zwischen Kostenträgern und den Frühfördereinrichtungen verhandelt werden. Derzeit finden strittige Verhandlungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern über strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen statt, da diese von den Frühfördereinrichtungen als unzureichend angesehen werden.

Der größte Anteil heilpädagogischer Leistungen wird von der Sozialhilfe getragen, lediglich ca. 10 Prozent der Frühfördereinrichtungen erhalten auch Kostenanteile von der Jugendhilfe, und zwar für die Leistungen, die sich auf psychisch behinderte Kinder beziehen (§ 35a SGB VIII). Ausnahmen bilden die Länder Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Brandenburg, hier beträgt der Anteil der Jugendhilfe an den Kosten der Frühförderung zwischen 40 und 45 Prozent, da hier entsprechende Zuständigkeitsregelungen getroffen wurden.

Beteiligte Institutionen und deren Kooperationen

Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren haben die Aufgabe und gesetzliche Verpflichtung, allen entwicklungsgefährdeten Kindern einer Region Behandlung und Förderung sowie deren Eltern Beratung und Begleitung anzubieten und zur Erfüllung dieses Auftrags mit allen dafür relevanten Stellen zu kooperieren. Die Zuordnung der Kinder ergibt sich aus den unterschiedlichen Leistungen beider Einrichtungen.

Mögliche Formen von Einrichtungen stellen die Allgemeinen (regionalen) Frühförderstellen dar, die eng mit überregionalen speziellen Frühförderstellen (für z. B. blinde und sehbehinderte oder für gehörlose und hörbehinderte Kinder) zusammenarbeiten. Ergänzend kann es dazu spezielle Frühförderdienste geben, die dem sonderpädagogischen Schulsystem angegliedert sind. Mit welchen Professionen Fachkräfte in den Frühförderstellen angestellt werden, ist sehr unterschiedlich. Es gibt solche mit ärztlicher Leitung und andere, in denen Therapie-Fachkräfte (Logopädie, Heilpädagogik, Physiotherapie) mit einer pädagogischen Leitung ein Team bilden.

Eine wichtige Säule der Frühförderung bilden die frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte, die u. a. die Aufgabe der interdisziplinären Eingangsdiagnostik übernehmen, sowie Therapeutinnen und Therapeuten, Psychologinnen und Psychologen sowie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen; sie sind die wichtigsten Kooperationspartner der Fachkräfte in den Allgemeinen Frühförderstellen.

Eine dritte Säule stellen die Sozialpädiatrischen Zentren dar, die zum Teil auch als spezialisierte Kliniken oder Fachabteilungen für Neuro- und Sozialpädiatrie an Krankenhäusern organisiert sind. Sie sind überregional ausgerichtet und unterstützen und ergänzen bei schwierig gelagerten Fällen Diagnostik und Therapie. Im Gegensatz zu den Frühförderstellen, die vor allem ambulant und mobil arbeiten, bieten diese Zentren stationäre und ambulante Diagnostik, Therapie und Beratung. Sie sind zur Behandlung von Heranwachsenden bis zum 18. Lebensjahr berechtigt, wenn sie unter ärztlicher Leitung stehen. Kooperationen mit den Allgemeinen Frühförderstellen gestalten sich mitunter schwierig oder sind durch Konkurrenzen behindert, da viele Fragen der Zusammenarbeit bisher nicht geklärt sind.

Weitere Kooperationen haben sich vor Ort über regionale Arbeitskreise entwickelt, in denen sich die Fachleute aller relevanten Angebote kennen lernen und wo die Aufgaben koordiniert und auf den konkreten Bedarf abgestimmt werden können. Eine in Bayern durchgeführte Untersuchung von *Gehres u. a.* (2001) weist darauf hin, dass sich bei Einrichtungen, die sich regelmäßig an den Arbeitskreisen beteiligen, die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Einbeziehung der Eltern verbessert und die Entscheidungsprozesse effektiver und transparenter gestaltet wurden. Weiter macht die Untersuchung deutlich, dass die Frühförderstellen einen hohen Vernetzungsgrad, auch zu den beteiligten Jugendämtern, aufweisen. Beispiele solcher Vernetzungen lassen sich in der Expertise von Höfer/Behringer (2008) nachlesen.

Frühförderstellen sind an einer Schnittstelle beteiligt, die bisher kaum beachtet wurde, die aber einen beträchtlichen Teil des Ineinandergreifens von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem ausmacht. Zum einen geht es hier um die fallbezogene Kooperation mit dem Jugendamt oder der Bezirkssozialarbeit (z. B. in Fällen, in denen Entwicklungsverzögerungen des Kindes mit einer hohen sozialen Belastung der Familien und Problemen wie Gewalt und Armut zusammentreffen). Eine solche Zusammenarbeit geht immer auch von der Frühförderung aus, die zur Koordinierung der Hilfen mit den Fachkräften des Jugendamtes in Kontakt tritt.

Ein zweiter wichtiger Bereich ist die Kooperation mit den Kindertagesstätten der Region. Kinder mit (drohender) Behinderung besuchen inzwischen überwiegend den Regelkindergarten (vgl. Kap. 16.2). Damit die Integration dieser Kinder gelingen kann, sind die Erzieherinnen auf die fachliche Unterstützung und Beratung durch die Frühförderstellen angewiesen. In einer Untersuchung in Mecklenburg-Vorpommern (Sohns 2001) gaben alle Frühförderstellen an, dass sie intensiv mit Kindertagesstätten zusammenarbeiten. Die Zugangsrate zur Frühförderung über die Kindertagesstätten beträgt hier 38 Prozent. Über das System der Kinder- und Jugendhilfe, speziell die Bezirkssozialarbeit, werden dort 47 Prozent der Kinder an die Frühförderung vermittelt.

Durch eine eigene Recherche (Dittrich/Bopp 2008) bei elf Frühfördereinrichtungen in fünf Bundesländern wurden 2 612 Kinder erfasst. Gefragt nach den Zugängen über den Kindergarten, gaben zehn der elf Einrichtungen an, dass ihnen zwischen 50 und 68 Prozent ihrer Kinder über den Kindergarten vermittelt werden. Die Frühförderinnen schätzen die Zusammenarbeit, die sich überwiegend bezieht auf die heilpädagogischen Therapien, die die Frühförderung in den Kindertagesstätten durchführt, überwiegend positiv ein. Zudem schätzen die Frühförderinnen die Möglichkeit der Beobachtung „ihrer“ Kinder in den Kindertagesstätten-Gruppen, da sie sich dort ein reales Bild von deren Entwicklungsstand machen können. Sie wer-

den auch zu spezifischen Themen der kindlichen Entwicklung allgemein in die Elternberatung der Kindertagesstätten einbezogen. Deutlich wird dabei, dass beide Berufsgruppen durch die Kooperation eine Erweiterung ihres Wissens über den Entwicklungsstand der Kinder erreichen können und diese Möglichkeit sehr schätzen.

Gleichzeitig ergeben sich für diese fruchtbare Kooperation bis heute Probleme daraus, dass die Frühförderstellen diese Tätigkeiten nicht in Rechnung stellen können, und die Erzieherinnen keine Unterstützung für die Kooperation in Form zusätzlicher Zeitkontingente erhalten. Sollte es über eine enge Auslegung der Komplexleistung Frühförderung künftig dazu kommen, dass Kinder mit Behinderungen, die heilpädagogische Hilfen in der Kindertagesstätte erhalten, deshalb von der Förderung in den Frühförderstellen ausgeschlossen werden, würde hier die bisher aufgebaute Qualität der Integration in den Kindertagesstätten wegbrechen. So fordern die befragten Frühförderinnen als Voraussetzung gelingender Kooperation vor allem klare Vertragsregelungen, in denen die Zusammenarbeit mit Erzieherinnen und Eltern und deren Beratung berücksichtigt werden.

Durch die Bereitstellung von Hilfen in den ersten Lebensjahren der Kinder kommt der Frühförderung eine wichtige präventive Funktion zu. Allerdings beginnt die Frühförderung erst dann, wenn bereits Auffälligkeiten bestehen. Der frühe Zugang für diejenigen Kinder, die aus sozialen Risikokonstellationen kommen und in ihrer Entwicklung gefährdet sind, erfolgt zwar vereinzelt über die Kooperation zwischen Kindertagesstätte und Jugendämtern, erreicht aber nicht alle entwicklungsgefährdeten Kinder.

Die Frühförderung führt Aufgaben und Leistungen des Gesundheitssystems und der Sozialhilfe sowie der Jugendhilfe zusammen und verhindert damit Doppelstrukturen, in denen Familien zwischen den Kostenträgern hin und her geschoben werden. Darüber hinaus schafft sie Synergieeffekte durch das ganzheitliche Wahrnehmen der körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklung der einzelnen Kinder: „Die Frühförderung als System mit ihrer intensiven Verzahnung der Leistungen aus dem medizinischen, pädagogischen, psychologischen und sozialen Bereich einerseits sowie ihren Kooperationsbeziehungen zur Kinder- und Jugendhilfe andererseits kann damit auf Erfahrungen und Strukturen zurückgreifen, die aktuell in den Projekten früher Hilfen erst aufgebaut werden müssen“ (Höfer/Behringer 2008, S. 33).

17 Jugendalter

17.1 Jugendarbeit

Jugendarbeit in ihren vielfältigen Formen ist eines jener Handlungsfelder der Kinder- und Jugendhilfe, für die das SGB VIII ausdrücklich gesundheitliche Bildung als einen Schwerpunkt festschreibt (vgl. § 11 (3) SGB VIII). Weil mit dem Oberbegriff Jugendarbeit sehr unterschiedliche Angebotsformen zusammengefasst werden, soll im Folgenden auf die zwei wichtigsten Typen von Jugendarbeit näher eingegangen werden. In einem ersten Schritt wird der Blick auf die primär durch Mitgliedschaft und ehrenamtliches Engagement geprägten Jugendverbände gelenkt, wobei angesichts des Themas dieses Berichtes der Sportjugend ein eigener Abschnitt gewidmet werden wird. Daran anschließend werden zusammenfassend die Angebote der offenen kommunalen und mobilen Jugendarbeit sowie der geschlechtsspezifischen Jugendsozialarbeit betrachtet.

Dieser notwendige Fokus lässt die vielfältigen Formen und Angebote kultureller, politischer und ökologischer Jugendbildung an dieser Stelle außer Acht. Es wäre ein eigener Arbeitsschritt notwendig, um die in den jeweiligen Arbeitsfeldern entwickelten Konzepte in die Diskussion um gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung einzuordnen.[141]

17.1.1 Verbandliche Jugendarbeit

Die Pluralität der Jugendverbandsarbeit wie auch die Vielfalt ihrer Inhalte und Angebote vor Ort machen es schwer, in Bezug auf gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung zu klaren Aussagen zu gelangen. Ein Großteil der Praxis wird nirgends öffentlich differenziert dokumentiert. Zugänglich sind in beschränktem Umfang die offiziellen Selbstdarstellungen, teilweise die Beschlüsse der Gremien auf Bundes- und Landesebene sowie einzelne Aktionen, Programme und – seltener – öffentliche Kampagnen. Schon die vielfältige Praxis der Jugendleiterschulungen und -qualifizierungen ist nirgends systematisch mit ihren inhaltlichen Schwerpunkten beschrieben.[142] Gänzlich unübersichtlich wird das Feld auf der Ebene der lokalen Gruppenangebote und -aktivitäten. Nur ausgewählte Aktionen erblicken dabei das Licht der Öffentlichkeit. Eine aktuelle Gesamtdarstellung des Feldes mit seinen inhaltlichen Schwerpunkten, etwa vergleichbar mit dem mittlerweile überholten Handbuch Jugendverbände (Böhnisch/Gängler/Rauschenbach 1991), gibt es derzeit nicht; systematische Darstellungen hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Angebote fehlen (als erste Annäherungen: Schlüter/Engelhardt 2007; Lambertin 2008).

Betrachtet man zunächst die zugänglichen Satzungen, Leitlinien und verbandlichen Konzepte, zeigt sich, dass bei einigen wenigen Verbänden das Thema Gesundheit als Schwerpunkt der eigenen Arbeit ausgewiesen wird.[143] Anders als z. B. beim Thema Gender Mainstreaming, das von vielen Verbänden in den letzten zehn Jahren zu einem Akzent der eigenen Arbeit gemacht wurde, gilt dies für den Themenkomplex gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung bislang nicht.

---

[141] So gibt es beispielsweise aus der Sicht der Kommission eine Reihe von Berührungspunkten zwischen dem „Lernziel Lebenskunst“ (Bundesjugendkuratorium BJK 2001) und einem salutogenetischen Verständnis von Gesundheitsförderung.

[142] Immerhin erscheint das Thema im Rahmen der Qualifizierung für die Jugendleiterinnen- und Jugendleiter-Karte (Juleica) in Form der Information zu Rechtsfragen im Bereich Jugendschutz, Sexualstrafrecht, fahrlässige Tötung sowie Hygiene- und Gesundheitsschutz und Schulung in erster Hilfe.

[143] So wird in den Leitsätzen des Jugendrotkreuzes das Thema „Einsatz für Gesundheit und Umwelt“ als einer von vier gleichgewichtigen Schwerpunkten herausgestellt. http://www.djrk.de/leitsaetze.html

Gleichsam eine Ebene tiefer lässt sich anhand der Verbandszeitschriften erkennen, dass gesundheitsbezogene Themen, vor allem Ernährung und Bewegung, immer mal wieder aufgriffen werden.

Auf eine vergleichsweise lange Tradition der Beschäftigung mit gesundheitsbezogenen Themen können einige Verbände im Bereich der Schulungen von Jugendleiterinnen und -leitern zurückblicken. So wird z. B. bei den *Falken* Sexualpädagogik als ein Inhalt der Ausbildung von Jugendgruppenleiterinnen und -leitern ausgewiesen.[144]

Sieht man sich die Verbandspraxis genauer an, so ergibt sich, soweit diese überschaubar ist, ein vielschichtiges Bild.

– Vor allem in jüngerer Zeit mehren sich explizit gesundheitsbezogene Projekte und Aktionen, die von einzelnen Verbänden, zum Teil auf Bundes-, zum Teil auf regionaler Ebene, sowie von Jugendringen sowohl auf örtlicher wie auf Landesebene durchgeführt werden. Beispiele hierfür sind u. a. der 2008 vom *Bremer Jugendring* ausgeschriebene Förderpreis für beispielhafte Kinder- und Jugendarbeit mit dem Thema Prävention und Gesundheit in den Stadtteilen. Ausgezeichnet werden sollen „Projekte zur Lust am Leben, gesunden Ernährung, zum Stressabbau, zur Bewegungsförderung, Alltagsbewältigung, Anti-Mobbing oder Anti-Bullying“.[145] In ähnlicher Weise wurde vonseiten des *Bayerischen Jugendringes* ein Programm zur „Förderung von Aktivitäten der Jugendarbeit zum Thema Gesunde Lebensführung“ aus dem Kulturfond 2006 – 2009 der Bayerischen Staatsregierung aufgelegt.[146] Eine Reihe von Verbänden und Jugendringen beteiligen sich an der Jugendaktion der BZgA *„Gut drauf“*.[147] Im Mittelpunkt des Projektjahres 2006/2007 *Youth4Youth der Johanniter-Jugend* stand das Thema Gesundheit.[148] Schon auf eine etwas längere Geschichte, seit 1994, kann das Jugendrotkreuz mit seinem *Body & Grips-Mobil* zurückblicken, das zusammen mit einer Ersatzkasse durchgeführt wird. Angeboten wird ein mobiler Parcours mit 15 Stationen zu den Themen Bewegung, Ernährung, Identität und Beziehungen, Sexualität und Sucht, der Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit eröffnen soll, „sich spielerisch mit dem eigenem Körper und dem richtigen Gesundheitsverhalten auseinanderzusetzen.“ Ergänzt wird der Parcours durch eine Ausstellung und Aktionen (z. B. in Form von Fitness-Tests).[149] Ein weiteres Beispiel ist der Leitfaden für die Kinder- und Jugendarbeit der Bund-Jugend Hessen „gesund durch die Freizeit“ (Rusch-Hübner/Hübner 2007).[150]

  Schon diese kleine Auswahl, die gar nicht erst beansprucht, einen vollständigen Überblick zu liefern, deutet an, wo die Schwerpunkte dieser Angebote liegen. In den meisten Fällen handelt es sich um unspezifische Formen der altersgruppenbezogenen Prävention und der allgemeinen Gesundheitsförderung außerhalb der Schule. Mit den pädagogischen, lebensweltnahen Mitteln der Jugendarbeit sollen die Mitglieder und Interessenten zu gesundheitlichen Fragen informiert, aufgeklärt und zu einer gesünderen bzw. im Fall von Alkohol, Drogen, Schwangerschaft und Aids sich selbst schützenden Lebensführung motiviert werden. Für einige Verbände fungiert dabei Gesundheitsförderung als Element ihres Verbandsprofils; bei anderen ist sie in unterschiedlich stark ausgeprägtem Umfang ein Thema neben anderen.

– Eine zweite immer wieder antreffbare Form gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in der Jugendverbandsarbeit besteht darin, Gesundheitsthemen als integrale Momente anderer Thematiken zu behandeln. Sexualaufklärung und Aidsprävention erscheinen dann z. B. als Elemente eines halbjährigen Themenschwerpunktes „Liebe und Beziehungen“. Offenbar häufiger thematisiert werden Gesundheitsfragen im Kontext von Beschlüssen, Aktionen und Programmen, die auf eine stärkere Betonung der innerverbandlichen Geschlechtergerechtigkeit bzw. der Geschlechterdifferenz abzielen. Das Interesse, Bewusstsein für die Besonderheiten der beiden Geschlechter zu wecken, lenkt nicht selten die Aufmerksamkeit auf die differenten Körpererfahrungen und -inszenierungen und die mit ihnen ggf. einhergehenden Belastungen. [151]

– Dieser Versuch einer ersten Annäherung über die Aktivitäten der Jugendverbände im Bereich gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung wäre unvollständig, würde man nicht darauf hinweisen, dass die tägliche Praxis vieler Jugendverbände unausgesprochen viele Momente gesundheitsbezogener Prävention und Förderung enthält, die, gerade weil sie selbstverständliche Praxis sind, entsprechende gesonderte Aktionen und Programme überflüssig machen. Die zum Teil langjährigen Traditionen in den Bereichen Rettung, Naturschutz und musische Bildung (vor

[144] vgl. http://www.wir-falken.de/positionen/9176.html

[145] Vgl. http://www.bremerjugendring.de/

[146] „Mit diesem Förderungsprogramm sollen innovative Formen der Jugendarbeit angestoßen werden, um jugendgerechte Wege gesunder Lebensführung aufzuzeigen und einen Beitrag zur Aufklärung über die Wirkungsweisen unterschiedlicher Gesundheitsgefährdungen zu leisten. Mit den Zuschüssen sollen auch niederschwellige Aktivitäten, sowie Maßnahmen und Projekte gefördert werden, die an den Lebenswelten und gesundheitlichen Problemlagen der Kinder und Jugendlichen ansetzen. Damit soll das Selbstwertgefühl Jugendlicher gestärkt, [ihnen] vermittelt werden gesundheitsbewusster zu leben und Wege aufzeigt werden die Gefährdungen im Alltag besser zu erkennen und mit ihnen adäquat umzugehen“ (vgl. http://www.bjr.de/foerderung/Aktivitaeten_Projekte/Gesunde_Lebensfuehrung.php).

[147] Vgl. http://www.gutdrauf.net/index.php?sect=1&docid=001

[148] Vgl. http://www.johanniter.de/org/juh/amt/jugend/jjugend/machen/international/youth4youth/de294540.htm

[149] Vgl. http://www.djrk.de/bodygrips-mobil.html?&0=

[150] Vgl. auch http://gesund.bundjugendhessen.de

[151] So wurde – um nur ein Beispiel für viele andere zu zitieren – im Jahr 2003 das Präsidium der Bundesfrauenkonferenz des *BDKJ* aufgefordert, „die Ergebnisse des Wettbewerbs ‚Richtig wichtig – Wir Mädchen sehen das so‘ in der BDKJ-Frauen-Fachtagung erneut aufzugreifen und insbesondere zu den Themenfeldern Körperbewusstsein, Ernährung und Gesundheit, die Konsequenzen für die Mädchenpädagogik sowie für die Interessenvertretung zu erarbeiten. Vgl. http://www.bdkj.de/fileadmin/user_upload/pdf/Beschluesse/4_Maedchen_und_Frauenpolitik/4-14_Maedchen_Gesundheit.pdf

allem Tanz) sowie die zahlreichen schon lange üblichen Freizeitangebote wie Zeltlager, Fahrten und Touren eröffnen so vielfältige Erfahrungs- und Erlebnisräume, dass zusätzliche Aktionen in diesen Fällen Gefahr laufen, aufgesetzt zu wirken. Das gilt nicht für das gesamte Spektrum von Gesundheitsförderung, aber doch für so zentrale Bereiche wie Bewegung und Körpererfahrung, aber auch für soziale Einbettung und soziales Lernen.

– Eine dritte gesundheitsbezogene Dimension der Jugendverbandsarbeit wird sichtbar, wenn man sich vergegenwärtigt, dass Jugendverbände für viele Jugendliche als wichtige Orte wahrgenommen werden, an denen sie sich selbst als handlungswirksam erleben können. Zu einem nicht unerheblichen Teil macht dies – auch im Gegensatz zur Schule – die Attraktivität der Verbände aus.[152] Wie wichtig aus salutogenetischer Perspektive diese Erfahrung der Selbstwirksamkeit für die Sozialisation von Kindern und Jugendlichen ist, wurde in Teil A dieses Berichtes gezeigt.

– Eine wichtige Leistung der verbandlichen Jugendarbeit ist die in einigen Verbänden seit Langem fest verankerte Behindertenarbeit. Verbände wie die Deutsche Pfadfinderschaft St. Georg (DPSG), die auf eine über 40-jährige Tradition in diesem Bereich verweisen kann, das Jugendrotkreuz und andere verfügen über reichhaltige Erfahrungen mit integrativen Angeboten.[153] So stellt z. B. unter dem Motto „Leben ist mehr – Abenteuer Begegnung“ die Jahresaktion 2009 der DPSG Menschen mit seelischer Behinderung in den Mittelpunkt der verbandlichen Aufmerksamkeit: „Sie – und auch Menschen mit anderen Formen von Behinderung – in unserer Gesellschaft wahrzunehmen und die Begegnung mit ihnen zu suchen, ist eine Herausforderung für jede Gruppe der DPSG“ (DPSG 2008, S. 4).

– Inhaltlich wie auch in Bezug auf ihre Form sind diese Angebote und Leistungen der Jugendverbandsarbeit im Bereich gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung durch die weitgehend ehrenamtliche Struktur der Gruppenleiterinnen und Gruppenleiter und die Freiwilligkeit der Mitgliedschaft geprägt. Deshalb stoßen vor allem jene Themen auf Resonanz, die die Mitglieder besonders interessieren bzw. die auf ihre alterstypischen Interessen antworten. So ist es nicht überraschend, dass bei vielen Aktionen die Themen Bewegung, Körpererfahrung sowie das Erproben der eigenen Grenzen im Vordergrund stehen. Da gerade in der Altersphase, in der die Verbände den höchsten Anteil von Jugendlichen organisieren können, zudem die Entwicklung der eigenen Identität eng mit der Erfahrung des sich verändernden Körpers verbunden ist, liegt es nahe, dass diese Themenkomplexe, zum Teil auch in ihrer geschlechtsspezifischen Bedeutung, immer wieder aufgegriffen werden.

– Zugleich ist aber auch festzustellen, dass die Themen gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der Jugendverbandsarbeit bislang nicht zu den Kernthemen und den Zielen in der täglichen Arbeit gehören. Noch wird die eigene Praxis kaum unter dieser Perspektive gedeutet. Gesundheit ist bisher kein eigenständiges Ziel von Jugendverbandsarbeit, sondern eher ein Mittel, um mit ihm die Zielsetzungen des jeweiligen Verbandes besser erreichen zu können. So ist körperliche Fitness z. B. eine wichtige Grundlage für das Üben der Feuerwehrtechnik. Hervorzuheben ist dabei, dass besondere Aktionen, Programme und Kampagnen stark von einzelnen engagierten Personen abhängen.

– Bei alledem ist zu berücksichtigen, dass, wie alle Erfahrungen und nicht zuletzt die wenigen einschlägigen Studien (Reichwein/Freund 1992; Homfeldt u. a. 1995; Fauser u. a. 2006 a/b; Lehmann/Mecklenburg 2006) immer wieder belegen, Mädchen und Jungen neben den Inhalten der Verbandsarbeit die Teilnahme bzw. Mitwirkung als für sie wichtig erleben, weil sie ihnen Gemeinschaft und Kommunikation ermöglichen. Gesundheit und gesundheitsbezogene Prävention stehen also aus der Sicht der Mitglieder zumindest nicht als solche an erster Stelle. Man wird – vermutlich mit Ausnahme der Sportjugend – nicht Mitglied eines Jugendverbandes, um gleichsam gesünder zu leben. Dies führt dazu, dass sich die Verbände auf einige Schutzfaktoren konzentrieren (Lambertin 2008, S. 24), wobei die jeweiligen Verbandstraditionen und Strukturen der Mitglieder wichtige vermittelnde Faktoren darstellen.

17.1.2 Sportjugend

Wenn es um Angebote der verbandlichen Jugendarbeit im Kontext von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung geht, darf das breite Spektrum an vereinsförmig organisierten Sportangeboten für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene besondere Aufmerksamkeit beanspruchen. Deshalb sollen im Folgenden, obgleich unter Sportjugend wesentlich mehr zu verstehen wäre als die institutionalisierten Angebote der Sportvereine und -verbände als Träger der freien Kinder- und Jugendhilfe, diese im Zentrum der Ausführungen stehen. Neben dem Sportunterricht in Schulen[154] und den selbst organisierten sportlichen Aktivitäten in der Freizeit[155], stellen die Vereine zweifellos die wichtigsten Orte für die Sportbeteiligung Heranwachsender dar. Dabei bewegt sich die Beteiligungsquote von Kindern und Jugendlichen

[152] Die vorliegenden Studien enthalten eine Reihe von Hinweisen zur Bestätigung dieser These. Wichtig sind dabei vor allem jene Studien, die aus der Sicht der Jugendlichen die Bedeutung der Verbandsarbeit für den eigenen Kompetenzerwerb sowie für die positive Erfahrung mit Selbstorganisation und Verantwortungsübernahme bezeugen (vgl. z. B. Düx/Prein/Sass/Tully 2008).

[153] Vgl. http://www.dpsg.de/aktivdabei/behindertenarbeit

[154] Der Sportunterricht an Schulen ist u. a. durch seine Funktion einer (oftmals) ersten Heranführung an Sport und sportbezogene Bewegung zentral.

[155] Diese selbst organisierten Formen sportlicher Betätigung zeigen sich „als ein Experimentierfeld für unkonventionelle Formen des körperlichen Ausdrucks und der Gemeinschaftsbildung sowie als Plattform für eigenwillige Bedeutungs- und Selbstsozialisationsprozesse“ (Schwier 2008).

bei institutionalisierten sportlichen Aktivitäten seit Längerem auf einem konstant hohen Niveau (Opper/Wagner 2008; Schmidt 2003) und ist höher als bei den in einem Sportverein organisierten Erwachsenen (Bundesministerium des Innern, BMI 2006). Nach dem Ersten Kinder- und Jugendsportbericht entfällt der größte Anteil sportlicher Betätigung in der Freizeit auf institutionell organisierte Termine (zwischen 70 bis 80 Prozent) (Schmidt 2003). Nahezu 80 Prozent der Heranwachsenden haben bis zum Ende des Jugendalters eine Mitgliedschaft in einem Sportverein durchlaufen, wobei diese im Durchschnitt acht Jahre andauert (vgl. Gogoll u. a. 2003).[156]

Obwohl sportliche Aktivitäten und Bewegung als „Kerngeschäft" der Sportvereine an sich schon mit Gesundheit assoziiert werden können, ist die Perspektive der jugendbezogenen Sportvereine- und -verbände vor allem auf den primären Organisationszweck der Ermöglichung von Sport- und Bewegungsangeboten mit den dazu erforderlichen Rahmenbedingungen fokussiert (vgl. Baur/Braun 2000) und schließt nicht per se eine systematische gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung ein (vgl. Opper 2002). So ist es nicht verwunderlich, dass sich das Feld der sportbezogenen Jugendarbeit und ihre Leistungen bezüglich gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in den letzten Jahren sehr vielfältig, aber auch sehr uneinheitlich darstellt. Der zweite Kinder- und Jugendsportbericht konstatiert, dass die aufgesetzten gesundheitsbezogenen Programme und Initiativen der Jugendarbeit im Sport sich bisher als sehr heterogenes Feld mit unterschiedlichen Akteuren und unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen an gesundheitsbezogenen Angeboten zeigen (vgl. Schmidt 2008). Gleichwohl sind die Sportvereine „zu einem bedeutenden Laienhilfesystem in der Gesundheitsförderung herangewachsen" (Opper 2002, S. 18).

In vielen Vereinen wird inzwischen standardmäßig ein breites Repertoire im Bereich des Gesundheitssports ermöglicht, wobei es bisher keine zuverlässigen Zahlen darüber gibt, in wie vielen Vereinen bundesweit Gesundheitssport angeboten wird, wie hoch die Zahl der Angebote ist und wieweit sie von Kindern und Jugendlichen genutzt werden (vgl. Bös u. a. 1999; Opper 2002).

[156] Bei der Einbindung in die Vereine zeigen sich geschlechtsspezifische Differenzen, wobei die Jungen in den Sportvereinen dominieren: Von den 7- bis 14-Jährigen sind es 74 Prozent der Jungen und 57 Prozent der Mädchen, von den 15- bis 18-Jährigen sind es 63 Prozent Jungen und 42 Prozent Mädchen, die in einem Sportverein aktiv sind. Für die Teilnahme am organisierten Sport sind neben dem Geschlecht auch andere soziodemografische Faktoren wie etwa der sozioökonomische Status, das Bildungsniveau, die Nationalität sowie die Siedlungsstruktur von Bedeutung (vgl. Bös/Worth u. a. 2008). Je höher der sozioökonomische Status der Eltern und das Bildungsniveau, desto höher ist die Vereinsbindung bei Kindern und Jugendlichen (vgl. auch ebd.; Fuhs 1996). Auch der Migrationshintergrund bei Kindern und Jugendlichen spielt bei den Vereinsaktivitäten eine Rolle. So sind Heranwachsende mit Migrationshintergrund weitaus weniger sportbezogen organisiert (vgl. Bös/Worth u. a. 2008). Insgesamt ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie Mitglied eines Sportvereins sind, um über 50 Prozent geringer als bei Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund.

Gesundheitsbezogene Schwerpunkterweiterung des organisierten Sports

Durch die Ermöglichung von sportlicher Aktivität und Bewegung sowie des Erlebens von Gemeinschaft und sozialer Unterstützung innerhalb des institutionalisierten Sports wurden gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung zwar nicht als systematischer, aber doch gewissermaßen als integraler Bestandteil der Sportvereine und -verbände betrachtet. In einer Erziehung durch Sport, die auch als Beitrag zur Persönlichkeitsentwicklung der Heranwachsenden und zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben gesehen wird, bieten sportliche Aktivitäten und Bewegung in dieser Lesart u. a. „Möglichkeiten der Auseinandersetzung mit dem Körper, mit Gesundheit und gesundheitsriskantem Verhalten, zur Entwicklung von Vertrauen in die eigene körperliche Leistungsfähigkeit …" und insgesamt für die Entwicklung einer „körperfundierten" Identität, die durch das Vertrauen in die eigene Körperlichkeit mitgetragen wird" (Baur/Braun 2000, S. 379). Die Entwicklung von Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen, Leistungsmotivation, einer gesunden Lebensführung sowie die Förderung prosozialen Verhaltens etc. werden nach dieser Begründungsart durch den organisierten Sport gewissermaßen en passant gefördert. Dieser (gesundheitsbezogene) Begründungszusammenhang prägte lange Zeit die gängige Praxis in den meisten Sportvereinen und -verbänden und wird auch noch heute vertreten im Leitbild der Deutschen Sportjugend (dsj) als größter freier Träger der Kinder- und Jugendhilfe nach § 12 SGB VIII, unter deren Dach die Mehrheit der in der Jugendarbeit aktiven Sportvereine zusammengefasst sind. Die neuere Befundlage zeigt jedoch, dass Sport und auch institutionalisierte Sportangebote nicht automatisch gesund, persönlichkeits- und entwicklungsfördernd sind (vgl. Schmidt 2003; Brettschneider 2001), sondern dass ein gesundheitsförderliches Angebot einen spezifischen qualitativen Zuschnitt braucht. Dazu bedarf es nicht nur (gesundheits-)sportlicher Aktivitäten im Sinne einer Erziehung zum Sport, die eine Bindung an den Sport erhöht, sondern auch die Berücksichtigung bestimmter Faktoren, die eine explizite Gesundheitsorientierung in einem pädagogisch orientierten Sportsetting ermöglicht, wie z. B. die Art und Qualität des Vereinssports, die unterschiedlichen Anforderungen und Möglichkeiten der jeweiligen Sportarten sowie die konkrete Gestaltung des Trainings- und Wettkampfalltags. Sport(jugend)vereine als Setting der Gesundheitsförderung bedürfen damit nicht nur der Einrichtung von bestimmten Gesundheitssport-Angeboten, sondern erfordern als langfristiges Ziel die Umgestaltung des Sportvereins insgesamt zu einem „gesunden Verein", was z. B. auf Gesundheit orientierte und qualifizierte Jugendsportleiterinnen und -leiter, die Bereitstellung adäquater Räumlichkeiten sowie Qualität sichernde Maßnahmen, z. B. die Festlegung bestimmter Qualitätsmaßstäbe von Gesundheitssportangeboten, einschließt (vgl. Brehm u. a. 2002).

Diese Einsicht sowie die große Nachfrage breiter Bevölkerungsschichten nach Fitness- und Gesundheitsangeboten innerhalb des organisierten Sports haben nicht nur zu

Veränderungen und weiterer konzeptioneller Entwicklungsarbeit der (Jugend-)Sportarbeit geführt, sondern insgesamt in den letzten Jahren die Diskussion um den Stellenwert von Gesundheit einerseits und Sportarbeit anderseits im Sportsystem belebt (vgl. Opper 2002). Aufseiten der Anbieter und ihrer Förderer hat eine deutliche Akzentverschiebung von einer leistungs- zu einer gesundheitssportlichen Orientierung stattgefunden (vgl. Opper/Wagner 2008). Auch die Kontexte der Jugendarbeit bzw. Jugendhilfe außerhalb der hier thematisierten Sportvereine, die lange Zeit wenige Berührungspunkte mit sportlicher Kinder- und Jugendarbeit aufwiesen, machen sich Sport als Medium zunehmend zunutze und bieten sportbezogene Projekte wie z. B. Mitternachtssport, offene Sportangebote innerhalb der Kinder- und Jugendarbeit sowie besondere Sportangebote für Mädchen an.[157] Auch hier wird Sport als methodischer Ansatz u. a. zur Gesundheitsförderung und Prävention gesehen und eröffnet gewissermaßen als Querschnittsaufgabe zwischen diesen unterschiedlichen Settings der Jugendarbeit (bzw. Kinder- und Jugendhilfe) ein neues gemeinsames Interesse (vgl. Klinkhammer 2008).

Viele der größeren Landessportbünde und Fachverbände setzen sich seit längerer Zeit mit Gesundheitssport auseinander, wobei Gesundheitssport definiert werden kann „als aktive und zweckbestimmte bewegungs- und sportspezifische Handlung und Maßnahme im Sinne regelmäßiger und systematischer Trainings- und Übungsprogramme, um die Gesundheit in all ihren Aspekten, d. h. somatisch wie psychosozial, zu fördern und zu erhalten (Präventivsport)“ (Schwenkmezger 1993). Gesundheitsförderung im Sportverein orientiert sich dabei auch am Salutogenese-Modell: Neben der Vermeidung und der Reduktion von Risikofaktoren, geht es entscheidend auch um die Entwicklung von Gesundheitsressourcen, die ein dauerhaftes Bedürfnis nach Sport und Bewegung sowie eine gesunde Lebensführung fördern. Ein gesundheitsbezogen ausgerichtetes Sportangebot unter dem Leitziel „Sport für alle“ bedarf dabei geeigneter Verhältnisse und Rahmenbedingungen, die Gesundheitsförderung erst ermöglichen (Opper 2002).

Einen ersten Schritt in diese Richtung machte der *Deutsche Olympische Sportbund* (DOSB) Mitte der 1990er-Jahre mit seiner „*Gesundheitspolitischen Konzeption*“ (1995), in denen das Handlungsfeld „Gesundheit und Sport“ zu einer zentralen Zukunftsaufgabe der Sportverbände und -vereine erklärt wurde. Einen weiteren Schritt stellte die Einführung der Qualitätssiegel *Sport pro Gesundheit*[158]*, Sport pro Fitness*[159]*, Pluspunkt Gesundheit.DTB*[160] *und Gesund & fit im Wasser*[161] dar. Der organisierte Sport hat mit diesen Qualitätssiegeln eine Selbstverpflichtung zu hoher Qualität bei Angeboten zum Gesundheitssport im Verein abgegeben, er hat sich „zu einer zukunftsorientierten Prävention und Gesundheitsförderung“ bekannt und sich zudem verpflichtet, „die im Sport bestehenden Strukturen für diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu nutzen und auszubauen“ (Deutsche Olympische Sportbund, DOSB 2006, S. 6). In der Sportlandschaft der Vereine und Verbände haben sich auf dieser Grundlage eine Reihe von speziellen Gesundheitsprogrammen herausgebildet, die qualifiziert angelegt sind, ganzheitliche Ziele verfolgen und auf einem modernen Verständnis von Gesundheitsförderung basieren.[162] Bislang wurden ca. 14 000 Gesundheitssportangebote in rund 7 000 Vereinen mit dem Qualitätssiegel zertifiziert (ebd., S. 6).

[157] Bisher wurde zwischen sportbezogener Jugendarbeit und Jugendarbeit im Sport (Sportvereine) im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe aufgrund unterschiedlicher Schwerpunktsetzungen unterschieden. Während die sportbezogene Jugendarbeit Sport als Medium der pädagogischen Arbeit mit anderen Wertstrukturen, Zielvorgaben, Teilnehmerbedingungen sowie Arbeits- und Beteiligungsformen betrachtet (siehe zum Thema z. B. die „Regensburger Traumfabrik“ oder den Marburger Verein zur Förderung bewegungs- und sportorientierter Jugendsozialarbeit), liegt bzw. lag der Fokus der Jugendarbeit im Sport mehr auf dem leistungs- und wettkampforientierten Sportbetrieb (Schulze-Krüdener 1999).

[158] Die Qualitätssiegel sind im Jahre 2006 in Kooperation des Deutschen Olympischen Sportbunds mit der Bundesärztekammer entwickelt worden. Weitere Informationen unter www.sportprogesundheit.de. Sie sind auf Bundes-, Landes- und Vereinsebene verankert, sowohl im System der Spitzenverbände und Sportverbände mit besonderen Aufgabenstellungen als auch flächendeckend in den Landessportbünden.

[159] *Sport pro Fitness* ist ein relativ neues Qualitätssiegel des DOSB, durch das den Studionutzern eine Orientierungshilfe bei der Auswahl eines Fitness-Studios gegeben werden soll. Ein mit dem Qualitätssiegel ausgezeichnetes Vereinsstudio soll über die Qualifikation des Personals, die Geräteausstattung und die Hygienestandards Auskunft geben. Weitere Informationen unter: http://www.sportprofitness.de/

[160] Der *Deutsche Turner-Bund* hat im Februar 1994 als erster Fachverband ein Qualitätssiegel, den Pluspunkt Gesundheit. DTB für gesundheitsorientierte Sport- und Bewegungsangebote im Verein entwickelt, mit der Zielsetzung, flächendeckend qualitativ hochwertigen Gesundheitssport in den Vereinen anzubieten und diesen kontinuierlich zu verbessern. Weitere Informationen unter http://www.dtb-online.de/cms/download2.php/article_3991/3991/PP-Brosch%C3%BCre2008.pdf

[161] Das Gütesiegel Gesund & fit im Wasser wurde bereits 1997 vom *Deutschen Schwimmverband* (DSV) entwickelt. Vereine können es beantragen, wenn mindestens zwei gesundheitsfördernde Sportangebote durch den Schwimmverein nachgewiesen werden. Neben dem Qualitätssiegel *„Sport pro Gesundheit“,* in dessen Entwicklung auch der DSV eingebunden war, blieb das bereits etablierte Gütesiegel des DSV *„Gesund und fit im Wasser“* erhalten. Schwimmvereine und Schwimmabteilungen können seitdem beide Qualitätszertifikate erwerben. Weitere Informationen unter: www.dsv.de.

[162] Im Sinne des *New Public Health* sollen die Angebote nicht nur präventiv wirken, d. h. Erkrankungen und Störungen verhindern helfen, sondern sich auch auf die Ausbildung und Stärkung der Gesundheitskompetenz der einzelnen Nutzer und Nutzerinnen, sowohl in physischer, psychischer als auch sozialer Hinsicht konzentrieren. Dabei werden die Stärkung von physischen und psychosozialen Gesundheitsressourcen, die Verminderung von Risikofaktoren, die Unterstützung zur Bewältigung von gesundheitlichen Beschwerden sowie die Verbesserung des Gesundheitsverständnisses angestrebt. Die Angebote müssen bestimmte Qualiätskriterien erfüllen, wie ein zielgruppengerechtes Angebot, eine qualifizierte Leitung, eine einheitliche Organisationsstruktur, einen präventiven Gesundheitscheck, ein begleitendes Qualitätsmanagement sowie einen aktiven Gesundheitspartner-Sportverein. Des Weiteren müssen die Angebote auch zielgruppengerecht hinsichtlich eines bestimmten Angebotsprofils konzipiert (wie „Herz-Kreislauf“ „Muskel-Skelettsystem“, „Entspannung/Stressbewältigung“ oder „Allgemeiner Präventionssport“) und auf eine bestimmten Zielgruppe (Alter, Geschlecht, Bewegungsbiografie und Lebensumfeld) zugeschnitten sein.

Gesundheitsbezogene Leistungen der Jugendarbeit im Sport

Betrachtet man zunächst die Leitlinien, Satzungen und Sportprogramme der einzelnen Landessportbünde und der angegliederten Sportjugenden, zeigt sich, dass das Thema Gesundheit jeweils sehr unterschiedlich gewichtet wird. Während einige der Sportjugendorganisationen explizit gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung systematisch(er) zum Thema machen und sich z. B. auch auf das Salutogenese-Modell beziehen, wird dies bei anderen Sportjugenden bzw. Landessportbünden eher implizit, z. B. durch die Benennung der Förderung von motorischen Fähigkeiten oder der Persönlichkeitsentwicklung zum Ausdruck gebracht. Wenn Gesundheit in den Dokumenten explizit angegeben wird, besteht wenig Einheitlichkeit hinsichtlich der verwendeten Begriffe, wie z. B. Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung oder auch Gesundheitsförderung.

Inhaltliche Handlungsschwerpunkte gesundheitsbezogener Jugendarbeit im Sport liegen vor allem auf Ernährung und Bewegung sowie Prävention (Sucht/Gewalt/Aids) (vgl. auch Bundesministerium des Innern, BMI 2006). Bei gesundheitsbezogenen Sportprogrammen und Aktionen sind auch jeweils recht unterschiedliche Ausgestaltungen und Schwerpunkte feststellbar. Während einige Sportjugenden Gesundheit nur implizit im Rahmen von Sport als Bewegungs- und als per se persönlichkeitsförderndes Mittel zum Thema machen, wird in anderen sportbezogenen Organisationen der Jugendarbeit Gesundheit in Form des präventiven, d. h. vor allem suchtpräventiven Gedankens oder bestimmter gesundheits- bzw. auch altersbezogener Schwerpunkte (z. B. Bewegungskindergärten) thematisiert. Andere Sportjugenden bzw. Landessportbünde machen Gesundheit explizit zu einem eigenständigen Thema und koppeln gesundheitspräventive mit gesundheitsförderlichen Elementen.

Im Rahmen der Sportjugend (dsj), der angeschlossenen Landessportbünde und ihrer Sportjugenden haben sich innerhalb des vom DOSB initiierten Projektes *„Sport und Gesundheit*“, sowie anderer Initiativen vielfältige Kooperationsnetzwerke entwickelt, z. B. mit Krankenkassen, Kindergärten, Schulen, Universitäten und Ministerien. Entstanden sind beispielsweise Projekte zur Suchtvorbeugung im Sportverein im Kontext der BZgA-Kampagne *„Kinder stark machen*“ oder der Jugendaktion *„Gut drauf“*, welche insbesondere auch in Kooperation mit den Sportvereinen und -verbänden das Bewegungs- und Ernährungsverhalten sowie Stressbewältigung von Heranwachsenden positiv beeinflussen will.[163] Neben präventiven Initiativen, wie sie z. B. im Rahmen der „Plattform Ernährung und Bewegung“ (peb)[164] oder der Kommunikations- und Interaktionsplattform zur Aids-Prävention an Sportvereinen und -verbänden (*„Initiative SportAIDs“*) des Kooperationsprojektes der BZgA und anderen Akteuren[165] initiiert wurden, startete die dsj auch eine *„Qualitätsoffensive: Jugendarbeit im Sport“,* die verschiedene Aktivitäten der Sportorganisationen bündelt.[166] Darin wurde in Zusammenarbeit mit der Sportjugend Niedersachsen eine Arbeitshilfe herausgegeben, die Hilfestellung und Orientierung bei der Qualitätsentwicklung der Sportangebote geben soll (*„Eine Frage der Qualität – Jugendarbeit im Sport“*).[167] Neben anderen Qualitätsdimensionen wird auch das Thema Gesundheit als Qualität im Wissen und Handeln vor allem unter den Stichworten Prävention durch Sport, Risiken vorbeugen, Gesunderhaltung, Suchtprävention, Doping, Ernährung, Hygiene und Erste Hilfe behandelt. Im Vordergrund steht hier einerseits ein pädagogisches Verständnis, welches vor allem an der Erziehung durch Sport als Persönlichkeitsentwicklung der Heranwachsenden und der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben positive Effekte erzielen will. Zum anderen soll durch vereins- und verbandsübergreifende Kooperationen mit Gesundheitsexpertinnen und -experten aus Medizin, Krankengymnastik und Rehabilitation, mit der BZgA, der Sportberatung durch diplomierte Fachkräfte sowie den Eltern eine systematischere gesundheitsbezogene Sportjugendarbeit ermöglicht werden. Eine auf die Erziehung zum Sport ausgerichtete Programmatik und damit gewissermaßen eine Hinführung zu einer Lebensführung, die dauerhaftes sportliches Engagement bzw. einen gesunden Lebensstil insgesamt einschließt, wird zumindest nicht ausdrücklich thematisiert.

Betrachtet man die gesundheitsbezogenen Angebote und Projekte der Sportvereine in Bezug auf Handlungsschwerpunkte für bestimmte Altersgruppen, gibt eine (nicht repräsentative) Systematisierung in Bezug auf bewegungsbezogene Angebote und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention verschiedener Akteure von *Opper/Wagner* (2008) einen ersten Überblick. Für die Altersgruppe der 6- bis 12-Jährigen stehen vor allem Programme der Ernährung und Bewegung im Fokus der Initiatoren, wie z. B. das Programm *„Schwer mobil –*

[163] Das Projekt wurde bereits mit der Sportjugend Hessen (seit 2000), der Sportjugend Nordrhein-Westfalen und ab 2003 über den Rhein-Sieg-Kreis von dem dortigen Kreissportbund besonders betreut und weiterentwickelt. Dabei standen Schulungen von Übungsleiterinnen und -leitern sowie die Durchführung und Evaluation von gemeinsamen Projekten mit Schulen und Einrichtungen der Jugendarbeit im Vordergrund.

[164] Die Plattform *Ernährung und Bewegung* (peb) will der Entstehung von Übergewicht von Kindern und Jugendlichen vorbeugen und wurde Jahre 2004 auf Initiative des damaligen Bundesministeriums für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft sowie von sieben weiteren Gründungsmitgliedern gegründet. Zu den Mitgliedern zählen heute wissenschaftliche Institutionen, Interessenvertretungen, gesellschaftliche Initiativen und eine Vielzahl an Unternehmen. Ein Expertenbeirat begleitet die Arbeit der Plattform Ernährung und Bewegung e. V. mit wissenschaftlicher Expertise.

[165] Weitere Informationen zur AIDS-Prävention auf der Seite http://www.gib-aids-keine-chance.de/aktionen/praevention/index.php.

[166] Auf der Informationsplattform www.jugendprojekte-im-sport.de werden seit 2002 vorbildliche Projekte der Jugendarbeit im Sport gebündelt. Hier haben Sportvereine die Möglichkeit, eigene Projekte mit den entsprechenden Informationen und Daten einzustellen, sich Ideen für die eigene Arbeit im Verband oder Verein zu holen sowie Erfahrungen auszutauschen.

[167] Weitere Informationen zur Praxishilfe unter www.jugendprojekte-im-sport.de/downloads/qualitipp/qualitipp-dokumentation.pdf

übergewichtige Kinder in Bewegung, Spiel und Sport" der Sportjugend Nordrhein-Westfalen, das Bewegungsangebote mit gezielter Ernährungsberatung koppelt, oder auch *„GOkids auf Schatzsuche"* der AOK Hessen in Zusammenarbeit mit den Sportvereinen und der Universität Bayreuth, das vor allem auf die Stärkung physischer und psychosozialer Gesundheitsressourcen durch ein standardisiertes Bewegungsprogramm setzt. Bei den 12- bis 18-Jährigen spielt neben der Prävention von Übergewicht auch die Bewältigung von Stress und Beschwerden eine größere Rolle. In Programmen wie z. B. *„Aktion Kids in Clubs"* der Sportjugend Hamburg wird dem Bewegungsmangel von Jugendlichen aus einkommensschwachen Familien entgegengewirkt, die damit dauerhaft am Sport beteiligt werden sollen. Des Weiteren zielt beispielsweise das Programm *„Rückenfitness auf dem Pferderücken"* der Sportjugend Nordrhein-Westfalen mit dem Provinzialverband westfälischer Reit- und Fahrvereine sowie der Universität Bielefeld auf das Training des Bewegungsapparates, den Abbau motorischer Defizite sowie auf die Steigerung der sozialen Kompetenz von Jugendlichen ab (vgl. Opper/Wagner 2008).

Insgesamt bieten die Sportvereine den Heranwachsenden mit ihrem breiten und flächendeckenden Angebot an sportlichen Aktivitäten und Bewegungsmöglichkeiten eine wichtige Bühne für ihre physische, aber auch für die psychosoziale Entwicklung. Im Sport mit Gleichaltrigen können Kompetenzen, wie z. B. Lebenskompetenz (Selbstsorge, Selbstachtsamkeit, Selbstorganisation), Teamfähigkeit sowie Selbstvertrauen, aber auch Gemeinschaftsbildung gefördert und entwickelt werden (vgl. Sygusch 1999). In diesem Sinne sind Sportvereine auch als „gesundheitsförderndes Netzwerk" für Kinder und Jugendliche (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, BMFSFJ 2002, S. 225) anzuerkennen, in dem nicht nur Bewegung als ein körperliches Grundbedürfnis der eigenen Entwicklung eine zentrale Rolle spielt, sondern auch seine sozialisierende Funktion in Bezug auf die integrative Wirkung und die Bedeutung in der Kinder- und Jugendkultur. Zu nennen sind hier die jugendkulturell und szeneorientierten Sportarten wie z. B. HipHop, Snowboard, Streetball etc., die als Trendsportarten mit hohem Attraktivitätsgrad für die Heranwachsenden Jugendkultur und Sport neu koppeln und damit Anknüpfungspunkte für die Vermittlung einer gesundheitsbewussten Lebensweise bieten.

„Vor allem der Wandel des Krankheitspanoramas hin zu chronisch-degenerativen Erkrankungen, die zum Teil durch Bewegungsmangel mitverursacht werden, spricht für eine stärkere gesundheitspolitische Inanspruchnahme des Sports und damit auch für eine stärkere Kopplung des Sport- und Gesundheitssystems" (Opper 2002, S. 2). Unter Beachtung verschiedener Qualitätsdimensionen und spezifischer struktureller Aspekte der sportbezogenen Jugendverbände bieten (Jugend-)Sportvereine insgesamt günstige Voraussetzungen für einen „gesunden Sozial- und Lebensraum" und damit für ein Setting zur Gesundheitsförderung" (vgl. ebd. 2002).

17.1.3 Offene und mobile Jugendarbeit

Unter Offener Jugendarbeit werden verschiedene, offen angebotene Handlungsfelder der Jugendarbeit subsumiert, die von den freien wie öffentlichen Trägern der Jugendarbeit gestaltet und bearbeitet werden. Neben den Einrichtungen der Offenen Jugendarbeit, wie Jugendfreizeitstätten, Jugendhäusern, Jugendtreffs, Stadtteiltreffs, zählen auch weitere, offen angebotene Einrichtungen, Dienste und Veranstaltungen, unabhängig von ihrer Trägerschaft, zum Leistungsspektrum der Offenen Jugendarbeit. Für die Offene Jugendarbeit charakteristisch ist der „offene Betrieb" in Jugendzentren und Jugendhäusern, der den Jugendlichen die Möglichkeit einräumt, Räume zu bestimmten Zeiten und nach bestimmten Regeln zu nutzen, mitzuverwalten und zu gestalten, ohne in irgendeiner Weise Mitglied sein zu müssen. Während Jugendlichen vor allem ein Forum für den Kontakt mit Gleichaltrigen geboten wird, besteht für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieser offenen Einrichtungen gleichzeitig die Möglichkeit, mit einzelnen Jugendlichen oder Cliquen in Kontakt zu kommen, um Beratung und Hilfen anzubieten und für gezielte und verbindlichere Veranstaltungen zu werben (Freizeiten, Seminare, Projekte, Gruppenaktivitäten, Fahrten) (vgl. Hafeneger/Schröder 2005, S. 848).

Für alle Formen der gesundheitsbezogenen Aufklärung und Information sind die Einrichtungen der offenen kommunalen Jugendarbeit wichtige Orte der Dissemination. So findet man in vielen Einrichtungen Flyer, Infoblätter und Informationsbroschüren, abgestimmt auf Alter und Zusammensetzung der Besucherinnen und Besucher, z. B. zur Aidsprävention, zur Verhütung von ungewollten Schwangerschaften, zur Prävention von Drogen- und Alkoholmissbrauch. Darüber hinaus werden Angebote der gesundheitsbezogenen Prävention in diesen Einrichtungen vor allem anlassbezogen durchgeführt oder weil entsprechende Anregungen von außen erfolgen. Beispiele hierfür sind Aktionswochen zur kritischen Auseinandersetzung mit Junkfood bzw. zu gesunder altersgerechter Ernährung und Bewegung, „hippen" Alternativen zum Alkohol (alkoholfreie coole Cocktails) oder Informationsveranstaltungen gekoppelt mit Beratungsangeboten zur Aidsprävention. Ohne im engen Sinne als gesundheitspädagogische Angebote ausgewiesen zu sein, bieten darüber hinaus viele Einrichtungen immer wieder Sport- und Outdoor-Aktivitäten sowie erlebnispädagogische und andere programmergänzende Aktivitäten an, denen gesundheitsfördernde Effekte zugeschrieben werden können.

Dieser einerseits bestehenden Vielfalt gesundheitsbezogener Angebote und Aktivitäten in Jugendeinrichtungen entspricht jedoch auch ein jeweils recht unterschiedliches Verständnis von Gesundheit, Prävention und Gesundheitsförderung. Dies wird auch daran deutlich, wie different die Einrichtungen die Ziele ihrer Angebote, z. B. Ernährung, definieren, was sich z. B. auch im Rahmen einer der wenigen bundesweit zugänglichen jüngeren Erhebungen zu gesundheitsbezogenen Angeboten in Einrichtungen der offenen Jugendarbeit in Hamburg[168] zeigte. Wäh-

[168] Erhebung der Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Fachbereich Gesundheit, Hamburg. Vgl. http://www.gesundheitberlin.de

rend bei einigen Einrichtungen in punkto Ernährung die reine Versorgung der Jugendlichen im Vordergrund stand, ging es anderen Anbietern eher um den bewussten Umgang mit Lebensmitteln und das Erlernen des Kochens, wieder anderen in einem erweiterten Verständnis um den Bezug dieses Themas zu sozialen Kompetenzen und Organisationsfähigkeiten.

Erst in den letzten Jahren beschäftigt sich auch die Fachdiskussion im Feld Offener Jugendarbeit systematischer mit dem Feld der Gesundheitsförderung (vgl. Gilles 1998). So haben sich, beispielsweise auf der Grundlage der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gestarteten Jugendaktion *„Gut drauf“*[169], einige Ansätze guter Praxis, etwa die Formulierung verbindlicher Qualitätsstandards zu den Schwerpunktthemen Ernährung, Bewegung und Entspannung für die Einrichtungen der Offenen Jugendarbeit, etabliert, an der bereits einige Freizeiteinrichtungen in der Modellregion beteiligt sind. Mittlerweile haben sich neben der Modellregion Rhein-Sieg-Kreis auch andere *„Gut-Drauf-Netzwerke“* gegründet, oder befinden sich zurzeit in der Gründungsphase (u. a. in Bayern, Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt). Weitere beispielhafte Anknüpfungspunkte finden sich u. a. auch im Rahmen des Programms und in den Positionen der Arbeitsgemeinschaft „Haus der Offenen Tür“ für Nordrhein-Westfalen (2007)[170], die Gesundheitsförderung ausdrücklich als Ziele und Leistungen der Offenen Kinder- und Jugendarbeit festschreibt[171], oder im Fachprogramm *„Förderung von Aktivitäten der Jugendarbeit zum Thema Gesunde Lebensführung“* des Bayerischen Jugendrings.[172]

Wirft man dagegen auch einen Blick auf die allgemeine Fachdebatte zur Offenen Kinder- und Jugendarbeit, wird zwar oftmals die primärpräventive Wirkung der Offenen Kinder- und Jugendarbeit auch in Bezug auf Gesundheit im Rahmen der Aufgabe von § 11 SGB VIII als Arbeitsprinzip betont. Eine explizite Benennung von Gesundheitsförderung als Zielkategorie Offener Kinder- und Jugendarbeit erfolgt jedoch in der Mehrzahl nicht. Auch in den von der Bundesarbeitsgemeinschaft Streetwork/Mobile Jugendarbeit e. V.[173] formulierten fachlichen Standards für das Arbeitsfeld Mobiler Jugendarbeit bleiben die Aussagen in Bezug auf den gesundheitsbildenden Auftrag eher vage. Demnach werden durch Streetwork und Mobile Jugendarbeit nützliche Hilfen zu praktischen Fragen, z. B. zur Gesundheitsfürsorge und Suchtberatung gegeben oder vermittelt. Andere gesundheitsförderliche Elemente der Jugendarbeit werden nicht explizit als solche benannt, sondern, wie bereits erwähnt, implizit erbracht, denn zumeist ist Gesundheit – wie in der Jugendverbandsarbeit bereits erwähnt – nicht Ziel der Jugendarbeit, sondern Mittel.

Unter dem Vorzeichen von gesundheitsbezogener Prävention ist als eine besondere Form der kommunalen Jugendarbeit die Mobile Jugendarbeit als zielgruppen- und lebensfeldorientierter Jugendarbeitsansatz zu nennen, die insbesondere mit potenziell gefährdeten Jugendlichen, also z. B. arbeitslosen, suchtgefährdeten, aggressiven oder bereits delinquenzbelasteten Jugendlichen im Rahmen von gruppen- und einzelfallbezogener Arbeit (vgl. Keppeler/Specht 2005, S. 1123) Beratungs- und Hilfsangebote entwickelt (vgl. Jordan 2005, S. 131; Kros/Mierisch 1998, S. 381). Im Rahmen eines stadtteil-, bzw. sozialraum- und milieubezogenen Konzepts sollen Ausgrenzungsprozesse von Jugendlichen und jungen Erwachsenen verhindert oder rückgängig gemacht werden, indem Ressourcen und Selbsthilfekräfte zur Lösung sozialer Probleme im Gemeinwesen genutzt werden (vgl. Keppeler/Specht 2005, S. 1223). Diese Projekte und Angebote Mobiler Jugendarbeit umfassen mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen Angebote der Gesundheitlichen Versorgung, der Sucht-, Gewalt- und AIDS-Prävention, der Prävention von Teenagerschwangerschaften, der Förderung seelischer Gesundheit, der Stressbewältigung sowie eine medizinische Grundversorgung. Schwerpunkte sind dabei die Arbeit mit jungen Prostituierten und ihrem Umfeld und drogengefährdeten Jugendlichen, die zum Teil ohne festen Wohnsitz sind (vgl. Flick/Röhnsch 2008).

Zudem können die Übergänge zwischen mobiler Jugendarbeit bzw. Streetwork für Jugendliche mit dem „Lebensmittelpunkt Straße“ und teilstationären wie auch stationären Hilfen fließend sein, z. B., wenn dabei die Jugendlichen nicht nur an ihren Szene-Orten aufgesucht werden, sondern diese Arbeit auch in Anlauf- und Notschlafstellen stattfindet. Dort werden den Jugendlichen zum einen Beratungsangebote gemacht, zum anderen können sie gesundheitsbezogene Basisbedürfnisse befriedigen, d. h. duschen, Wäsche waschen, warme Mahlzeiten einnehmen oder auch einige Male übernachten. Angesichts des oft sehr schlechten Gesundheitszustandes dieser Jugendlichen und ihren reduzierten Zugangsmöglichkeiten zum Gesundheitssystem bieten manche dieser Anlaufstellen auch eine gesundheitliche Erstversorgung durch einen medizinischen Dienst.

17.1.4 Geschlechtsspezifische Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit

Geschlechtsspezifische Jugendsozialarbeit bietet entsprechend § 9 Satz 3 SGB VIII Hilfen und Angebote für Mädchen und Jungen an, in denen geschlechtsspezifische Lebenskonzepte und Lebenslagen berücksichtigt und (gesellschaftliche) Benachteiligungen nach Möglichkeit abgebaut werden. Ganz überwiegend richten sich die Angebote an Mädchen/junge Frauen, es existieren mittlerweile aber auch – allerdings in weitaus geringerem Umfang –

[169] Vgl. www.gutdrauf.net

[170] Vgl. www.agot-nrw.de/upload/Positionspapier.pdf

[171] Demnach sollen, in Kooperation mit Fach- und Beratungsstellen und in Orientierung an Projekten wie z. B. *„Gut Drauf“* der BzGA, eine gesunde Ernährung, ausreichend Bewegung und Entspannung sowie die Vermittlung entsprechenden Wissens zur Arbeit der Offenen Kinder- und Jugendarbeit in Nordrhein-Westfalen gehören.

[172] Das Fachprogramm soll einen wesentlichen Beitrag zur Verankerung des Themas Gesundheitsprävention in den Aktivitäten der Jugendarbeit leisten.

[173] Informationen im Internet unter www.bundesarbeitsgemeinschaft-streetwork-mobile-jugendarbeit.de/homepage/material/bagstandards2007.pdf

eigenständige geschlechtsspezifische Angebote und Maßnahmen für Jungen/junge Männer. Innerhalb dieses Rahmens befasst sich geschlechtsspezifische Jugendsozialarbeit mit dem Thema Gesundheit vor allem in Form von gesundheitsbezogener Information und Aufklärung. Im Rahmen der Mädchensozialarbeit geht es dabei vor allem um die Themen Sexualität, Verhütung, HIV-Infektion/Aids sowie Partnerschaft und Familiengründung. Zur Vermittlung dieser Inhalte werden Materialien von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) verwendet, die nicht nur in den Handlungsfeldern Jugendarbeit und Schule, sondern auch für die geschlechtsspezifische Jugendsozialarbeit nützlich sein können. Des Weiteren lassen sich auch Angebote identifizieren, die sich mit spezifisch weiblichen Gesundheitsaspekten beschäftigen: So geht es u. a. darum, bei Mädchen/jungen Frauen durch Information und Aufklärung Hemmschwellen in Bezug auf das Aufsuchen eines Gynäkologen abzubauen oder sich durch präventive medizinische Angebote (z. B. HPV-Impfung) vor sexuell übertragbaren Krankheiten zu schützen. Ein weiterer großer Themenbereich der gesundheitsbezogenen Information und Aufklärung in der Mädchensozialarbeit beschäftigt sich, ähnlich wie in der Hilfen zur Erziehung, mit Körperlichkeit, vor allem im Hinblick auf Essstörungen und Übergewicht. Durch zum Teil medial gestützte Information und Aufklärung (u. a. durch Verwendung von BZgA-Materialien) werden Mädchen und junge Frauen angeregt und ermutigt, sich mit dem eigenen Rollenbild, der Wahrnehmung eigener Körperlichkeit und mit dem gesellschaftlichen Schönheitsideal auseinanderzusetzen. Dadurch sollen Mädchen und junge Frauen auch für Symptome und Hintergründe der Entwicklung von Essstörungen sensibilisiert werden. Der weitaus größte Teil der Mädchensozialarbeit wendet sich an Mädchen/junge Frauen ab dem 12. Lebensjahr. Durchgeführt werden diese Angebote vor allem in altershomogen zusammengesetzten Kleingruppen in Mädchenhäusern oder anderen Angeboten der offenen Jugend(sozial)arbeit, sodass eine eindeutige Zuordnung dieser geschlechtsspezifischen Angebote zu den Arbeitsfeldern Jugendarbeit bzw. Jugendsozialarbeit nicht immer möglich ist. Inwiefern sich diese Angebote auch den spezifischen Lebenslagen von Mädchen/jungen Frauen mit Migrationshintergrund (insbesondere jungen Musliminnen) widmen, lässt sich im Rahmen dieses Überblicks nicht klären. Es ist aber davon auszugehen, dass sich derartige Angebote, soweit überhaupt vorhanden, mit großer Wahrscheinlichkeit vor allem in großstädtischen Ballungsräumen mit einem hohen Migrantenanteil an der Bevölkerung finden lassen. Gesundheitsbezogene Mädchensozialarbeit zielt durch Information und Aufklärung auf Empowerment und die Stärkung von eigenen Verwirklichungschancen ab.

Im Unterschied zur gesundheitsbezogenen Mädchensozialarbeit lassen sich für den Bereich der geschlechtsspezifischen Jugendsozialarbeit mit Jungen/jungen Männern keine so eindeutigen Trends formulieren, da Dokumentationen von Projekten und Maßnahmen für diesen Bereich weitestgehend fehlen. Wie in der Mädchensozialarbeit spielt auch in der gesundheitsbezogenen Jungensozialarbeit das Thema Sexualität vermutlich eine bedeutende Rolle, wobei hier die jungenspezifischen Materialien der BZgA zur Verfügung stehen.

17.2 Hilfen zur Erziehung

17.2.1 Gesetzliche Grundlagen

Personensorgeberechtigte haben dann Anspruch auf Hilfen zur Erziehung, wenn „eine dem Wohle des Kindes oder Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung notwendig ist“ (§ 27 (1) SGB VIII). Mit Ausnahme der Erziehungsberatung (§ 28 SGB VIII) ist über Art und Umfang einer notwendigen und geeigneten Hilfe nach einer Feststellung des erzieherischen Bedarfs im Rahmen eines Hilfeplanverfahrens (§ 36 SGB VIII) zu entscheiden. An dieser Entscheidung sind die Fachkräfte des Jugendamts, die Personensorgeberechtigten und nach Möglichkeit auch die Heranwachsenden beteiligt, ggf. werden Vertreterinnen und Vertreter der Schule, der Erziehungsberatung oder der Kinder- und Jugendpsychiatrie hinzugezogen. Länger andauernde Hilfen sind regelmäßig zu überprüfen.

Nach § 27 kann die Hilfe zur Erziehung in unterschiedlicher Form und Intensität gewährt werden, wobei einige gängige Hilfeformen in den §§ 28 bis 35 SGB VIII im Einzelnen genannt werden. Generell wird unterschieden zwischen ambulanten Hilfen (Erziehungsberatung nach § 28 SGB VIII, Soziale Gruppenarbeit nach § 29 SGB VIII, Erziehungsbeistand oder Betreuungshelfer nach § 30 SGB VIII, Sozialpädagogische Familienhilfe nach § 31 SGB VIII), teilstationären Hilfen (Tagesgruppen nach § 32 SGB VIII) und stationären Hilfen (Vollzeitpflege nach § 33 SGB VIII und Heimerziehung oder sonstige betreute Wohnformen nach § 34 SGB VIII). Dabei sollen ambulante und teilstationäre Angebote den Verbleib der Mädchen und Jungen in ihren (meist sehr belasteten) Familien sichern. Nach Fremdplatzierungen in Vollzeitpflege oder Heimen muss dagegen entschieden werden, ob sich die Herkunftsfamilien so stabilisieren konnten, dass eine Rückkehr der Kinder ohne weitere Gefährdung möglich ist. Eine weitere Hilfeform ist die Intensive Sozialpädagogische Einzelbetreuung nach § 35 SGB VIII, deren Ausgestaltung sich ganz nach dem individuellen Bedarf richtet und eine ambulante Betreuung eines (zunächst noch) wohnungslosen Jugendlichen ebenso umfassen kann wie ein Reise- oder Standprojekt im Ausland (falls zunächst ein Abstand zum bisherigen Lebensumfeld als unabdingbar erscheint).

Festzuhalten ist aber, dass nach § 27 (2) SGB VIII die Hilfe entsprechend dem Hilfebedarf im Einzelfall ausgestaltet werden kann und soll, sodass auch andere als die explizit genannten Hilfeformen entwickelt oder auch verschiedene Hilfen kombiniert werden können (z. B. kann neben Sozialpädagogischer Familienhilfe noch ein Erziehungsbeistand für einen Jugendlichen eingesetzt werden).

Anders als bei der Kinder- und Jugendarbeit (vgl. Kap 17.1) findet sich in den Paragrafen, die Hilfen zur Erziehung betreffen, kein expliziter Auftrag zu Gesund-

heitsförderung oder zu gesundheitlicher Bildung, es ist aber davon auszugehen, dass die zum Teil sehr umfassenden Hilfen die Sorge für die Gesundheit der betreuten Mädchen und Jungen mit einschließen sollen. Lediglich in § 34 wird auf die Möglichkeit von nicht näher spezifizierter „Therapie“ verwiesen: Kinder und Jugendliche in stationären Angeboten sollen „durch eine Verbindung von Alltagserleben mit pädagogischen und therapeutischen Angeboten“ gefördert werden.

In allen Angeboten und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe – und so auch in den Hilfen zur Erziehung – kann zudem die nach § 35a SGB VIII der Kinder- und Jugendhilfe obliegende Eingliederungshilfe bei (drohender) seelischer Behinderung von Kindern und Jugendlichen durchgeführt werden, soweit gleichzeitig ein erzieherischer Bedarf gegeben ist und diese Angebote geeignet sind. Dabei sollen möglichst „behinderte und nicht behinderte Kinder gemeinsam betreut werden“ (§ 35a (4) SGB VIII). Da es für die Inanspruchnahme der Erziehungshilfen ausreicht, dass ein entsprechender „erzieherischer Bedarf“ festgestellt wurde, wird häufig darauf verzichtet zu prüfen, ob ggf. auch eine (drohende) seelische Behinderung vorliegt. Es muss hier offen bleiben, ob dieser Verzicht eher auf den damit verbundenen Aufwand zurückzuführen ist oder darauf, dass man den Betroffenen die mit dieser Diagnose verbundene Etikettierung ersparen will – zumal dann, wenn der mit dem § 35a verbundene potenzielle Anspruch auf eine geeignete Form der Therapie aus unterschiedlichen Gründen nicht eingelöst wird.

17.2.2 Entwicklung von Mitteln, Plätzen, Personal und Inanspruchnahme

Die Ausgaben für die Hilfen zur Erziehung insgesamt haben sich von 1992 (knapp 3 Mrd. Euro) bis 2006 (5,6 Mrd. Euro) gesteigert, sind allerdings seit 2003 kaum noch gestiegen (vgl. Tab. 11.1 in Kap. 11.1).

2005 wurden insgesamt knapp 187 000 ambulante Hilfen nach §§ 29 bis 31 SGB VIII durchgeführt (Pothmann/Fendrich a).[174] Die teilstationären Hilfen (Tagesgruppen nach § 32 SGB VIII) wurden 2005 in gut 16 500 Fällen genutzt, in Vollzeitpflege (§ 33 SGB VIII) wurden 2005 knapp 60 000 und in Heimen und sonstigen Wohnformen wurden knapp 86 000 Kinder und Jugendliche betreut (vgl. Pothmann/Fendrich 2008).[175]

In Bezug auf das Personal in den Hilfen zur Erziehung (2006: knapp 62 000 Beschäftigte auf knapp 47 000 vollen Stellenanteilen; vgl. Fendrich 2008) zeichnet sich zwischen 2002 und 2006 ein beachtlicher Rückgang der Vollzeitstellen ab, der für die stationären Hilfen (5,7 Prozent) sehr viel geringer ausfällt als für die ambulanten und teilstationären Hilfen (12,5 Prozent). Dies mag angesichts der wachsenden Fallzahlen in den ambulanten Hilfen erstaunen. Eine genauere Analyse ergibt aber, dass die Zahl der erfassten Beschäftigten sich kaum verändert hat, diese nun aber öfter nur noch in Teilzeit arbeiten. Zudem nimmt „der Einsatz von flexibel einsetzbaren Honorarkräften zu“ (Fendrich 2008, S. 11), die aber nicht unbedingt in der Statistik erfasst werden. Zudem zeigt sich, dass die durchschnittliche Stundenzahl pro Woche in den Erziehungsbeistandschaften, in der sozialen Gruppenarbeit und v. a. in der sozialpädagogischen Familienhilfe zwischen 2002 und 2006 deutlich abgenommen hat, was vermutlich mit erhöhten Leistungsanforderungen an das Personal einhergeht und auch mit „Blick auf die Leistungsfähigkeit der Hilfe kritisch betrachtet werden“ muss (Fendrich 2008, S. 11). Geht man nun davon aus, dass der Verzicht des Personals auf Festanstellung und Vollzeitstellen keineswegs immer freiwillig erfolgt und dass Überlegungen bzw. konkrete Maßnahmen zur Gesunderhaltung des Personals eher selten sein dürften, so erscheinen diese Bedingungen nicht gerade günstig für eine so intensive Auseinandersetzung mit den Themen der Gesundheitsförderung und Prävention, wie sie in den Hilfen zur Erziehung notwendig erscheint. Dazu kommt noch, dass gut die Hälfte der Beschäftigten in den Erziehungshilfen bereits zwischen 40 und 60 Jahre alt ist und Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ab 50 Jahren generell deutlich weniger an beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen teilnehmen (Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) 2008). Weiter ist zu fragen, ob denn genügend gute Fortbildungen im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention angeboten werden.

Im Jahr 2007 wurden in Deutschland gut 42 100 Hilfen zur Erziehung für Familien, Heranwachsende und junge Volljährige neu begonnen. Dabei sind in den Hilfen zur Erziehung (ohne die Erziehungsberatung) Klienten, die zur Sicherung ihres Lebensunterhalts zumindest teilweise auf staatliche Transferleistungen angewiesen sind, mit insgesamt 59 Prozent deutlich überrepräsentiert, während dieser Anteil in der Erziehungsberatung nur 16,5 Prozent beträgt (Kolvenbach/Pothmann 2008). Offenbar sind also von (drohender) Armut geprägte Lebenslagen – besonders bei Alleinerziehenden – verstärkt mit der Notwendigkeit verbunden, die Familien bei der Erziehung durch intensive Hilfen zu unterstützen.

Andererseits wurde bei den im Zusammenhang mit diesem Bericht durchgeführten Hearings von Fachleuten bemängelt, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund, die nach den Ergebnissen von KiGGS einerseits häufig von (drohender)Armut, andererseits besonders stark von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen sind (vgl. Teil B), in den Erziehungshilfen und in der Jugendpsychiatrie unterrepräsentiert seien.Dass sie rechtzeitig deutlich mehr Hilfen bräuchten, zeige sich u. a. daran, dass in einem späteren Lebensalter junge Männer mit Migrationshintergrund in Haftanstalten überrepräsentiert seien. Dies wird zum einen auf mangelnde personelle Kontinuität in der Fallzuständigkeit, das weitgehende Fehlen von Hilfen aus einer Hand, den Mangel an muttersprachlicher Beratung durch Fachkräfte bzw. an qualifizierten Dolmetscherdiensten zurückgeführt. All dies wäre aber wichtig, um den Migranten die einzelnen Instanzen

[174] Vgl. www.akjstat.uni-dortmund.de/projekte/output.php?projekt=30&Jump1=RECHTS&Jump2=6

[175] Vgl. www.akjstat.uni-dortmund.de/projekte/output.php?projekt=30&Jump1=RECHTS&Jump2=6

und Hilfesysteme transparent zu machen. Diese seien für sie oft undurchschaubar und ihr Misstrauen sei sehr hoch, da sie Kontrolle und Datenweitergabe auch z. B. bei Beratungsstellen befürchteten, obwohl diese Angst dort völlig unbegründet sei. Auch die Hilfeplanung und Hilfegewährung bleibt für Familien mit Migrationshintergrund und geringen Deutschkenntnissen oft unverständlich. Das kann dazu führen, dass die Hilfeverträge nicht unterschrieben oder begonnene Hilfen bald wieder abgebrochen werden. Diese und andere Faktoren tragen dazu bei, dass in Deutschland der Anspruch auf Hilfen zur Erziehung für Migranten mit mangelnden Sprachkenntnissen immer noch nicht ausreichend umgesetzt wird, obwohl die Relevanz von Hilfen zur Erziehung für Prävention und Gesundheitsförderung auf der Hand liegt.

In Bezug auf das Personal in den Hilfen zur Erziehung zeichnet sich zwischen 2002 und 2006 ein beachtlicher Rückgang der Vollzeitstellen ab, der für die stationären Hilfen (5,7 Prozent) sehr viel geringer ausfällt als für die ambulanten und teilstationären Hilfen (12,5 Prozent). Dies mag angesichts der wachsenden Fallzahlen in den ambulanten Hilfen erstaunen. Eine genauere Analyse ergibt aber, dass die Zahl der erfassten (nun aber öfter nur noch in Teilzeit) Beschäftigten sich kaum verändert hat und dass zudem die Hilfen verstärkt von „flexibel einsetzbaren Honorarkräften“ (Fendrich 2008, S. 11) erbracht werden, die aber nicht unbedingt in der Statistik erfasst werden. Zudem zeigt sich, dass die durchschnittliche Stundenzahl pro Woche in den Erziehungsbeistandschaften, in der sozialen Gruppenarbeit und v.a. in der sozialpädagogischen Familienhilfe zwischen 2002 und 2006 deutlich abgenommen hat, was vermutlich mit erhöhten Leistungsanforderungen an das Personal einhergeht und auch mit „Blick auf die Leistungsfähigkeit der Hilfe kritisch betrachtet werden“ muss (Fendrich 2008, S. 11). Geht man nun davon aus, dass der Verzicht des Personals auf Festanstellung und Vollzeitstellen keineswegs immer freiwillig erfolgt und dass Überlegungen bzw. konkrete Maßnahmen zur Gesunderhaltung des Personals eher selten sein dürften, so erscheinen diese Bedingungen nicht gerade günstig für eine so intensive Auseinandersetzung mit den Themen der Gesundheitsförderung und Prävention, wie sie in den Hilfen zur Erziehung notwendig erscheint. Dazu kommt noch, dass gut die Hälfte der Beschäftigten in den Erziehungshilfen bereits zwischen 40 und 60 Jahre alt ist und Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ab 50 Jahren generell deutlich weniger an beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen teilnehmen (Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) 2008). Weiter ist zu fragen, ob denn genügend gute Fortbildungen im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention angeboten werden.

17.2.3 Gesundheitssituation der Nutzer und Nutzerinnen

Es gibt zwar keine Statistiken zum Gesundheitsstatus des Klientels der Erziehungshilfen zu Beginn und Ende der Hilfen, doch lassen schon die in Teil B präsentierten Daten erwarten, was verschiedene Studien bestätigen: Die Kinder und Jugendlichen in Erziehungshilfen sind in aller Regel gesundheitlich überdurchschnittlich stark belastet, wobei psychosoziale Auffälligkeiten wie Aggressivität und Delinquenz, zudem Teilleistungsstörungen sowie psychosomatische Beeinträchtigungen wie u. a. Essstörungen, selbstverletzendes Verhalten oder Suchtmittelmissbrauch im Vordergrund stehen, aber teilweise auch (drohende) seelische Behinderungen im Sinne von § 35a SGB VIII festgestellt wurden (Fegert/Besier 2008). Diese geschlechtstypisch unterschiedlich ausgeprägten Auffälligkeiten werden in engem Zusammenhang mit psychosozialen Risikofaktoren gesehen, die oft den Anlass für die gewährten Hilfen bilden, wie die Erfahrung von Vernachlässigung und (sexueller) Gewalt, psychischen und Suchterkrankungen der Eltern, dysfunktionalen Familienbeziehungen sowie von weiteren Belastungen in Familie, Schule und sozialem Umfeld (vgl. Teil B sowie Fegert/Besier 2008). Dabei steigen nach *Burns* (2004, zitiert nach Fegert/Besier 2008) mit der Intensität der Maßnahmen auch die Auffälligkeiten der Kinder, bzw. erfordert ein höheres Maß an Auffälligkeiten eine intensivere Hilfe, bis hin zur Fremdplatzierung. Allerdings stellt die Unterbringung außerhalb der Herkunftsfamilie in aller Regel (zunächst) eine zusätzliche Belastung für die Kinder und Jugendlichen dar. Eine aktuelle psychiatrische Untersuchung in 20 stationären Einrichtungen ergab, dass bei knapp 60 Prozent der knapp 700 einbezogenen Kinder und Jugendlichen im Alter von 4 bis18 Jahren (davon 70 Prozent Jungen) mindestens eine klinisch relevante psychische Störung diagnostiziert wurde und bei vielen der Heranwachsenden sogar komplexe, schwer behandelbare Störungsbilder vorlagen (Schmid 2007). Dass sich nur 42 Prozent der Heranwachsenden in „irgendeiner Art von psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung“ befanden, wird von *Fegert/Besier* als „eklatante kinder- und jugendpsychiatrische Unterversorgung“ (ebd., S. 21) bewertet. Die Analyse der Akten von 125 Mädchen und Jungen (von 12 bis 17 Jahren) in teilgeschlossenen Gruppen ergab, dass 75 Prozent von ihnen vorher schon in ambulanter oder stationärer psychiatrischer Behandlung waren. Ihre oft mit wiederholten Abbrüchen von Maßnahmen und Schul-, Orts- sowie Bezugspersonenwechseln verbundene „Hilfekarriere“ dürfte ihre Probleme noch verschärft haben (Hoops/Permien 2006; Köttgen 2007). Bei „besonders schwierigen“ Kindern und Jugendlichen kann es sich also um „Grenzgängerinnen“ und Grenzgänger“ handeln, die dringend einer gut ineinander greifenden Hilfe vonseiten der Kinder- und Jugendhilfe wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie bedürften, ohne diese immer zu bekommen (Fegert/Schrapper 2004; Hoops/Permien 2006) (vgl. Kap. 17.5). Aber auch vielleicht bisher unerkannte und unbehandelte Erkrankungen und Beeinträchtigungen (wie z. B. Seh- oder Hörschäden, Minderbegabung) dürfen von den Fachkräften in den Erziehungshilfen nicht übersehen werden.

Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen dieser Kinder und Jugendlichen sind oft ebenso vielfältig und miteinander verwoben wie ihre möglichen Ursachen. Daher ist es

zwar möglich – etwa anhand des internationalen Störungsmanuals ICD 10[176] – einzelne Auffälligkeiten und Störungen zu beschreiben, oft aber unmöglich, diese auf isolierte Ursachen zurückzuführen oder ihnen die eindeutig richtige Hilfe oder Therapie zuzuordnen. Und es dürfte auch wenig Aussicht auf Erfolg haben, diese Probleme unabhängig von ihrem Kontext behandeln zu wollen.

In nicht wenigen Fällen muss davon ausgegangen werden, dass die – sehr verschiedenen – Auffälligkeiten dieser Kinder und Jugendlichen Folgen von Bindungsstörungen und sequentieller Traumatisierung (Jaritz/u. a. 2008) sein können und von daher einer speziellen „Traumasensibilität" bzw. „Traumapädagogik" und eines besonders achtsamen Umgangs mit Nähe und Distanz bedürfen (vgl. Kap. 19.2). Diese Erkenntnis verbreitet sich, ausgehend von der noch jungen Disziplin der Traumatherapie, derzeit gerade in der Kinder- und Jugendhilfe (vgl. vereinzelte Fortbildungsangebote, z. B. Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen (IGfH) 2008 und Beiträge in Fachzeitschriften (Uttendörfer 2008, Wolf 2008) oder auch Themenhefte wie jüngst in der Bremer Zeitschrift „Spielräume" 40/41 2008). Sowohl die Verhaltensauffälligkeiten betroffener Kinder und Jugendlicher als auch ihre speziellen Ressourcen sind als Ausdruck von Überlebensstrategien zu erkennen und anzuerkennen, die allerdings ihre Funktionalität in anderen als den bisherigen Kontexten verlieren und dort dysfunktional erscheinen. Sie können von traumatisierten Heranwachsenden aber nur aufgegeben bzw. verändert werden, wenn die Hilfen zur Erziehung ihnen als „sicherer Ort" (Metzmacher u. a. 2008) und die Helfenden als so vertrauenswürdig erscheinen, dass die Kinder und Jugendlichen an innerer Sicherheit gewinnen und ihr „nonverbales Agieren … mit Sprache gefüllt werden" kann (Köttgen 2007, S. 33) – ein Prozess, der oft viel Zeit und Geduld braucht.

Doch auch unabhängig von spezieller Traumapädagogik versuchen die Hilfen zur Erziehung seit Langem – ganz im Sinne einer Lebensverlaufsperspektive – , die Nutzer und Nutzerinnen der Hilfen zur Erziehung mit ihren Problemen, aber auch mit ihren Stärken und Ressourcen in ihren biografischen und sozialen Kontexten wahrzunehmen und ihren besonderen Bedarfen entgegenzukommen. Denn diese Hilfen sind zumindest so konzipiert, dass sie einen möglichst sicheren und verlässlichen Rahmen und eine pädagogische Beziehung bieten bzw. schaffen, in dem die Mädchen und Jungen befähigt werden können, Handlungsalternativen und Selbstwirksamkeit zu entwickeln. Insofern bemühen sich Erziehungshilfen immer auch um „Verhältnisprävention" und richten sich nicht ausschließlich auf Verhaltensänderungen der Kinder und Jugendlichen.

17.2.4 Gesundheitsförderung und Prävention in den Hilfen zur Erziehung

Um Aussagen über konkrete Ansätze zu Gesundheitsförderung und Prävention in dem unübersichtlichen Feld der Erziehungshilfen in ihrer Vielfalt machen zu können[177], wurden neben allgemein zugänglichen Quellen auch einige der im Rahmen dieses Berichtes in Auftrag gegebenen Expertisen sowie die Ergebnisse der durchgeführten Hearings und Fachgespräche genutzt, zudem die Ergebnisse einer kleinen „Blitzumfrage". [178] Die in diesem Rahmen verschickten Kurzfragebögen wurden von rund 60 verschiedenen Projekten und Einrichtungen beantwortet, und zwar von zehn ambulanten Angeboten und sozialraumbezogenen Einrichtungen, die z. B. Erziehungsberatung sowie Familien- und Jugendtreff unter einem Dach bieten, vor allem aber von stationären Einrichtungen oder solchen, die sowohl über ambulante wie auch teilstationäre und stationäre Angebote verfügen. Eine Antwort kam auch von einer Auslandsmaßnahme.

Die Ergebnisse erheben keinerlei Anspruch auf Repräsentativität, geben aber doch einen Einblick, wie Gesundheitsförderung und Prävention derzeit in ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten verstanden und umgesetzt werden.

17.2.4.1 Begrifflichkeiten

Das im Rahmen der Berichtserstellung durchgeführte Hearing mit Vertreterinnen und Vertretern der großen Wohlfahrtsverbände ergab, dass die Verbände bisher nicht über eine einheitliche Begrifflichkeit von Gesundheitsförderung und Prävention verfügen. Dies mag zum einen daran liegen, dass einige der Träger das Thema Gesundheit als Querschnittsaufgabe in den einzelnen Maßnahmen bzw. Angeboten als „Gesundheitssorge" ohnehin bereits verankert sehen, so auch in den Hilfen zur Erziehung.

Im Rahmen der erwähnten Umfrage wurde nun ein anderer Weg gegangen und in dem Kurzfragebogen der Gesundheitsbegriff in den Mittelpunkt gestellt. So wurde u. a. danach gefragt, welche Rolle jeweils „Gesundheitserziehung", „gesundheitsbezogene Information/Aufklärung", „Gesundheitsförderung" und „gesundheitsbezogene Prävention" in den gesundheitsbezogenen Aktivitäten der Projekte und Einrichtungen spielten, wobei vor allem die beiden letzten Begriffe kurz definiert wurden (vgl. Kap. 20.3).

Die Antworten zeigen, dass bei dem Thema Gesundheit in den Hilfen zur Erziehung meistens alle vier Aspekte eine Rolle spielen. Dabei wurde allerdings die Allgemeinheit des Begriffs Gesundheitsförderung nicht problematisiert und auch nicht von dem allgemeinen Förderauftrag der Kinder- und Jugendhilfe (§ 1 SGB VIII) abgegrenzt. Nur in Einzelfällen wurde ein Hintergrundwissen zu den Begriffen deutlich, sie wurden aber passend verwendet (z. B. „wir bieten ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld"). Es gab zwar auch eigene Wortschöpfungen wie „ganzheitliche Gesundheitserziehung", aber überwiegend wur-

[176] Die ICD 10 ist die derzeit gültige Fassung der „International Classification of Diseases" der WHO, vgl. dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/index.htm

[177] Der Pflegekinderbereich konnte hier leider nicht berücksichtigt werden

[178] Diese Umfrage konnte dankenswerterweise mit Unterstützung verschiedener Erziehungshilfeverbände (AFET, IGfH, Internationaler Bund (IB), EREV, SOS-Kinderdorf e. V., Kinderschutzbund) sowie reger Beteiligung der Projekte und Einrichtungen im Rahmen der Berichterstellung sehr schnell durchgeführt werden.

den die „klassischen Aufgaben“ der Kinder- und Jugendhilfe, nämlich Identität, Selbstbewusstsein, soziale Kompetenz und praktische Lebenskompetenzen zu stärken, angesichts der angebotenen Definition unter Gesundheitsförderung subsumiert, zum Teil aber auch unter Prävention. Auf bestimmte Risiken (z. B. Sucht, Geschlechtskrankheiten) bezogene Prävention wurde aber meist von allgemeiner Gesundheitsförderung abgegrenzt.

17.2.4.2 Sozialraumbezogene ambulante Hilfen

Da die ambulanten Hilfen, wie schon erwähnt, in vielfältigen Formen, immer aber in oder nah an der Lebenswelt der Adressatinnen und Adressaten und überwiegend bezogen auf ihre individuelle Lebenssituation arbeiten, ist allgemein davon auszugehen, dass dabei auch Themen der Gesundheitsförderung und Prävention angesprochen werden. Wie die zu den ambulanten Hilfen vorliegenden Antworten aus der Umfrage zeigen, gibt es hier sehr vielfältige, auf den Sozialraum bezogene Angebotsformen, in denen des Öfteren z. B. Erziehungsberatung, Jugendarbeit und Familienbildung, aber auch Selbsthilfegruppen unter einem Dach vereint sind, z. B. in Mehrgenerationenhäusern oder Familienzentren (vgl. Kap.16.3.2.2). Hier werden Angebote z. B. zu Bewegung (zum Teil unter Beteiligung von Sportvereinen), kostengünstiger gesunder Ernährung und Übergewicht (in einem Fall nach dem Programm „*OptiKids – Kinderleicht*“ der Deutschen Gesellschaft für Ernährung)[179] gemacht, in die nicht nur Kinder und Jugendliche, die zum Teil bereits individuelle Erziehungshilfe erhalten, sondern möglichst auch deren Eltern eingebunden werden. In solchen Zentren finden vereinzelt auch Gruppen für drogenabhängige, substituierte Mütter mit kleinen Kindern statt. Auch von *Haushaltsorganisationstrainings (HOT)*[180] sowie von Elternkursen für Mütter, die sozialpädagogische Familienhilfe bekommen, wird berichtet. Andernorts unterstützen *„Coaches“* Familien, die in Kontakt zur Kinder- und Jugendhilfe stehen, in der Gesundheitssorge, indem sie darauf achten, dass Arzt-, Beratungs- und Therapietermine eingehalten werden. Bei Bedarf begleiten sie die Familienmitglieder auch bzw. ermutigen sie dazu, die nötigen Kontakte zum Gesundheitssystem aufzunehmen. In einem weiteren Fall organisieren Fachkräfte, die individuelle ambulante Erziehungshilfen für Mädchen leisten, für diese Mädchen Gruppenangebote und damit die Möglichkeit zum Austausch mit Gleichaltrigen zu verschiedenen Aspekten von Gesundheit, so zu Ernährung und Essstörungen, Bewegung, Suchtmittelkonsum und Körperwahrnehmung, Konfliktkompetenz, aber auch zu weiblicher Entwicklung, Sexualität und Partnerschaft. So wird auf umfassende Weise die Identitätsarbeit der Mädchen unterstützt, die geschlechtsspezifisch erfolgen muss, denn wie *Hähne* und *Dümmler* (2008, S. 95) postulieren, kann „die Bewältigung körperbezogener Entwicklungsaufgaben […] nicht losgelöst von der sozialen Strukturkategorie Geschlecht und der interaktiven Konstruktion von Geschlechtlichkeit betrachtet werden, wobei die Mädchen sich u. a. mit fragwürdigen weiblichen Schönheitsidealen auseinandersetzen müssen (vgl. Kolip 2008). Wieweit in den ambulanten Erziehungshilfen auch auf die „somatische Kultur“ (Kolip 1997) der Jungen und ihre besonderen Gesundheitsrisiken in Bezug auf Alkohol, Drogen, Unfälle, aber auch Ernährungsverhalten (vgl. Teil B) eingegangen wird, muss hier offen bleiben.

Diese nur zufällig ausgewählten Beispiele zeigen, wie vielfältig und kreativ mit Gesundheitsförderung und Prävention in ambulanten, sozialraumbezogenen, meist vielfältig vernetzten Kinder- und Jugendhilfeangeboten umgegangen werden kann, wobei die Übergänge zwischen Erziehungshilfe, Familienbildung und Jugendarbeit fließend sein können. Wie aus mehreren Antworten hervorgeht, gelingt es Projekten mit Sozialraumbezug, Zugangsschwellen auch für sonst schwer erreichbare Gruppen abzubauen bzw. Kontakte zwischen Kindern, Jugendlichen und Eltern, die Erziehungshilfen bekommen, zu stiften. Um Erfolge und die Einbeziehung der Eltern bei primär an die Heranwachsenden gerichteten Angeboten zu erreichen, bedarf es allerdings, auch das wird mehrfach betont, eines langen Atems der Angebote. Kurzfristige gesundheitsbezogene Projekte und Programme können zwar wichtige Impulse geben, werden aber allein als nicht ausreichend eingeschätzt.

Deutlich wird auch, dass eine interdisziplinäre Kooperation von langfristig eingesetzten Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe mit Externen (z. B. Professionelle aus dem Bereich Kinder und Jugendmedizin, Sexual-, Drogen- oder Ernährungsberatung, Erlebnis-, Sport- oder Musikpädagogik, die z. B. einzelne Informationsabende oder Workshops für größere Gruppen übernehmen, aber auch zur Kooperation im Einzelfall bereit sind) sehr fruchtbar sein und zu nachhaltigen Wirkungen führen kann.

17.2.4.3 Erziehungs- und Familienberatung

Ein wichtiger Bereich der ambulanten Erziehungshilfen ist die Erziehungs- und Familienberatung, die vor allem von den Eltern, aber auch von Jugendlichen, und zwar überwiegend aus eigenem Antrieb, zum Teil auch auf Anraten externer Instanzen wie Kindertagesstätten oder Schulen in Anspruch genommen wird. Im Unterschied zu den anderen Hilfen zur Erziehung können sich Eltern oder Jugendliche an die Erziehungsberatung wenden, ohne dass dafür die Genehmigung des Jugendamts notwendig wäre.[181]

Die 1 050 Erziehungs- und Familienberatungsstellen in Deutschland verfügten 2007 über 3 650 volle Planstellen (Gerth/Menne 2008) und leisteten Beratung und Therapie in knapp 310 600 Fällen, wobei neben die Beratungsstellen inzwischen auch die Möglichkeit der Online-Beratung

[179] Vgl. Deutsche Gesellschaft für Ernährung: Programm OptiKids – Kinderleicht: www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=760

[180] Vgl. www.caritas.de/36384.html

[181] Die folgende Darstellung stützt sich im Wesentlichen auf die für den 13. Kinder- und Jugendbericht erstellte Expertise von *Gerth/Menne* (2008)

getreten ist, die von Eltern und Jugendlichen rege genutzt wird. Da die Zahl der Beratungen aber – bei annähernd gleichem Personal – seit 1993 um knapp 60 Prozent zugenommen hat, folgern *Gerth/Menne:* „Die personelle Situation der Erziehungsberatung steht bereits heute in keinem vertretbaren Verhältnis mehr zu dem tatsächlich gegebenen Unterstützungsbedarf der Familien“ (ebd., S. 60), zumal trotz steigendem Beratungsbedarf die Beratungskapazität aufgrund von Sparmaßnahmen verringert wurde (vgl. ebd.).

„Erziehungsberatung hat innerhalb der Jugendhilfe den spezifischen Auftrag, bei der Lösung individueller und familialer Probleme Unterstützung zu leisten. Sie verbessert die Alltagswelt der Familien und die Beziehungen der Familienmitglieder und fördert somit eine der wichtigsten Ressourcen für das gesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen“ (ebd. S. 59). Dabei ist – wie in allen anderen Erziehungshilfen auch – der Ausgangspunkt für die Beratung nicht (wie im Gesundheitssystem) die Krankheit oder „Störung“ eines Kindes, sondern das „Vorliegen eines erzieherischen Bedarfs“ (ebd., S. 23) mit dem Ziel, die Erziehungskompetenz der Eltern und die Interaktion zwischen Eltern und Kindern zu verbessern. Dies gilt auch, wenn die Beratungsanlässe Probleme von Heranwachsenden sind, die möglicherweise im Rahmen der ICD 10 als psychiatrisch relevante Störung klassifiziert werden könnten. Soweit hier eine psychiatrische Behandlung notwendig ist, kann diese parallel eingeleitet werden.

Die Anlässe für Einzelfallberatung aus der Sicht der Ratsuchenden wie der Beratenden ergaben sich 2006 bei über 90 Prozent der Fälle aus Entwicklungsauffälligkeiten, Beziehungs- , Schul- und Ausbildungsproblemen, Trennung und Scheidung der Eltern und sonstigen Problemen in und mit der Familie (Gerth/Menne 2008). Obwohl alle diese Themen auch von gesundheitlicher Relevanz sind, bezogen auf den breit gefassten Gesundheitsbegriff der WHO, wurde in einer 2008 durchgeführten Befragung aller in der *Bundeskonferenz für Erziehungsberatung* (BKE) zusammengeschlossenen Träger die Frage nach Gesundheitsthemen als Anlass für Einzelfallberatung noch einmal auf körperbezogene Probleme sowie (drohende) seelische Behinderung eingeengt. Dabei zeigte sich, dass ein solches Problem in mindestens 70 000 Fällen im Jahre 2007 zumindest einer der Anlässe für die Beratung war, wobei viele Kinder und Jugendliche aus mehreren Anlässen vorgestellt werden. Das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndro (ADHS) wurde unter diesen Problemen mit 25 Prozent weitaus am häufigsten genannt, gefolgt von psychosomatischen Problemen (17 Prozent), autoaggressivem Verhalten (11 Prozent), Einnässen, Einkoten (10 Prozent) und Essstörungen, Suchtproblemen und (drohender) seelischer Behinderung (je 8 Prozent) sowie Regulationsstörungen bei Kleinkindern und Folgen chronischer Erkrankungen von Kindern mit je 6 Prozent (ebd.). Auch diese Symptome werden in der Erziehungsberatung nicht isoliert thematisiert, sondern in ihrer „Bezogenheit“ (ebd., S. 25) auf das inner- und außerfamiliäre Sozialisationssystem des Kindes. Dabei kann in der Erziehungsberatung auch – in begrenztem Rahmen – psychotherapeutisch mit Kindern, Eltern oder der ganzen Familie gearbeitet werden, aber nur, „soweit dies nötig ist, um eine dem Wohle des Kindes oder Jugendlichen entsprechende Erziehung wieder zu ermöglichen“ (ebd., S. 31). Trotz dieser Abgrenzung lassen sich die Zuständigkeiten der Erziehungs- und Familienberatung und der Krankenbehandlung nicht in allen Fällen eindeutig bestimmen, zumal eine psychische Erkrankung des Kindes häufig einen besonderen erzieherischen Bedarf nach sich zieht, für den die Eltern Unterstützung in der Erziehungsberatung suchen. Um aber „Doppelbehandlungen zu vermeiden und die erforderlichen Hilfen gut auf die Situation des Kindes abzustimmen, ist es nötig, die noch häufig starren Grenzen zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen zu überwinden. Hierzu haben sich in der Erziehungsberatung die Mitarbeit eines Arztes im Team der Beratungsstelle und die institutionalisierte Zusammenarbeit mit Kinder- und Jugendärzten und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie bewährt“ (ebd., S. 60).

Neben den Fällen, in denen eines der genannten im engeren Sinne gesundheitsbezogenen Probleme explizit ein Beratungsanlass war, gab es zahlreiche Fälle, in denen andere Beratungsanlässe im Vordergrund standen und gesundheitsbezogene Fragen erst im Laufe der Beratung Bedeutung erlangten. Hier wurden (in absteigender Häufigkeit) folgende Bereiche in die Beratung einbezogen: Umgang mit Medien (TV, PC, Internet), psychische Erkrankungen von Eltern, Bewegung/Sport, Rauchen, Alkohol, Drogen, Ernährung, chronische Erkrankungen im Kindesalter, Hygiene.

Auch chronisch kranke Eltern werden beraten, wobei die Beratung psychisch bzw. suchtkranker Eltern eine besondere Herausforderung darstellt, aber auch sehr hilfreich sein kann, wenn es gelingt, die Tabuisierung von Sucht und psychischer Krankheit zu durchbrechen, die Eltern ggf. zu einer Behandlung zu motivieren und die Erziehungsverantwortung so zu verteilen, dass die betroffenen Kinder weiterhin gut versorgt sind. Ihnen kann zudem die Möglichkeit eröffnet werden, in Gruppen mit Gleichaltrigen ihre Probleme und Ängste zur Sprache zu bringen, Solidarität zu erfahren und erfolgreiche, entlastende Verarbeitungsmuster für sich zu entwickeln. Dabei ist die Erziehungsberatung allerdings auch gefordert, entsprechende Schritte einzuleiten, wenn das Kindeswohl in den Familien gefährdet ist.

Dagegen suchen Eltern geistig und körperlich behinderter Kinder offenbar kaum Unterstützung in Erziehungs- und Familienberatungsstellen, was *Gerth/Menne* (2008a) auf die im Bereich der Behindertenhilfe bestehenden Versorgungsstrukturen zurückführen. Sie gehen davon aus, dass das Gesundheitsamt für diese Eltern die zentrale Anlaufstelle sei, das „im Rahmen der jugendärztlichen Sprechstunde auch die Aufgabe der Beratung zu allen Behinderungsfragen“ erfülle. Zudem gäbe es vereinzelt auch Beratungsstellen und Sozialmedizinische Dienste für behinderte Kinder und Jugendliche sowie die „allgemeine Beratung von den Behindertenorganisationen“ (ebd., S. 1). Weiter sei die „Unterstützung bei der Erziehung behinderter Kinder (…) in der Regel als ein Teilproblem in

den größeren thematischen Zusammenhang des Umgangs mit der Behinderung des Kindes eingebettet“ (ebd., S. 1).

In der einzelfallbezogenen Beratung unterhalten die Erziehungsberatungsstellen, je nach individuellen Problemlagen, eine ganze Reihe von Kooperationsbeziehungen zum Gesundheitssystem, die insgesamt intensiver und ausgedehnter sein dürften als bei anderen Hilfen zur Erziehung. Genannt werden hier im Einzelnen Hebammen, Kinder- und Jugendarztpraxen, Kinderkliniken, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Psychologische Psychotherapie, ambulante und stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sozialpädiatrische Zentren, Frühförderstellen, Logopädie, Ergotherapie.

Weiter leistet die Erziehungsberatung, wie die 2008 von der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (BKE) durchgeführte Erhebung ergab, einen wichtigen Beitrag zur allgemeinen Gesundheitsförderung und Prävention, wobei rund 350 einzelfallübergreifende Angebote verschiedener Art genannt wurden, die entweder allein von den Beratungsstellen (zu 58 Prozent) durchgeführt wurden oder in Kooperation vor allem mit Kindertagesstätten und Schulen, aber auch mit Familienbildungsstätten, Familienzentren, Allgemeinem Sozialdienst; Jugendamt, Gesundheitswesen, Suchtberatung, Fortbildungseinrichtungen, örtlichen Netzwerken, anderen Jugendhilfeeinrichtungen sowie mit weiteren Kooperationspartnern.

Die Veranstaltungen betrafen (in absteigender Häufigkeit) Fragen zu ADHS, Säuglingen und Kleinkindern, Medien, Ernährung und Essstörungen, Pubertät und Sexualität, Bewegung, Sucht, Ängste, Rauchen und zu sonstigen Gesundheitsthemen.

Zielgruppen waren vor allem Eltern (40 Prozent), weiter Jugendliche (14 Prozent), Kinder (12 Prozent), Fachkräfte (12 Prozent), Eltern und Kinder gemeinsam (8 Prozent), andere Betreuungspersonen (3 Prozent), Alleinerziehende (2 Prozent), Eltern und Kinder mit Migrationshintergrund (1 Prozent) und sonstige Adressaten (10 Prozent) (vgl. ebd.).

Wie sich an dieser Darstellung zeigt, verfügt die Erziehungs- und Familienberatung, so *Gerth/Menne*, durch die entwicklungspsychologische, psychodiagnostische und psychotherapeutische Qualifikation ihrer Fachkräfte und ihre engen und vielfältigen Kooperationsbeziehungen über erhebliche Schnittstellenkompetenzen. Diese könnten noch stärker genutzt werden, „wenn die erforderliche Personalkapazität bereitgestellt“ würde (ebd., S. 60).

Leider gilt, wie im Rahmen der schon erwähnten Hearings zum 13. Kinder- und Jugendbericht festgestellt wurde, auch für die Erziehungsberatungsstellen, dass Familien mit Migrationshintergrund dort unterrepräsentiert sind. Eine Ursache könnten schlechte Erfahrungen von Migranten mit Erziehungsberatung sein, die diese weitergeben, etwa wenn sie den Eindruck haben, dass ihnen dort etwas aufgezwungen werden sollte, oder wenn muslimische Klienten – offenbar aus Ratlosigkeit und Mangel an interkultureller Kompetenz – weggeschickt bzw. weiterverwiesen wurden. Als weitere Ursache wurde genannt, dass Erziehungsberatung von Migranten zunächst als Teil des Jugendamts und damit als Kontrollinstanz („die nehmen die Kinder weg“) wahrgenommen würde. Diese Angst vor Kontrolle und Eingriffen des Staates einerseits, vor der sozialen Kontrolle durch Großfamilie und Nachbarn andererseits erschwert für bestimmte Migrantengruppen den Zugang zur Erziehungsberatung massiv. Dringend notwendig erscheint daher eine Öffentlichkeitsarbeit, die Migranten wirklich erreicht, z. B. auch über die Aufklärungsarbeit engagierter Muslime in Moscheen. Wie die Erfahrungen zeigen, wird das Angebot der Erziehungsberatung von Migranten dann besser angenommen, wenn dort auch Beratende mit Migrationshintergrund arbeiten, eine hohe Kontinuität der Ansprechpartner gegeben ist und (zunächst) ein breites Serviceangebot (z. B. Gesundheits- oder Rechtsberatung, Kinderbetreuung, Angebote von Räumen für private Feste etc.) gemacht wird. So können dort auch (offene) Gruppen türkischstämmiger Mütter zu allgemeinen Erziehungsfragen entstehen, aus denen sich dann spezieller Beratungsbedarf Einzelner herauskristallisieren kann. Die Leitung solcher Gruppen durch ein deutsch-türkisches Team kann die interkulturelle Kompetenz auf beiden Seiten erhöhen. Zudem ist eine Vernetzung mit den Kinder- und Hausärzten sowie mit den umliegenden Kindertagesstätten sinnvoll, damit diese Stellen die Eltern auf das Gruppenangebot aufmerksam machen können.

17.2.4.4 Teilstationäre und stationäre Hilfen in Einrichtungen

Die folgenden Ausführungen stützen sich vor allem auf die Antworten der knapp 50 stationären Einrichtungen auf die bereits erwähnte Umfrage, die z. T. auch über teilstationäre und vereinzelt auch über ambulante Angebote wie z. B. Familienberatung verfügen. Aus großen Einrichtungen lagen manchmal Antworten von mehreren Wohngruppen oder auch von Tages- und Wohngruppen vor. Das oben über die Verwendung der Begriffe Gesagte gilt für die teilstationären und stationären Erziehungshilfen gleichermaßen.

Einen breiten Raum nehmen in den Antworten die „klassischen Aufgaben“ der Erziehungshilfen ein. So wird die Sozial- und Konfliktkompetenz, die Reduktion von Gewalt und Aggressionen sowohl im Alltag bzw. im therapeutischen Setting der Wohn- oder Tagesgruppen gefördert als auch recht häufig durch zeitlich befristete, aber wiederholt und möglicherweise geschlechterdifferenziert angebotene Kurse und Programme, die zum Teil durch externe Trainer, zum Teil durch speziell geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geleitet werden. Diese Aktivitäten werden meist unter dem im Fragebogen angebotenen Terminus der Gesundheitsförderung angesiedelt.

Aber auch die „klassischen“ und zur Zeit als besonders wichtig herausgestellten Gesundheitsthemen bewusste Ernährung (inklusive der „Esskultur“) sowie Bewegung werden von fast allen Angeboten genannt, ohne dass explizit auf übergreifende Initiativen, Programme und Aktionspläne zu diesen Bereichen Bezug genommen würde, (wie z. B. *Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit* (Bundesministerium für Gesundheit, BMG 2008a), „*Gesund aufwachsen*“ der *Gesund-*

heitsziele.de (2003), *InForm* (Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, BMELV, BMG 2008), *Nationaler Aktionsplan für ein kindergerechtes Deutschland 2005 – 2010* (BMFSFJ 2005)).

Die ebenfalls sehr aktuellen Themen Übergewicht und Prävention von Essstörungen spielen in gut der Hälfte der Antworten zusätzlich eine Rolle. Angesichts der steigenden Zahl von Heranwachsenden mit extremem Übergewicht hat sich eine Einrichtung sogar entschlossen, in Kooperation mit einer Klinik eine Gruppe speziell für adipöse Kinder und Jugendliche aufzumachen und die Betreuenden entsprechend zu schulen – wobei hier die möglichen Vorteile einer gezielteren Förderung abzuwägen wären gegen die Gefahr der möglichen Ausgrenzung und Stigmatisierung dieser Mädchen und Jungen.

Von der überwiegenden Mehrheit der Angebote ebenfalls genannt wird in verschiedenen Varianten das Thema „Suchtprävention“ , wobei es dabei fast immer um leicht verfügbare Substanzen geht, um die es im Einrichtungsalltag häufig Konflikte gibt, also Tabak, Alkohol und Drogen, in einem Fall werden aber auch Medien- und Ess- bzw. Magersucht angesprochen. Sehr wichtig wird auch die Prävention von Geschlechtskrankheiten und unerwünschten Schwangerschaften genommen. Entsprechende Information und Aufklärung, zum Teil auch ein anlassbezogenes „Monitoring“ bei einzelnen Jugendlichen werden häufiger eingebettet in eine Sexualpädagogik, die einen verantwortungsvollen Umgang der Jugendlichen mit Sexualität und Partnerschaft fördern will. Diese Angebote erfolgen des Öfteren geschlechterdifferenziert und für Mädchen und Jungen zumindest zeitweise getrennt und beziehen gelegentlich die Auseinandersetzung mit den Geschlechterrollen mit ein. Auch hier drängt sich der Eindruck auf, dass die Geschlechterrolle der Jungen und ihr Partnerschafts- und Sexualverhalten möglicherweise weniger thematisiert werden als die der Mädchen. Zudem finden sich in den Antworten keine Hinweise auf ein kultursensibles Vorgehen.

„Hygiene“ inklusive Zahnpflege sind vor allem im Heimalltag ein wichtiges Thema, da ein Teil der Kinder und Jugendlichen offenbar aufgrund von Vernachlässigung bisher keine Hygieneroutinen entwickeln konnte und dem eigenen Körper ablehnend oder gleichgültig gegenübersteht. „Stärkung der Körperwahrnehmung“ und der damit verbundenen Kompetenzen ist denn auch ein weiteres, allerdings nicht sehr häufig benanntes Feld – gemessen an der immensen Bedeutung, die der Körper und der Umgang mit ihm nicht nur für die Gesundheit auch im weiteren Lebensverlauf, sondern auch für Identitätsbildung und Geschlechterrollenübernahme hat. Die Stärkung der Körperwahrnehmung wird im Allgemeinen der Gesundheitsförderung zugerechnet und im Zusammenhang mit Erlebnispädagogik, aber auch mit Entspannung und Sexualpädagogik erwähnt.

Selten wird dagegen der Umgang mit (drohenden) psychischen Erkrankungen genannt, wobei es sich hier um einen Bereich handeln dürfte, der eher im Einzelkontakt mit Jugendlichen thematisiert wird.

Es fällt auf, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zwar oft die Notwendigkeit sehen, als Vorbilder für die Mädchen und Jungen zu fungieren, in den Antwortbögen aber nur in wenigen Ausnahmen von ihrem aktiven Einbezug in Gesundheitsförderung und Prävention die Rede ist (z. B. im Zusammenhang mit der Beteiligung an Bewegungsaktivitäten oder auch an den „Nichtraucherclubs“, die in einer Einrichtung offenbar sehr erfolgreich etabliert wurden), es sei denn, dass sie sich (intern oder extern) in bestimmten Bereichen fortbilden und dieses Wissen dann im Alltag sowie als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren umsetzen. Nach den Inhalten der Fortbildungen wurde nicht gefragt, aber einzelne Antworten lassen darauf schließen, dass neben den Themen Ernährung, Bewegung, Konflikt- und Gewalt-Deeskalation, Gender- und Sexualpädagogik sowie „psychische Belastungen für Kinder und Jugendliche“ auch „Überforderungen im pädagogischen Alltag“ sowie Traumapädagogik gelegentlich zum Thema werden.

Soweit in den Antwortbögen die methodischen Ansätze deutlich wurden, lässt sich daraus schließen, dass gesundheitsbezogene Aktivitäten überwiegend anlass-, fall- und themenbezogen in den Alltag integriert werden. Dabei lassen sich die verschiedenen Methoden kaum trennen, denn es erfolgt sehr häufig eine Verknüpfung von Aufklärung und Information zu bestimmten Themen und alltäglicher Gesundheitserziehung durch konkrete Handlungsanweisungen sowie Einzel- und Gruppengespräche, aber vor allem auch durch gemeinsame Aktivitäten. Im Bereich Ernährung z. B. wird nicht selten zunächst eine Ernährungsberaterin eingeladen, um über Grundlagen gesunder Ernährung zu informieren, im Weiteren geht es dann aber darum, dies Wissen im Alltag umzusetzen, also bewusst gesunde Nahrungsmittel einzukaufen und zuzubereiten, um sie dann – für viele Mädchen und Jungen ungewohnt – an einem schön gedeckten Tisch gemeinsam zu essen, was neben präventiven sicher auch gesundheitsförderliche Wirkungen hat. Aus den Antworten wird zudem deutlich, dass bei allen gesundheitsbezogenen Aktivitäten der „Spaßfaktor“ sowie die Beteiligung und Mitbestimmung der Mädchen und Jungen bei den Aktivitäten und ihrer Planung nicht zu kurz kommen dürfen. Beteiligung und die damit möglichen Selbstwirksamkeitserfahrungen sind aber – nicht nur in den Hilfen zur Erziehung – ein wesentlicher Aspekt von Gesundheitsförderung (Dörr 2008, vgl. auch Teil A).

Hier wie bei dem zweiten zentralen Gesundheitsthema „Bewegung“, das auch die Bereiche Sport, Freizeitgestaltung und Peerverhalten berührt, scheint es auch von den Kompetenzen und Neigungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abzuhängen, welche Angebote sie auf welche Art „rüberbringen“, wie viel Motivation zu „mehr Gesundheit“ sie dabei bei den Mädchen und Jungen wecken und wie überdauernd diese ist.

Zu Fragen der Sucht- oder Aids-Prävention wenden sich die Einrichtungen offenbar häufig an die örtliche Suchtberatungsstelle oder an Pro Familia, um zunächst einmal didaktisch gut aufbereitete „Aufklärung“ zu bekommen. Aber auch diese Themen werden dann im Alltag indivi-

duell oder in der Gruppe situationsbezogen „kleingearbeitet“ – wobei sich wiederum gesundheitliche Aufklärung, Prävention und Gesundheitserziehung nicht voneinander trennen lassen.

Wie schon deutlich wurde, unterhalten auch (teil)stationäre Angebote eine Vielzahl unterschiedlicher Kooperationsbezüge: Der Versuch, die betreuten Jugendlichen in (Sport-)vereine zu integrieren, wird am häufigsten genannt. Zudem bestehen Kontakte zu Ärztinnen und Ärzten diverser Fachrichtungen, wobei diese ebenso wie Fachleute aus Ernährungs-, Sexual- oder Suchtberatungsstellen, Krankenkassen und Gesundheitsämtern etc. nicht nur im Einzelfall aufgesucht, sondern auch als Referentinnen und Referenten gewonnen werden. Weiter werden Externe an der Durchführung von Programmen zu Erlebnispädagogik oder Sozial- bzw. Konflikttrainings beteiligt, die in den (teil) stationären Erziehungshilfen offenbar (bisher) wesentlich weiter verbreitet sind als die zahlreich existierenden Ernährungs- und Bewegungsprogramme. Umgekehrt werden die Erziehungshilfen – anders als etwa die Kindertagesstätten – in den vielfältigen Programmen der BzGA bisher nicht als Zielsetting angegeben.

Erstaunlicherweise werden angesichts der hohen psychischen Belastungen der Kinder und Jugendlichen, die Erziehungshilfen nutzen, die Kinder- und Jugendpsychiatrie oder auch niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten von den Einrichtungen selten als Kooperationspartner genannt. Dies mag zum einen daran liegen, dass diese Professionen gerade in ländlichen Regionen noch zu wenig verbreitet und von daher die Wege zu lang sind, es mag aber auch damit zusammenhängen, dass die „gleiche Augenhöhe“ und die nötige gegenseitige Anerkennung bei verschiedenen „Sprachen“ und Herangehensweisen von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie längst noch nicht überall hergestellt sind. Zudem erscheint eine „Psychiatrisierung“ der Hilfen zur Erziehung auch keinesfalls erstrebenswert (Dörr 2008). Andererseits sollte Mädchen und Jungen eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung, von der sie profitieren könnten, ebenso wenig vorenthalten werden wie dem pädagogischen Personal eine auf die Möglichkeiten der Heimerziehung abgestimmte Beratung und Fortbildung (Goldbeck/Fegert 2008).

Die Beteiligung der Kinder und Jugendlichen an nicht direkt in den Alltag integrierten Angeboten zu Gesundheitsthemen wird in der genannten „Blitzumfrage“ als relativ hoch angegeben, da die Aktivitäten meist in „geschütztem Rahmen“ und „in kleinen Settings“ stattfinden. Anlassbezogene und gemeinsam mit den Jugendlichen beschlossene Aktivitäten erhöhen dabei die „Attraktivität und Wichtigkeit“ für die Jugendlichen. Die – nicht immer erfüllten – Erfolgshoffnungen der pädagogischen Fachkräfte beziehen sich darauf, dass Kinder und Jugendliche auf diese Weise gesundheitsbezogenes Wissen und Lebenskompetenzen erwerben, die ihre Selbstbestimmung über ihre Gesundheit nachhaltig erhöhen können.

17.3 Jugendschutz

Die gesetzlichen Bestimmungen des Jugendschutzes (vgl. JuSchG in BGBL. I S. 2730 und des Jugendmedienschutz-Staatsvertrages der Länder (JMStV), beide seit 1. April 2003 in Kraft sowie § 14 SGB VIII) haben das Ziel, Kinder und Jugendliche vor gefährlichen und ihre gesundheitliche Entwicklung beeinträchtigenden Angeboten des Marktes zu schützen bzw. diese zu befähigen, entsprechende Schutzfaktoren auszubilden. Auf der Ebene des gesamtgesellschaftlichen Diskurses geht es um die Frage, ob, und wenn ja, wie Risiken und Gefährdungen des Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen begegnet werden kann.[182]

In den Handlungsfeldern des Jugendschutzes geht es um die Verbindung und Ergänzung von prohibitiven und präventiven Maßnahmen mit den Schwerpunkten Intervention, Information und Beratung. Sie sind strukturiert durch das Verhältnis von Gesetzgeber, staatlicher Kontrolle und der freiwilligen Selbstkontrolle der Anbieter. Im Jugendschutz wird von einem „Drei-Säulen-Denkmodell“ gesprochen, mit der Unterscheidung des

- ordnungsrechtlichen und kontrollierenden,
- erzieherischen und
- strukturellen Jugendschutzes (vgl. Nikles u. a. 2003).

Ausmaß und Entwicklungsstand des Jugendschutzes in seinen vom Gesetzgeber vorgesehenen Handlungsfeldern sind in den Bundesländern abhängig von den dort vorhandenen bzw. bereitgestellten personellen, finanziellen und konzeptionellen Ressourcen. Dahinter verbirgt sich zugleich eine unterschiedliche Positionierung der Länder zu Fragen der gesellschaftlichen (und jugendpolitischen) Relevanz des Jugendschutzes. Der in SGB VIII verankerte erzieherische Jugendschutz zielt auf eine „Befähigung (von) Eltern und anderen Erziehungsberechtigten (…) Kindern und Jugendliche vor gefährdenden Einflüssen zu schützen“ (§ 14 SGB VIII).

Laut Auftrag des Jugendschutzgesetzes sind wesentliche Aufgabenfelder des Jugendschutzes der Jugendmedienschutz und der Jugendschutz in der Öffentlichkeit. Eine Evaluation zur Umsetzung der Regelungen des Jugendmedienschutzes des Hans Bredow-Institutes (2007) sowie Vorschläge zur Optimierung der Regelungen unter einer alltagspraktischen Perspektive (Theunert/Gebel u. a. 2007 liegen vor. Eine Evaluation des Jugendschutzes in der Öffentlichkeit, vor allem für den Bereich Alkohol und andere Suchtmittel, steht z. Zt. noch aus.

---

[182] Diese Aufgabenfelder sind verwoben mit den permanenten Veränderungen, Herausforderungen und Erwartungen an den Jugendschutz. Damit ist Jugendschutz als Handlungsfeld auf eine ständige Reflexion und Weiterentwicklung angewiesen. Das Jugendschutzgesetz (JuSchG) als Bundesgesetz ist Grundlage für die länderspezifischen Formen der Anwendung und Ausführung. Dieses betrifft einerseits den Vollzug der gesetzlichen Regelungen, aber insbesondere die Entwicklung und Ausdifferenzierung der Aktivitäten des präventiven Jugendschutzes in Bezug auf die Information und Beratung vor Ort (vgl. NRW 2007: www.ajs.nrw.de; Rheinland-Pfalz, Landesjugendamt und Landesjugendhilfeausschuss 2004: www.lsjv.de; Brandenburg 2004: www.bildung-brandenburg.de).

Jugendmedienschutz

Besonders im Feld des medialen Jugendschutzes (nach den Bestimmungen des JMStV/Jugendmedienschutz-Staatsvertrags) sind mit der schnellen Entwicklung der interaktiven Medien, z. B. der Möglichkeiten der Verbreitung von „user-generated content", z. B. per Handy oder in den diversen sozialen Netzen im Internet neue Herausforderungen verbunden (vgl. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2008).

Unter dem Fokus Gesundheitsförderung treten aktuell die Computerspiele und die sogenannte Internet-/Online-Sucht in den Vordergrund (vgl. Kap. 8.2.2). In diesem Kontext werden mehr Angebote zur Therapie dieser sogenannten „nichtstoffgebundenen Süchte" insgesamt eingerichtet (vgl. Sting 2008). In Bayern z. B. hat das Gesundheitsministerium auf der der Grundlage des Glücksspielstaatsvertrags in 19 Städten Fachstellen für „Spielsucht" eingerichtet. Für die kommenden vier Jahre sind acht Mio. Euro für die Arbeit der Beratungsstellen, die Fortbildung der Mitarbeiter und die wissenschaftliche Begleitung vorgesehen (SZ Nummer 231 vom 4/5. Oktober 2008, S. 51). Mit der Initiative „*Schau hin! Was Deine Kinder machen*" des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Partnerschaft mit Arcor-Telekommunikationsunternehmen, ARD – Das Erste, ZDF – Zweites Deutsches Fernsehen, TV Spielfilm-Programmzeitschrift erhalten Eltern insbesondere der 3- bis 13-Jährigen praktische Hilfestellungen für den kindgerechten Umgang mit elektronischen Medienangeboten und deren Handhabung.

Die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe in diesem Bereich ist weitgehend geprägt durch:

- Information und Beratung von Lehrern/Schulen, Eltern und zum Teil auch Jugendlichen;
- Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen in Kooperation mit Trägern und Einrichtungen der Jugend- und Erwachsenenbildung sowie mit Trägern medienpädagogischer Projekte;
- Bereitstellung von Mitteln für die Einrichtung eines niedrigschwelligen Angebots zur Beratung und Unterstützung von Eltern;
- Bei Problemen im Umgang mit den Themen Onlinesucht und Suchtvorbeugung werden in Kooperation mit verschiedenen Institutionen und Trägern Gesprächskreise auf lokaler Ebene mit Fachleuten, Lehrern, Eltern und Jugendlichen gezielt gefördert. (vgl. z. B. Ziesel/Schmidt da Silva 2008).

Jugendschutz in der Öffentlichkeit

Jugendschutz in der Öffentlichkeit entsprechend dem Jugendschutzgesetz (JuSchG) umfasst die Regelung des Aufenthaltes in Gaststätten (§ 4), bei Tanzveranstaltungen (§ 5), in Spielhallen/Teilnahme an Glücksspielen (§ 6), bei jugendgefährdenden Veranstaltungen/Betrieben (§ 7) und Orten (§ 8) sowie den Verkauf/Erwerb alkoholischer Getränke (§ 9) bzw. von Tabakwaren (§ 10) und deren Konsum in der Öffentlichkeit.[183] Das BMFSFJ als oberste Bundesbehörde hat hierzu im Bereich des ordnungsrechtlich-kontrollierenden Jugendschutzes im Sinne der §§ 9 und 10 seine Aufsicht führende Funktion durch Gesetzesinitiativen umgesetzt. So ist durch gesetzliche Interventionen im Rahmen des § 1 (2 u. 3) des Gesetzes über die Erhebung einer Sondersteuer auf alkoholhaltige Süßgetränke (Alkopops) zum Schutz junger Menschen (Alkopopsteuergesetzes) ein Rückgang des Konsums dieser Getränke aufgrund deren Verteuerung bei Jugendlichen zu verzeichnen (vgl. Kap. 8.2.3). In der Bundesrepublik gilt seit dem 1. Januar 2007 auch für Zigarettenautomaten ein Abgabeverbot von Tabakwaren an unter 18-Jährige in der Öffentlichkeit. Das Rauchen in der Öffentlichkeit darf ihnen ebenfalls nicht gestattet werden. Technisch umgesetzt wurde dieses Abgabeverbot durch eine Umrüstung der Automaten auf Geldkartenchips, die nur mit dem Vermerk des Alters des Besitzers an über 18-Jährige ausgegeben werden dürfen. Seit 2002 hat sich die Anzahl der Automaten in Deutschland nahezu halbiert, was wesentlich mit der Einführung dieses Bezahlsystems in Zusammenhang gebracht wird (2002: 835 000 Automaten, 2006: 470 000; Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2008b). Studien belegen zudem, dass eine Verteuerung von Tabakwaren eine Senkung des Raucheranteils in der Bevölkerung bewirkt und somit effektiv in der Rauchprävention ist (Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2008a). Mit Umsetzung und Vollzug dieser Bestimmungen sind auf Bundesland- und Kommunalebene die Polizei, die obersten Landesjugendbehörden sowie die in den Kommunen jeweils zuständigen Behörden verantwortlich. Um den Jugendschutz im öffentlichen Bewusstsein stärker zu verankern, sind vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter Einbeziehung verschiedener Akteure die Initiativen *„Jugendschutz: Wir halten uns daran!"* und der Runde Tisch *„Jugendschutzgesetz: Verbesserung des gesetzlichen Vollzugs"* gegründet worden.

Die Kinder- und Jugendhilfe nimmt ihren Auftrag zum Jugendschutz in der Öffentlichkeit vor allem in den Bereichen des erzieherischen Jugendschutzes wahr.[184] Schwerpunkte sind hier die Prävention des Tabak- und Alkoholkonsums. Die Aktivitäten der Jugendhilfe in diesem Themenbereich konzentrieren sich auf die Arbeitsfelder der Jugend- und Jugendsozialarbeit. Für diesen Bereich besteht eine Vielzahl von Konzepten und Programmen, vor allem auf Grundlage des Materialangebots der BZgA (z. B. die Kampagnen *„rauchfrei"* sowie *„NA TOLL – Bist Du stärker als Alkohol?"*) und der Deutschen Haupt-

[183] Bestimmungen des JuSchG: Abschnitt 3: Filmveranstaltungen (§ 11), Bildträger mit Filmen und Spielen (§ 12), Bildschirmspielgeräte (§ 13), Kennzeichnung von Filmen und Film- und Spielprogrammen (§ 14), Jugendgefährdende Trägermedien § 15), Sonderregelungen für Telemedien (§ 15) sowie Abschnitt 4: Funktion und Aufgaben der Bundesprüfstelle für jugendgefährdende Medien.

[184] Im Gegensatz zum kontrollierenden Jugendschutz setzt der erzieherische Jugendschutz auf die Förderung der Lebenskompetenz, Kritikfähigkeit sowie Eigenverantwortung von jungen Menschen (vgl. Baum u. a. 2001).

stelle für Suchtfragen (z. B. Aktionswoche 2007 *„Alkohol: Verantwortung setzt die Grenze!“* in Kooperation mit der BZgA) sowie von gesetzlichen Krankenversicherungen (z. B. Nichtraucherwettbewerb *„Be Smart – Don't Start“* für Schulklassen unter Einbeziehung anderer Akteure; *„Just be smokefree“* und *„Aktion Glasklar“* der DAK. Ziele dieser Materialien/Programme sind vor allem Aufklärung und Information im Hinblick auf negative Folgen des Tabak- und Alkoholkonsums[185].

Des Weiteren zielen spezifische Programme (z. B. Projekt *„Papilio“* für Kinder im Kindergartenalter) zur Vorbeugung eines späteren missbräuchlichen Tabak- und Alkoholkonsums auf ein Empowerment von Heranwachsenden durch Vermittlung sozialer Kompetenz und Selbstbewusstsein ab. Unter anderem auch für Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe gibt es im Internet zur Suchtvorbeugung die Portale *www.prevnet.de* und *www.dot.sys* mit Informationen und Materialien zur Suchtprävention in Deutschland. Über die Effektivität und Verbreitung der genannten Materialien und Programme in den Arbeitsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe liegen keine Daten vor.

Akzeptanz und Umsetzung des Jugendschutzes brauchen die Unterstützung von Politik und Gesellschaft. Ordnungsrechtlich-kontrollierender und erzieherischer Jugendschutz stellt ohne den strukturellen Jugendschutz, der eine gesamtgesellschaftliche „Kultur des Hinschauens“ beim Konsum von Alkohol und Tabakwaren durch Minderjährige (z. B. auf Volksfesten) erfordert, nur den Rahmen für einen effektiven Jugendschutz in der Öffentlichkeit dar. Die Zustimmung der Bevölkerung zum Jugendschutz ist hoch. In einer Umfrage räumen 42 Prozent der befragten Eltern dem Jugendschutz einen hohen Stellenwert ein (vgl. Lieven 2007). Die von allen gesellschaftlichen Akteuren im Bereich des Jugendschutzes geforderte „Kultur des Hinschauens“ bedarf aber auch der Zurückstellung eigener (z. B. wirtschaftlicher) Interessen zugunsten des gesamtgesellschaftlichen Interesses des Jugendschutzes (z. B. kein Ausschank von Spirituosen an Jugendliche unter 18 Jahren in Diskotheken).

17.4 Prävention von Delinquenz, Kriminalität und Gewalt

Vor dem Hintergrund der Struktur dieses Kapitels muss ein eigener Abschnitt zum Thema Delinquenz- und Gewaltprävention im Kindes- und Jugendalter unweigerlich als querliegend zu der bisherigen Darstellungsform wahrgenommen werden. Denn schließlich handelt es sich dabei nicht um ein eigenes, etabliertes Handlungsfeld der Kinder- und Jugendhilfe, sondern um eine Praxisstrategie, die in vielen Feldern der Kinder- und Jugendhilfe alters- und zielgruppenbezogen eingesetzt wird. So lassen sich innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe z. B. im Kindergarten ebenso Bemühungen zur Gewaltprävention (vgl. Sommerfeld 2007) beobachten wie beispielsweise in der kommunalen Jugendarbeit oder Jugendsozialarbeit (Holthusen/Schäfer 2007).

Der Grund, warum in dem vorliegenden Bericht diesem Bereich dennoch ein eigener Abschnitt gewidmet wird, ist einfach: Schon im Alltagsverständnis liegt es nahe, dass Gewalt in jeder Form mindestens aufseiten der Opfer Verletzungen und Verlust an Wohlbefinden zur Folge hat. Es gibt also einen engen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Gewalthandeln. So ist es vor diesem Hintergrund zunächst auch nicht überraschend, dass die Vermeidung von Gewalt immer wieder auch einen zentralen Aspekt der Förderung von Gesundheit im Kindes- und Jugendalter darstellt. Ganz in diesem Sinne wurde z. B. im Rahmen der *„Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“* (Bundesministeriem für Gesundheit, BMG 2008a) festgestellt: „Unabdingbar für eine normale psychische Kindesentwicklung ist (…) die gezielte Prävention von Vernachlässigung und häuslicher Gewalt“ (ebd., S. 4). An anderen Stellen wird dieser Gedanke auf alle Bereiche gewalttätigen Handelns im Kindes- und Jugendalter ausgedehnt.

Sieht man sich die Entwicklungen in den verschiedenen Feldern und der Kinder- und Jugendhilfe an, so wird deutlich, dass die Bedeutung von Gewaltprävention auch erst seit wenigen Jahren so stark betont wird. Während zu Beginn der 1990er-Jahre zunächst die steigenden Zahlen von tatverdächtigen Kindern und Jugendlichen insgesamt Sorgen bereiteten und eine breite Auseinandersetzung um die präventiven Möglichkeiten und Grenzen der Kinder- und Jugendhilfe in diesem Feld – ggf. in Kooperation mit anderen Akteuren wie der Schule, der Polizei, der Justiz – einsetzte, rückte etwa zur Jahrtausendwende zunehmend der Gewaltaspekt in den Vordergrund. Die Debatte um die sogenannten Mehrfach- und Intensivtäter einerseits und eine Reihe schwerer Straftaten mit rechtsextremistischem Hintergrund waren dabei nur zwei Ausgangspunkte der Diskussion, die durch die bundesweit bekannt gewordenen Amokläufe einen erheblichen Zuwachs an Dynamik und Aufmerksamkeit erfuhr.

Der Amoklauf von Erfurt lieferte auch den Anlass für eine Initiative der Ministerpräsidenten der Länder, in deren Rahmen auch eine Überblicksdarstellung zum Stand der Fachpraxis in Bezug auf Gewaltprävention erarbeitet werden sollte[186], um auf dieser Basis Empfehlungen für deren Weiterentwicklung zu formulieren (Arbeitsstelle Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention 2007). Folgt man dieser Überblicksdarstellung, lässt sich der Stand der Gewaltprävention in der Kinder- und Jugendhilfe etwa wie folgt zusammenfassen: Auffällig ist in den letzten zwei Jahrzehnten zunächst ein deutlicher Trend zu einer Vorverlagerung der Präventionsstrategien. Damit verbunden ist die Entdeckung eines „neuen“ Handlungsfeldes der Gewaltprävention in der Kindertagesbetreuung, auch

[185] Nach § 9 Jugendschutzgesetz dürfen Jugendliche ab 16 Jahren Bier, Wein, Apfelwein o. ä. Getränke erhalten und trinken, jedoch keinen Branntwein oder branntweinhaltige Getränke.

[186] Die daraufhin von der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention am *Deutschen Jugendinstitut* in Zusammenarbeit mit dem *Deutschen Forum für Kriminalitätsprävention* und unter Beteiligung einer ganzen Reihe von einschlägigen Expertinnen und Experten erarbeitete Überblicksdarstellung wurde 2007 veröffentlicht.

wenn im Zusammenhang mit dieser Altersgruppe eher von Konflikten als von Gewalt gesprochen werden sollte. Dennoch ist gerade die Entwicklung im jungen Lebensalter von hoher Bedeutung, da u. a. eine qualitativ gute Tagesbetreuung zur Resilienz beitragen kann (Holthusen/Schäfer 2007).

Konzentriert man den Blick auf Gewaltprävention im engeren Sinn, rücken die außerschulischen Angebote der Kinder- und Jugendhilfe stärker in den Blick. Weil Erfahrungen von Gewalt in ihren unterschiedlichen Formen Teil, aber eben auch nur ein Teil der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen sind, ist der Umgang mit Gewalt für die Arbeit der Kinder- und Jugendhilfe auch ein zentraler Aspekt. Gewaltprävention ist dabei eine Aufgabe, die sich von der Erziehung zur Konfliktlösung in Kindertageseinrichtungen und den vielseitigen Hilfen für Familien über die Jugendarbeit, die außerschulische Jugendbildung, die Jugendsozialarbeit, den Jugendschutz bis hin zur Jugendhilfe im Strafverfahren/Jugendgerichtshilfe in den verschiedenen Bereichen der Kinder- und Jugendhilfe wiederfindet.

In diesem Bereich können die Strategien der Gewaltprävention danach unterschieden werden, ob sie sich unspezifisch an alle Jugendlichen oder wesentlich an solche Jugendlichen wenden, bei denen das begründete Risiko von Gewaltverhalten besteht. Im letzteren Fall kann noch einmal differenziert werden: in Konstellationen, in denen es Konflikte gab oder eine „gefühlte“ Gefährdung durch Gewalt besteht sowie in Situationen mit manifester Gewalt, in denen Jugendliche zu Tätern geworden sind. Ein eigener Bereich sind Strategien, die sich mit Jugendlichen als (potenziellen) Opfern von Gewalt befassen. Gleichsam auf einer übergeordneten Ebene finden sich Strategien zur fachlichen Weiterentwicklung der Gewaltprävention in der Kinder- und Jugendhilfe.

Die Projekte zur Gewaltprävention sind überwiegend zeitlich befristet, sodass rasch Anpassungen an neue Entwicklungen möglich sind. Gleichzeitig verbinden sich damit aber auch Risiken von Diskontinuität und Abhängigkeit von fachfremden Erwägungen. Großen Einfluss haben vor allem die (derzeit eher begrenzten) Möglichkeiten und Prioritäten öffentlicher Haushalte. Ein anderes großes Manko der Gewaltprävention in der Jugendhilfe ist deren starke Abhängigkeit von einzelnen spektakulären Ereignissen und den damit verbundenen öffentlichen Diskussionen. Die Finanzierung von Projekten und damit die Handlungsmöglichkeiten der Träger der Jugendhilfe unterliegen deshalb nicht selten „konjunkturellen Schwankungen“.

Neben den Hilfen beim Umgang mit altersgemäßen Konflikten als Vorbereitung auf ein Leben ohne Gewalt steht vor allem das Thema der altersgemäßen Gewalt junger Menschen auf der Agenda der Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe. Dies geschieht in den eigenen Einrichtungen, aber auch in der Öffentlichkeit und in den Einrichtungen anderer Organisationen und Institutionen. In den letzten Jahren hat vor allem die Kooperation mit den Schulen stark zugenommen und sich generell, besonders aber in der Gewaltprävention verbessert. Eine enge Zusammenarbeit gibt es auch mit der Polizei und der Justiz im Rahmen der Jugendhilfe im Strafverfahren bzw. der Jugendgerichtshilfe.

Weil der Sozialraum für das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen einerseits wichtig ist, ihre Interessen dort aber andererseits kaum berücksichtigt werden, ist er ein wichtiger konzeptueller und praxisrelevanter Bezugspunkt für gewaltpräventive Strategien.

Da Jugendliche zudem in unterschiedlichen regionalen, sozialen und kulturellen Milieus aufwachsen, die ihre Einstellungen und ihr Verhalten wesentlich prägen, knüpft Jugendhilfe mit ihren Angeboten an diese Milieus an. Dies gilt für die Freizeitheime, die aufsuchende, mobile Jugendarbeit (Streetwork) oder für die Fanarbeit im Sport. Die Erfahrungen junger Menschen mit Gewalt spiegeln häufig ihren jeweiligen Alltag in sozialen Brennpunkten der Großstädte mit Armut und Perspektivlosigkeit wider. Körperliche Stärke und Durchsetzungsfähigkeit sind dort nicht selten entscheidend für den Zugang oder den Nichtzugang zu Chancen. Hinzu kommt, dass nicht wenige Minderjährige in kulturell anderen Milieus aufgewachsen sind, einige von ihnen in vom Bürgerkrieg geprägten Ländern mit entsprechenden traumatisierenden Erfahrungen. Es gibt inzwischen vermehrt Bemühungen, diese Erfahrungen und ihre Relevanz durch die gezielte Vermittlung von Wissen oder durch die Einbindung von Fachkräften aus diesen Ländern oder Milieus in gemischte Teams in die Arbeit einzubeziehen. Dennoch besteht Entwicklungsbedarf, auch in Bezug auf geschlechtsspezifische Arbeit. Während es seit Langem eine gut entwickelte Mädchenarbeit gibt, ist Jungenarbeit – trotz erster positiver Ansätze – noch immer unterentwickelt. Jungen lernen noch immer vor allem, körperliche Kraft und Stärke zur Lösung von Konflikten einzusetzen. Damit sichern sie zwar ihren Rang in der Gruppe der männlichen Gleichaltrigen, werden aber außerhalb der Gruppe für das gleiche Verhalten bestraft.

17.4.1 Unspezifische Strategien mit gewaltpräventivem Anteil

Die Kinder- und Jugendhilfe stellt vielfach, ihrem grundlegenden Auftrag „Entwicklung und Erziehung“ folgend, Angebote bereit, in denen gewaltfreie Konfliktlösungen erlernt werden können. Diese Angebote haben jedoch stets mehrere Ziele, wobei Gewaltprävention nicht unbedingt im Zentrum steht. Sie richten sich an alle Kinder und Jugendlichen, unterscheiden nicht zwischen „Gewalttätigen“ und „Normalen“ und wollen Diskriminierungen vermeiden. Die inhaltliche Ausrichtung der Angebote knüpft an den Interessen der jeweiligen Altersgruppe an und richtet sich nicht an Einzelne. Kinder und Jugendliche werden als Mitglieder einer oder mehrerer Gruppen wahrgenommen.

17.4.2 Strategien der Jugendhilfe für Zielgruppen mit unmittelbarem Gewaltbezug

Ein zweiter Typus von Strategien der Jugendhilfe richtet sich an junge Menschen in Situationen, in denen Erwach-

sene hohe Gewaltrisiken vermuten. Mit diesen Strategien verbinden sich zwei unterschiedliche Erwartungen an pädagogisches Handeln:

Zum einen sollen die Angebote für die Erziehung hinderliche Faktoren beseitigen. Die Entwicklung der Jugendlichen zu eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten steht im Mittelpunkt. Die Angebote setzen an den Interessen der Jugendlichen an und dabei wird mit ihnen gemeinsam nach Lösungen gesucht.

17.4.3 Mit gewalttätigem Verhalten auffällig gewordene Jugendliche

Zum anderen sind für die meist männlichen gewalttätigen Jugendlichen, die von Polizei und Justiz bereits erfasst worden sind, besondere Strategien und Maßnahmen entwickelt worden. Sie setzen, egal ob die Gewalt von Einzelnen oder Gruppen begangen wurde, meist am einzelnen „Täter“ bzw. „Tatverdächtigen“ an. Die sehr kleine Zahl der „Mehrfach- und Intensivtäter“ gilt vielfach als unerreichbar, aber auch hier geht die Kinder- und Jugendhilfe prinzipiell davon aus, dass pädagogische Ansätze dazu beitragen können, Gewaltverhalten zu verhindern.

Zunächst sind für straffällige Jugendliche in erster Linie Polizei und Justiz zuständig. Mit Ermahnungen, Auflagen oder strafrechtlichen Verfahren üben sie Druck oder sogar Zwang auf die Jugendlichen aus. Weil die beschränkte Reichweite strafender Strategien aber bekannt ist, setzen auch Polizei und Justiz vor allem auf pädagogische Strategien. Und dafür ist vorrangig die Jugendhilfe zuständig. Sie entwickelt die pädagogischen Angebote und bringt diese in das strafrechtliche Verfahren ein, wodurch es zu einer engen Kooperation von Jugendhilfe und Justiz kommt.

Grundsätzlich gilt, dass die institutionellen Reaktionen, bei wegen Gewalt straffälligen Jugendlichen ebenso wie bei allen straffälligen Jugendlichen, von drei Prinzipien geprägt sind:

- Hilfe geht vor Strafe,
- vor dem formellen Verfahren wird ein informelles angewandt und
- ambulante Maßnahmen haben Vorrang vor stationären Maßnahmen.

Um diese Prinzipien realisieren zu können, ist eine gute Kooperation zwischen Jugendhilfe und Justiz notwendig, bei der die Jugendhilfe die Angebote bereitstellt. Die Jugendhilfe im Strafverfahren (Jugendgerichtshilfe) regt früh eine informelle Verfahrenserledigung an und ist Trägerin der ambulanten Maßnahmen. An dieser wichtigen Schnittstelle betont die Kinder- und Jugendhilfe nicht die (Gewalt-)Tat und deren Bestrafung, sie macht vielmehr auf die Lebenslagen und die Probleme der Jugendlichen aufmerksam. Damit diese ihr Leben zukünftig möglichst gewaltfrei gestalten können, macht sie zudem pädagogische Angebote, wie z. B. soziale Trainingskurse.

Wird ein Jugendlicher wegen einer Gewalttat verurteilt, werden häufig solche Kurse als Sanktion verhängt. In diese Kurse werden straffällige Jugendliche und junge Erwachsene, die wegen einer mittelschweren Straftat verurteilt wurden, durch jugendrichterliche Weisung vermittelt. Dort sollen sie sich vor allem mit sich selbst und ihrer Situation, mit ihrem Verhältnis zu Gewalt und Drogen, mit den Problemen in Familie, Schule, Beruf oder Partnerschaft auseinandersetzen. Soziale Trainingskurse knüpfen an der Lebenswelt der Jugendlichen an und werden in Fachkreisen inzwischen allgemein als Alternative zu Arbeitsauflagen, Geldstrafen und Jugendarrest akzeptiert. Auch hier gilt grundsätzlich: Nicht die Person, sondern das gewalttätige Verhalten wird abgelehnt. Die Jugendlichen sollen lernen, ohne oder mit möglichst wenig Gewalt zu leben. Sie lernen, Regeln und Normen einzuhalten, vorausschauend zu handeln, ihre Reflexionsfähigkeit zu verbessern, Verantwortung zu übernehmen, ihr Selbstbewusstsein zu stärken, ihre Ausdrucksmöglichkeiten zu erweitern und Konflikte gewaltfrei zu lösen. Häufig sind körperbezogene Formen der Erlebnispädagogik ein Teil der Angebote, da Erlebnispädagogik auch jene Jugendlichen anspricht, die sonst kaum erreichbar wären.

Die Strategien, die sich auf gewaltauffällige Jugendliche beziehen, sind meist stark am Einzelfall orientiert und auf konkretes Gewaltverhalten bezogen. Deshalb findet sich hier tendenziell eher eine Defizit- als eine Ressourcenorientierung. Hauptkooperationspartner der Kinder- und Jugendhilfe ist dabei die Justiz, die die pädagogischen Angebote der Jugendhilfe inzwischen auch für schwierige Fälle akzeptiert. Für beide Institutionen gilt, erzieherische Hilfen haben Vorrang vor strafenden Sanktionen. Die Angebote richten sich weitgehend unspezifisch an die straffällig gewordenen Jugendlichen und vernachlässigen – bis auf wenige Ausnahmen – geschlechtsspezifische Aspekte. Generell gilt, dass die aktive Beteiligung der Minderjährigen an der Gestaltung von Angeboten sowohl mit der Intensität der Gewalt als auch dem Gewaltbezug von Maßnahmen abnehmen.

17.4.4 Strategien des Opferschutzes

Die potenziellen oder tatsächlichen jugendlichen Opfer von Gewalt werden in der Kinder- und Jugendhilfe bisher kaum als Zielgruppe gesehen. Allenfalls ansatzweise kann von opferbezogenen Strategien gesprochen werden. Eine opferorientierte Gewaltprävention ist für die Kinder- und Jugendhilfe in mehrfacher Hinsicht eine Herausforderung. Zunächst haftet der „defizitären“ Rolle des Opfers auch in der Pädagogik immer noch eher etwas Negatives an. Gerade für männliche Jugendliche ist das Opfer schwach, es wird quasi mit einem Tabu belegt. „Opfer“ ist derzeit unter Jugendlichen sogar ein besonders beleidigendes Schimpfwort. Zentrale Erkenntnis ist aber, dass jugendliche Täter fast immer auch Opfer von Gewalt waren oder noch sind. Deshalb ist es strategisch wichtig, den Täter-Opfer-Statuswechsel in fachliche Konzepte einzubeziehen und bei Jugendlichen beide Seiten zu sehen. Eine Reduzierung auf Opfer oder Täter greift bei vielen von ihnen zu kurz.

So müssen, auch wenn der *Täter-Opfer-Ausgleich* (TOA) in Deutschland bisher tendenziell eher in der pädagogi-

schen Arbeit mit den Tätern eingesetzt wird, gerade auch seine Bezüge zum Opfer herausgestellt werden. Für Opfer und Täter ist diese Strategie hilfreich: Dem Opfer wird die Verarbeitung der Tat erleichtert und es kann Furcht abbauen, dem Täter werden durch die Konfrontation mit den Tatfolgen keine Neutralisierungsstrategien erlaubt.

17.4.5 Gewaltprävention durch Information, Qualifikation, Beratung, Aus-, Fort- und Weiterbildung, Koordination und Forschung

Gleichsam auf einer Metaebene bewegt sich die Strategie, Gewaltprävention durch Information, Qualifikation, Beratung, Koordination und Forschung zu fördern. Die Ausdifferenzierung der Ansätze auf lokaler Ebene und deren Unübersichtlichkeit machen bessere Strukturen für den Austausch erforderlich. So ist es notwendig, die lokalen Projekte, Programme und Arbeitsansätze zu überschauen und den Fachdiskussionen zugänglich zu machen. Diese Aufgaben werden von unterschiedlichen Institutionen auf Länder- und Bundesebene wahrgenommen. Ebenso ist auch mehr Evaluation notwendig.

Lässt man diesen Stand der Dinge im Horizont der zuvor angedeuteten Alltagsgewissheit, dass Gewaltausübung immer etwas mit Verletzung mindestens aufseiten des Opfers zu tun hat, Revue passieren, dann fällt auf, dass in der Kinder- und Jugendhilfe Gewalt bislang vor allem als ein soziales, unter bestimmten Bedingungen auch rechtlich relevantes, aber nur selten als ein gesundheitliches Problem verstanden wird. Auf die hier im Kapitel A vorgestellten Konzepte wird so gut wie nie Bezug genommen, obwohl sich die Zusammenhänge leicht und zwangslos herstellen ließen. De facto hat man es mit einer weitgehend versäulten und gegenüber der Gesundheitsdiskussion abgeschotteten Praxis zu tun.

Ein Grund hierfür mag in der nach wie vor starken Konzentration der meisten praktischen Ansätze auf der Seite des Täters bzw. der Täterin liegen. Ansätze, die Kinder und Jugendliche als Opfer von Gewalttaten in den Mittelpunkt stellen, sind – sieht man einmal vom Handlungsfeld Familie und vereinzelten Initiativen der Polizei ab – dagegen kaum auszumachen.

Ohne explizit auf den Gesundheitsaspekt Bezug zu nehmen, wurde deshalb in dem erwähnten Expertisenband als eine zukünftige fachliche Herausforderung die stärkere Berücksichtigung des Opfers hervorgehoben. Im Horizont der gesetzlichen Reformen der letzten Jahre, wie des Opferrechtsreformgesetzes, des Gewaltschutzgesetzes und des Rechts auf gewaltfreie Erziehung wurde dafür plädiert, nicht nur die Umsetzung dieser Gesetze weiter zu verbessern, sondern auch sicherzustellen, dass Gewaltopfer bei Bedarf eine psychosoziale Betreuung zur Bewältigung der Tatfolgen erhalten und die Opfersituation konsequenter als bisher zu einem Ausgangspunkt fachlichen Handelns in diesem Bereich wird: Kein Kind und kein Jugendlicher „möchten gerne als Opfer adressiert und so auf diese insbesondere von den männlichen Gleichaltrigen sehr negativ besetzte Rolle festgelegt werden. Hier ist vor allem die Kinder- und Jugendhilfe gefordert, geeignete Ansätze zu entwickeln, die diese Jugendlichen auch in gruppenbezogenen Angeboten erreichen und unterstützen können“ (Arbeitsstelle Kinder und Jugendkriminalitätsprävention 2007, S. 303).

Ein zentrales Argument dafür ist darüber hinaus die Einsicht, dass, wie schon angedeutet, in den meisten Fällen gar nicht klar unterschieden werden kann, wer jeweils Täter und wer Opfer ist, und dass diese scheinbar klare Gegenüberstellung verschwimmt, je mehr man die Vorgeschichten mit einbezieht. Gerade für das Jugendalter gilt, dass dieselbe Person häufig sowohl Täter- als auch Opfererfahrungen hat: „Empirische Forschungen zeigen erstens, dass jugendliche Gewalttäter häufig zuerst auch Opfer von Gewalt geworden sind, zweitens, dass sich häufig erst im Verlauf von gewalttätigen Interaktionen zwischen Jugendlichen entscheidet, wer später als Täter oder als Opfer gesehen wird, und dass drittens das Viktimisierungsrisiko von jugendlichen Gewalttätern ebenfalls besonders hoch ist. Diese Zusammenhänge werden unter dem Begriff Täter-Opfer-Statuswechsel zusammengefasst. Für gewaltpräventive Strategien bedeutet dies, dass die Rollen austauschbar sind, d. h. Arbeit mit den Tätern ist auch Arbeit mit Opfern, bzw. wird mit Opfern gearbeitet, kann es gut sein, dass man es auch mit Tätern zu tun hat. Eine weitere Perspektive ist, dass so verstandener Opferschutz gleichzeitig Täterprävention sein kann. Sollen diese Erkenntnisse in Sinne einer Lernchance fruchtbar gemacht werden, bedeutet dies, sich in vielen Fällen von den eindeutigen Rollenzuweisungen ‚Täter‘ und ‚Opfer‘ verabschieden zu müssen. Der Blick muss komplexere Konstellationen erfassen“. (ebda. S. 305) Folgt man dieser Argumentation, muss auch die zuvor erwähnte Alltagsevidenz erweitert werden. Gewalthandeln im Kindes- und Jugendalter in allen Formen bedeutet für alle Beteiligten auch gesundheitliche Beeinträchtigungen. Soweit zu sehen, ist diesem Aspekt und seinen praktischen Implikationen in der Fachpraxis der Kinder- und Jugendhilfe bislang zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden. Tendenziell gilt dies auch für alle anderen Formen der Delinquenzprävention.

17.5 Schnittstellen

17.5.1 Gesundheitsbezogene Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Schule

In der Praxis der schulbezogenen Jugendsozialarbeit (vgl. § 13 SGB VIII) bzw., wie sie auch genannt wird, Jugendsozialarbeit an Schulen, schulbezogene Jugendarbeit, Schulsozialarbeit – trotz intensiver Ausdifferenzierung und Diskussion im zurückliegenden Jahrzehnt – dominieren nach wie vor die schulergänzenden Leistungen. Gemeinsam mit allen anderen Akteuren (Lehrerinnen und Lehrern, Schülerinnen und Schülern wie auch Eltern) hat sie die Aufgabe, Schule als positive Lebenswelt für junge Menschen zu gestalten.

Einen in Teilen allerdings nicht mehr ganz aktuellen bundesländerbezogenen Überblick über den Stand der Kooperationspraxis von Jugendhilfe und Schule in Deutsch-

land liefert das „Handbuch Kooperation von Jugendhilfe und Schule“ (Hartnuss/Maykus 2004). Danach übernimmt sie Schnittstellenaufgaben zwischen Schule und Jugendamt, aber auch zwischen Schule und Erziehungs- und Suchtberatungsstellen sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zudem soll im Rahmen von schulbezogener Jugendsozialarbeit der oft schwierige Übergang benachteiligter junger Menschen von der Schule in das Berufsbildungssystem begleitet werden.

Zu den kooperativ zu erbringenden Aufgaben der Schulsozialarbeit gehören u. a. die Förderung von schulrelevantem Sozialverhalten (z. B. in Form von Streitschlichterprogrammen) und sozialen Fertigkeiten sowie die Begrenzung sozialer Auffälligkeiten im Schulkontext (z. B. im Fall aggressiven Verhaltens) und die Ausgestaltung eines lernfördernden Schulklimas. Im Sinne ihrer präventiven Ausrichtung bezieht die Schulsozialarbeit auch Schülerinnen und Schüler mit in ihren Angebotskreis ein, die nicht als problematisch gelten. Innerhalb dieses Rahmens ist Schulsozialarbeit auch in gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung involviert. Sie ist im Verlauf der zurückliegenden Jahre – nicht nur in Modellprojekten einer gesundheitsförderlich arbeitenden Schule – zu einem wichtigen Aufgabenträger geworden. Der überwiegende Teil der Angebote in diesem Bereich ist projektbezogen und hat Präventivcharakter bzw. ist ein in den pädagogischen Alltag integriertes Element. Die Konzepte und die Art und Weise ihrer Umsetzung variieren dabei von Bundesland zu Bundesland und in den inhaltlichen Zuschnitten erheblich.

Gesundheitsbezogene Prävention im Bereich der Schulsozialarbeit erfolgt hauptsächlich durch projekt- und aktionsförmig durchgeführte Angebote in den Bereichen der Stärkung sozialer Fertigkeiten, der Vermeidung von Aggression und der Suchtprävention. Im ersten Bereich geht es vor allem um die Vermittlung und Stärkung von individuellen sozialen Fertigkeiten und allgemeinen Lebenskompetenzen mit dem Ziel der Vermeidung von (schulbezogenen) Auffälligkeiten im Sozialverhalten (z. B. Verhinderung der Eskalation von Konflikten zwischen Schülern), aber auch um die Förderung von Resilienz. Des Weiteren zielen diese Angebote darauf ab, Schülerinnen und Schülern Selbstwirksamkeitserlebnisse (auch als Ich-Stärkung beschrieben) durch nicht-aggressives Sozialverhalten zu ermöglichen. Solche Angebote werden in der Regel in Form von modularisierten Trainingsprogrammen durchgeführt.

In engem Zusammenhang damit befasst sich der zweite große Themenblock der gesundheitsbezogenen Prävention im Rahmen der Schulsozialarbeit mit Anti-Aggressions- bzw.Anti-Gewalttrainings. Wie bereits in Teil B, Kap. 8.2.4 dargestellt wurde, bedeutet aggressives Verhalten junger Menschen (auch im Schulkontext) in allen Formen und für alle Beteiligten eine gesundheitliche Beeinträchtigung. Vor diesem Hintergrund haben Anti-Aggressions-/Anti-Gewalttrainings eine ähnliche Zielsetzung wie die Trainings sozialer Fertigkeiten: Durch Vermittlung von entsprechenden Fähigkeiten und durch soziales Lernen im Gruppenkontext werden den Teilnehmern solche alternativen Handlungsmöglichkeiten zu aggressivem Verhalten angeboten, die der Eskalation von Auseinandersetzungen vorbeugen, zudem werden Selbstwirksamkeitserlebnisse im prosozialen Bereich und soziales Lernen im Gruppenkontext ermöglicht. Diese Trainingsprogramme werden vor allem für Schülerinnen und Schüler der Altersgruppe von 12 bis 18 Jahren (Sekundarbereich) angeboten.

Das dritte große Themenfeld der gesundheitsbezogenen Prävention im Rahmen von Schulsozialarbeit stellt die Suchtprävention (bezogen auf Alkohol, Nikotin, Cannabis)[187] dar. Programme zur Suchtvermeidung bedienen sich unterschiedlicher Methoden: Zum einen vermitteln sie in medial gestützter Weise (z. B. unter Verwendung von Broschüren, Informationsmaterialien etc., wie sie von der BZgA für unterschiedliche Themenbereiche konzipiert sind) Information und Aufklärung über Drogen und andere Suchtmittel. Zum anderen wird in solchen Programmen – ähnlich wie bei Trainings sozialer Kompetenz bzw. Anti-Aggressions-/Anti-Gewalttrainings – durch Vermittlung alternativer Verhaltensstrategien (z. B. Stressbewältigung in Form von körperlicher Aktivität an Stelle von Alkoholkonsum), durch Rollenspiele im Gruppenkontext und durch Vermittlung von Selbstwirksamkeitserfahrungen (im Sinne der Ich-Stärkung) dem (abhängigen) Konsum von Suchtmitteln vorgebeugt. Auch die projektbezogenen Angebote der Suchtprävention sind vor allem für die Altersgruppe der 12- bis 18-Jährigen konzipiert.

Die Kinder- und Jugendhilfe ist in den drei genannten Praxisbereichen der schulbezogenen Jugendarbeit kein alleiniger Akteur. Vielmehr wird dabei auf Expertinnen und Experten aus angrenzenden Disziplinen rekurriert (z. B. Suchthilfe), um projektbezogene Angebote der Prävention im schulischen Kontext zu realisieren. Unter Berücksichtigung dieser Rahmenbedingungen zielt Schulsozialarbeit mit dem Fokus der gesundheitsbezogenen Prävention auf die individuelle Ressourcenstärkung im Sinne von Resilienzförderung und Empowerment von Heranwachsenden ab.

Neben der Durchführung von projektbezogenen Angeboten der Gesundheitsprävention trägt Schulsozialarbeit zur Gesundheitsförderung als Teil der pädagogischen Praxis (implizite Gesundheitsförderung) bei. Hier konzentrieren sich ihre Aufgaben zum einen auf die Integration von verhaltensauffälligen[188] und lernbeeinträchtigten Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischen Förderbedarfen in den Regelschulunterricht, und darauf, die damit verbundenen Probleme abzumildern, ihre persönliche und schulische Situation zu verbessern und auch ihre Integration im außerschulischen Bereich zu erleichtern. Dazu bedient sich die Schulsozialarbeit neben der individuellen Förderung (z. B. durch enge Kooperation mit ambulanten Erziehungshilfen sowie den Eltern) auch der Methoden

[187] Die Suchtprävention im Kontext der Schulsozialarbeit bezieht sich (noch) kaum auf nichtstoffgebundene Süchte wie beispielsweise exzessives Computerspielen.

[188] Zur individuellen und sozialen Problematik von Heranwachsenden mit ADHS bzw. Lese-Rechtschreibschwäche vgl. Teil B, Kap. 7.2.7.

des sozialen Lernens im Gruppenkontext (z. B. in Form von Sozialtrainings). Zielgruppe derartiger Angebote sind vor allem Schülerinnen und Schüler im Grundschulalter, um durch rechtzeitige Intervention einer möglichen Negativentwicklung (wie Sonderbeschulung oder Schulverweigerung) vorzubeugen.

Neben der Konzentration auf umschriebene Schüler(problem-)gruppen leistet die Schulsozialarbeit Beiträge zur Gestaltung eines lern- und schülerfreundlichen Schulklimas, um die Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens aller am schulischen Leben Beteiligten zu fördern. Die Angebote hierzu sind unterschiedlichen Charakters: Bewegungsfreundliche Schulpausen, Angebote der Stressbewältigung in Form von Ruhe- und Entspannungsphasen/-programmen gehören ebenso dazu wie Anregung und Gestaltung von Ruhe- und Rückzugsräumen. Schulsozialarbeit hat in vielen Fällen eine Anregungsfunktion oder zumindest das Anregungspotenzial für eine implizite Gesundheitsförderung von Schülerinnen und Schülern. Sie unterstützt sie sowie Lehrkräfte und Eltern durch Information und Serviceleistungen bei der Umsetzung einer lern- und schülerfreundlichen Atmosphäre. Die Angebote der Schulsozialarbeit, die zu einer impliziten Gesundheitsförderung im Schulkontext beitragen, sind zudem für alle Altersgruppen und alle Schulformen konzipiert, wobei das Gymnasium hier etwas benachteiligt ist, weil es dort viel seltener als an anderen Schulen Schulsozialarbeit gibt.

Kinder- und Jugendhilfe ist im Rahmen der schulbezogenen Sozialarbeit häufig der Initiator für implizite Gesundheitsförderung. Sie ist dabei vor allem auf die Unterstützung von anderen Akteuren im Schulkontext (Eltern, Lehrerinnen und Lehrer) angewiesen, um ihr Aktionspotenzial zu realisieren. Insgesamt zielt Schulsozialarbeit mit dem Fokus der impliziten Gesundheitsförderung im Schulalltag auf die Stärkung der (individuellen) Verwirklichungschancen, der Partizipation und des Empowerments von Heranwachsenden ab.

17.5.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Die Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie ist einerseits geprägt davon, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie von den Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe die langfristige pädagogische Förderung von Kindern und Jugendlichen mit (drohender) seelischer Behinderung erwartet. Andererseits möchte die Kinder- und Jugendhilfe die Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, nämlich Diagnostik, Begutachtung, Behandlung und Krisenintervention nutzen. Kooperation ist vor allem aus folgenden Anlässen geboten, wobei diese Kooperation bisher nicht immer im nötigen Maße und auch keineswegs ohne Reibungsverluste läuft:

– Erwachsenen- und ggf. Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Kinder- und Jugendhilfe sollten ggf. gemeinsam ihre Verantwortung für die Betreuung und rechtzeitige Förderung von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern wahrnehmen (Fegert/Besier 2008; Kölch 2008);

– Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe sollten ggf. gemeinsam ihre Verantwortung für die Frühförderung von (seelisch) behinderten bzw. von Behinderung bedrohten Kindern wahrnehmen (Späth 2004, S. 499).

– Eine vom Jugendamt veranlasste kinder- und jugendpsychiatrische „Abklärung“ bei psychischen und Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Hilfeplanung und Hilfegewährung, auf die dann möglicherweise eine psychiatrische Diagnose und eine stationäre Behandlung folgen, ehe eine Jugendhilfemaßnahme ins Auge gefasst wird. Diese Möglichkeit einer frühzeitigen Diagnostik und Behandlung wird aus Sicht von *Fegert/Besier* (2008) noch zu wenig genutzt, da psychiatrische Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen in teilstationären und stationären Angeboten (Schmid 2007) gezeigt haben, dass diese ein erhebliches Maß an klinisch relevanten psychischen Auffälligkeiten zeigten, aber nur selten aufgrund einer (drohenden) seelischen Behinderung (§ 35a SGB VIII) betreut werden und u. a. deshalb auch nur selten die entsprechende psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung bekommen (vgl. Kap. 17.2.3). Damit werde die Chance einer interdisziplinären Kooperation seitens der Kinder- und Jugendhilfe vertan, womit die Gefahr einer Chronifizierung der Störungen dieser Kinder und Jugendlichen steige, was nicht nur eine dauerhafte Beeinträchtigung für sie selbst bedeute, sondern auch hohe von der Gesellschaft zu tragende Folgekosten nach sich ziehe.

– Feststellung der psychischen Störung bei einer (erwogenen) Eingliederungshilfe nach § 35a (mögliche (drohende) seelische Behinderung): Als fachlich geeignete Personen für die Erstellung der Diagnose gelten nach § 35a, (1) SGB VIII vor allem Kinder und Jugendpsychiaterinnen und Psychiater. Die Erstellung der klinischen Diagnose erfolgt einheitlich nach dem Klassifikationssystem der WHO, derzeit die ICD 10.[189] Nach Erhalt der Diagnose ist es die Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe in diesem Verfahren festzustellen, ob durch die gegebenenfalls diagnostizierte psychische Störung eine Teilhabe-Beeinträchtigung gegeben ist. Dafür gibt es in der Kinder- und Jugendhilfe kein einheitliches Feststellungsverfahren. Wird eine (drohende) seelische Behinderung festgestellt, so ist die Kinder- und Jugendhilfe nach § 6 SGB IX zu-

[189] Die Klinische Diagnose in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgt in der Regel nach der ICD 10 und dem Multiaxialen Klassifikationssystem mit folgenden sechs Achsen:
Achse 1: ggf. Hauptdiagnose (z. B. (hyperkinetische) Störung des Sozialverhaltens) bzw. Ausschluss einer psychischen Störung und ggf. Nebendiagnose (z. B. Alkohol- und Drogenmissbrauch);
Achse 2: Entwicklungsstörungen (z. B. ADHS, Lese- und Rechtschreibstörung);
Achse 3: Intelligenzniveau;
Achse 4: körperliche Störungen;
Achse 5: psychosoziale Belastung (betrifft die ggf. „abnormen“ psychosozialen Lebensumstände des Kindes);
Achse 6: allgemeine psychosoziale Anpassung oder psychosoziales Funktionsniveau (Grad sozialer Beeinträchtigung und die Zahl der davon betroffenen Bereiche).

ständig für die Erbringung von Eingliederungshilfen für Heranwachsende und junge Volljährige. Damit ist die Kinder- und Jugendhilfe ebenso wie die Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie ein Rehabilitationsträger. Somit gelten für beide Systeme die Regelungen in §§ 10 bis12 SGB IX für die Kooperation von verschiedenen Rehabilitationsträgern (vgl. Späth 2004).

– Begutachtung von Jugendlichen nach § 1631b BGB (freiheitsentziehende Maßnahmen): Wenn die Kinder- und Jugendhilfe für Heranwachsende eine freiheitsentziehende Maßnahme in einer ihrer Einrichtungen in Erwägung zieht, muss dafür eine Genehmigung des Familiengerichts eingeholt werden, die nicht nur auf der Anhörung der Jugendlichen und ihrer Eltern sowie der Stellungnahme des Jugendamts beruht, sondern es müssen auch eine (in der Regel) jugendpsychiatrische Diagnose sowie ein Gutachten zu der Frage erstellt werden, ob ein Freiheitsentzug geeignet, notwendig und verhältnismäßig ist und ob dieser ggf. (zunächst) in einer jugendpsychiatrischen Klinik oder in einer teilgeschlossenen Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe stattfinden soll (Hoops/Permien 2006).

– Begutachtung von jugendlichen Sexualstraftätern, soweit für sie eine Hilfe zur Erziehung in Erwägung gezogen wird oder sie sich bereits in einer solchen Maßnahme befinden.

– Behandlung und Therapie von Klientinnen und Klienten der Kinder- und Jugendhilfe: Diese kann von der Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie geleistet werden, soweit es sich – auf der Basis einer psychiatrischen Diagnose – um Krankenbehandlung und damit um Leistungen handelt, deren Kosten die Krankenkassen übernehmen müssen (z. B. Einstellung auf bestimmte Medikamente, Psychotherapie). Da einerseits die Behandlung sehr hilfreich sein, andererseits mit einer psychiatrischen Diagnose auch eine Stigmatisierung verbunden sein kann, liegt die Beibehaltung einer Diagnose wie „Störung des Sozialverhaltens“ (nur) so lange im Interesse von Kindern und Jugendlichen, „wie sich daraus ein Anspruch auf eine Hilfeleistung im System der Gesundheitsversorgung oder der Jugend- und Sozialhilfe ableitet“ (Goldbeck/Schulze/Fegert 2004, S. 263). Zudem ist angesichts der Dynamik in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und möglichen Selbstheilungsprozessen davor zu warnen, einmal gestellte Diagnosen „unkritisch … zu tradieren“ (Goldbeck/Schulze/Fegert 2004, S. 264)

– Formen und Orte der Kooperation: Diagnostik, Behandlung und Therapie können – je nach Bedarf und vor Ort vorhandener (häufig aber ungenügender) Infrastruktur – entweder stationär oder ambulant in Klinikambulanzen oder in freien kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. -therapeutischen Praxen vor, während oder nach einer Jugendhilfemaßnahme stattfinden. Um die Kooperation niedrigschwelliger zu gestalten, haben einzelne Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater begonnen, in Einrichtungen regelmäßig konsiliarärztliche Einzelsprechstunden abzuhalten und – im Rahmen ihrer Abrechnungsmöglichkeiten – auch das Betreuungsteam in Bezug auf den Umgang mit besonders „auffälligen“ Kindern und Jugendlichen zu beraten, aber auch Hinweise des Teams für ihre Behandlung zu nutzen. Wie ein entsprechendes Modellprojekt nachwies, wurde durch diese Form der Kooperation nicht nur das Befinden der Jugendlichen verbessert, sondern auch die Dauer von trotzdem manchmal notwendigen Krisenintervention in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken reduziert (Goldbeck/Fegert 2008). Dabei ist allerdings zu fragen, wieweit die Kooperation hier und in ähnlichen Fällen auf „gleicher Augenhöhe“ stattfindet oder ob die Betreuenden die psychiatrische Denkweise übernahmen, die – das legt jedenfalls die ICD 10 nahe –nicht unbedingt an den Ressourcen der Jugendlichen orientiert ist (vgl. Dörr 2008).

– Krisenintervention bei Heranwachsenden in (teil)stationären Hilfen zur Erziehung. Diese wird notwendig, wenn die Betreuenden nicht mehr in der Lage sind, deeskalierend auf Kinder und Jugendliche mit (möglicherweise durch Suchtmittelmissbrauch verursachten) aggressiven Impulsdurchbrüchen, suizidalen Tendenzen oder psychotischen Symptomen einzuwirken. Hier sind noch mehr als in den bereits genannten Bereichen der Kooperation Absprachen und möglichst schriftliche Vereinbarungen zwischen Jugendhilfeeinrichtungen und Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Fort- und Vertrauensbildung auf beiden Seiten nötig. Nur so kann gewährleistet werden, dass die Klinik einerseits zuverlässig „Krisenfälle“ aufnimmt, andererseits Jugendliche wirklich nur im Notfall in die Klinik geschickt werden, und weiter, dass den Jugendlichen keine Möglichkeit gegeben wird, beide Institutionen gegeneinander auszuspielen. Sichergestellt werden muss auch, dass sie nach der Krisenintervention in „ihre“ Einrichtung zurückkehren können und ein „Hin- und Herreichen“ besonders schwieriger Jugendlicher zwischen beiden Hilfesystemen mit seinen negativen Folgewirkungen für alle Beteiligten beginnt (Hoops/Permien 2006).

– Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII, ggf. in Verbindung mit § 35a SGB VIII und Gestaltung der Übergänge zwischen den Systemen (Späth 2004): Können Kinder und Jugendliche nach einem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik nicht mehr in ihre Familie oder ihre vorherige Pflegefamilie oder stationären Einrichtung zurückkehren oder müssen zusätzliche Hilfen seitens der Kinder- und Jugendhilfe und/oder der Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie installiert werden, so ist eine rechtzeitige und enge Kooperation zwischen beiden Systemen notwendig, damit die Kinder- und Jugendhilfe ggf. rechtzeitig mit der Hilfeplanung beginnen und – unter Hinzuziehung aller Beteiligten – eine passende Hilfe anbieten kann und der Übergang der Heranwachsenden von einem System ins andere so bruchlos wie möglich gestaltet wird. Dies gilt genauso, wenn für Heranwachsende in Jugendhilfemaßnahmen ein längerfristiger Klinikaufenthalt angezeigt erscheint.

17.5.3 § 35a SGB VIII und Behindertenhilfe

Im § 1 SGB VIII ist das Recht aller jungen Menschen auf Förderung ihrer Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenständigen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit festgeschrieben. Doch wurden nur die Hilfen für Kinder mit (drohender) seelischer Behinderung mit dem § 35 a dem SGB VIII und damit der Jugendhilfe zugeordnet und somit von allen anderen behinderungsrelevanten Hilfeleistungen für Kinder mit (drohender) geistiger und körperlicher Behinderung administrativ getrennt. Für die Belange von Kindern und Jugendlichen mit körperlicher oder geistiger Behinderung gilt – als Ausnahme und mit einer Vielzahl von Folgen – die Zuständigkeit des SGB IX (Sozialhilfe/Behindertenhilfe).

Eine (drohende) seelische Behinderung wird seitens der Kinder- und Jugendhilfe dann anerkannt, wenn damit zu rechnen ist, dass die durch externe Fachleute festzustellenden psychischen bzw. Verhaltensauffälligkeiten eines Heranwachsenden eine wesentliche Einschränkung seiner Teilhabefähigkeit (§ 35 (1) SGB VIII) zur Folge haben könnten (vgl. Kap. 17.5.2), sowie bei

- körperlich nicht begründbaren Psychosen,
- seelischen Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen,
- Suchtkrankheiten,
- Neurosen und Persönlichkeitsstörungen.

Ist eine (drohende) seelische Behinderung anerkannt, wird über den § 35a SGB VIII Eingliederungshilfe gewährt. Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine seelische Behinderung bzw. deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den Betroffenen Teilhabe zu ermöglichen. Hierzu gehört vor allem, den behinderten jungen Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

Die Eingliederungshilfen für Heranwachsende mit (drohender) seelischer Behinderung sind überwiegend eingebettet in ambulante und (teil)stationäre Erziehungshilfen (vgl. § 35a (4) SGB VIII). Sie werden zum Teil in Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychotherapie (vgl. Kap. 17.2. u. 17.5.2) erbracht. Zudem sollen diese Kinder im Vorschulalter soweit wie möglich gemeinsam mit nicht behinderten Kindern in Kindertagesstätten betreut werden (§ 35a (4) vgl. Kap. 16.2.1). Für Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren hat die Eingliederungshilfe vor allem das Ziel, Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung zu leisten, sowohl im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht als auch zum Besuch weiterführender Schulen wie zur Berufsvorbereitung.

An den nach § 35a SGB VIII geleisteten Hilfen wird zum einen kritisiert, dass die (teil)stationären Hilfen nicht selten eher einer „Einrichtungslogik“ als dem tatsächlichen Hilfebedarf der Betroffenen folgen. Zum anderen würden bei der Feststellung des Hilfebedarfs und der Hilfegewährung bestimmte Gruppen zu wenig beachtet bzw. würde dem Wunsch der Betroffenen nach ambulanten und zugehenden Hilfen nur sehr zeitversetzt nachgekommen (Diakonie Bundesverband 2008) So weist die *Diakonie* z. B. auf eine immer breiter werdende Risikogruppe von Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien hin, die von seelischer Behinderung bedroht oder betroffen sein könnten – aber vielfach nicht identifiziert werden und nicht die nötigen Hilfen erhalten. „Aktuelle Studien verdeutlichen, dass es sich hierbei nicht um ein Randphänomen handelt; ca. 2,65 Millionen Kinder und Jugendliche haben alkoholabhängige bzw. -missbrauchende Eltern und ca. 30 000 bis 40 000 Kinder und Jugendliche haben drogenabhängige Mütter“ (Diakonie Bundesverband 2008). Vonseiten der *Diakonie* wird zudem beklagt, dass die bestehenden Einrichtungen und Hilfen nicht in ausreichendem Umfang auf diese spezielle Problemlage eingehen. Sie fordert deshalb einen weiteren Ausbau der Angebote für diese Gruppe, die u. U. auch von seelischer Behinderung bedroht sind (vgl. Kap. 19.1).

Eine Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen mit (drohender) seelischer Behinderung sehen auch die Leitenden Klinikärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, die darauf hinweisen, dass ihre Kliniken bzw. Klinikambulanzen lediglich die Hälfte der epidemiologisch zu erwartenden Kinder und Jugendlichen erreichen. „Versorgungsdefizite bezüglich einer flächendeckenden, ganzheitlichen, ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen zeigen sich auch darin, dass nur die Hälfte der Facharztpraxen in Deutschland das Instrument der Sozialpsychiatrischen Vereinbarung (das eine ambulante und multiprofessionelle Behandlung von psychisch beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen ermöglicht) umsetzt“ (Diakonie Bundesverband 2008).

Köttgen (2007) führt aus, dass in Hamburg von 1998 bis 2002 die stationäre Unterbringung in Jugendpsychiatrien um 350 Prozent anstieg, während niedrigschwellige Hilfen für Kinder und Jugendliche im Sozialraum abgebaut wurden. Sie weist darauf hin, dass hier nach wie vor die soziale Herkunft über die Hilfeart entscheidet. Therapeutische Behandlungen erfahren Jugendliche aus sozial schwachen Familien aufgrund ihres delinquenten Verhaltens und einer damit einhergehenden Sprachlosigkeit meist nicht.

Für Heranwachsende mit Behinderungen bedeutet die unterschiedliche Zuordnung von (drohender) seelischer oder aber geistiger bzw. körperlicher Behinderung zu unterschiedlichen Leistungsgesetzen, dass sie ohne den Nachweis einer (drohenden) seelischen Behinderung von der Kinder- und Jugendhilfe keine Unterstützung erfahren, da diese dann auf die Zuständigkeit der Sozialhilfe/Behindertenhilfe verweist. Nun gibt es allerdings viele körperliche oder geistige Beeinträchtigungen, die auch zu einer

Beeinträchtigung im seelischen Bereich führen können oder damit einhergehen. Aufgrund der Zuordnungslogiken zwischen Jugend- und Behindertenhilfe muss in solchen Fällen jeweils geklärt werden, welche Form der Behinderung ausschlaggebend für die Gewährung von Hilfen ist. Für Betroffene bedeutet dies häufig, dass sie Ansprüche auf Hilfe gerichtlich einklagen müssen, d. h. die Gerichte klären dann im Einzelfall den je spezifischen Anspruch auf Hilfen. Hinzu kommt, dass die Sozialhilfe/Behindertenhilfe in der Zuständigkeitslogik der Leistungsträger Vorrang vor der Jugendhilfeleistung hat. So entstehen „Verschiebebahnhöfe" bzw. „schwarze Löcher" in der Hilfegewährung bzw. Blindheiten gegenüber den realen Hilfebedürfnissen der Betroffenen.

Die rigide Abgrenzung, wie sie zwischen den Leistungsträgern der Kinder- und Jugendhilfe und der Behindertenhilfe vorgenommen wird, lässt kaum Spielraum für das Eingehen auf den individuellen Hilfebedarf, da sich eine Kooperation über die Leistungssysteme hinweg bis heute nicht entwickelt hat. So wenden sich z. B. Eltern mit behinderten Kindern mit Erziehungsproblemen kaum je an eine Erziehungsberatungsstelle, was *Gerth*/*Menne* (2008a) darauf zurückführen, dass entsprechende Beratung in den Anlaufstellen für diese Eltern erfolgen würde. Nach Auskunft von Selbsthilfeorganisationen dieser Eltern besteht ein Bedarf nach professioneller Erziehungsberatung aber durchaus, nur fürchten sie, in den Erziehungsberatungsstellen der Kinder- und Jugendhilfe abgewiesen zu werden.

Bestehende Schnittstellen zwischen der Jugendhilfe, bezogen auf den § 35a und der Behindertenhilfe lassen sich schwer ausmachen, da die Hilfen unabhängig voneinander organisiert werden. Wenn also *Fegert/Besier* (2008) in ihrer Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht – entsprechend den Bedarfslagen der Betroffenen – immer wieder Formen von Komplexleistungen in den Hilfen für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen (ähnlich denen, wie sie in der Frühförderung nun eingelöst werden sollen) fordert, würde dies eine Institutionen wie Leistungsträger übergreifende Koordinierung von Hilfeverfahren bedeuten:

„Unbestreitbar bleibt nämlich, dass vor dem Hintergrund des Integrationsgedankens alle Kinder mit Behinderung oder drohender Behinderung, d. h. alle Kinder mit Teilhabebeeinträchtigung, primär Kinder sind, d. h. junge Menschen mit einem erzieherischen Bedarf. Dieser erzieherische Bedarf ist teilweise gerade wegen der drohenden Behinderung erhöht und damit ist es unsinnig, bei der Organisation von Hilfen für diese Kinder und ihre Familien die Frage der Rehabilitation in Bezug auf die Behinderung, also die Eingliederungshilfe, vom erzieherischen Bedarf zu trennen. Alle Kinder, auch behinderte Kinder, haben ein Recht darauf, dass ihre Bedürfnisse im erzieherischen Bereich wahrgenommen und adressiert werden." (Fegert/Besier 2008, S. 9).

Dabei muss der Blick konsequent auf die Lebenslage, das soziale Umfeld, die Lebensplanungen der Betroffenen wie ihre Teilhabeerfordernisse gerichtet sein. Innerhalb der Leistungsträgerverantwortungen werden solche Komplexleistungen von den zuständigen Hilfeträgern inzwischen in Form von Vernetzungen und Kooperationen im Rahmen der Hilfeplanung angegangen, indem versucht wird, die Hilfen innerhalb des sozialen Nahfeldes zu organisieren (vgl. Diakonie Bundesverband 2008, Fegert/Besier 2008).

Einige Stellungnahmen bei der Anhörung der Behindertenverbände durch die Kommission des 13. Kinder- und Jugendberichts weisen ebenfalls darauf hin, dass Kinder mit Behinderungen in erster Linie Kinder und nach der UN-Kinderrechtskonvention Subjekte und Träger eigener Rechte sind und von daher nicht zu Objekten von Verwaltungshandeln gemacht werden dürfen. Diese Rechte setzen unter anderem an der eigenen Entwicklungstätigkeit der Kinder an. Unter dieser Perspektive müssten sich die Angebote von Hilfen zur Akteurs- und Subjektorientierung hin verändern. Die Zuschreibung bestimmter Defizite als Grundlage der Leistungsgewährung sowie eine Leistungsbudgetierung seien dann nicht mehr möglich, da die Frage nach der jeweils bestmöglichen Förderung der Entwicklung des Kindes im Vordergrund stehen müsse.

Ein erster Schritt zu den notwendigen Veränderungen könnte nach Auffassung der Behindertenverbände die Schaffung eines „Behinderten-Mainstreaming" sein, um ein Mitdenken der Belange aller Kinder und Jugendlichen mit Behinderung zu fördern. So soll bei allen jugendhilfepolitischen Planungen und Maßnahmen sowie bei der Gesetzgebung immer auch gefragt werden, was sie für Kinder mit Behinderung und ihre Familien bedeuten. Auf kommunaler Ebene hieße dies, den Bedarf an Hilfen für Kinder mit Behinderungen von vornherein in die Jugendhilfe-Planungen einzubeziehen, indem auch die Selbsthilfeverbände und Betroffenen gehört werden. München habe als bisher einzige Kommune ein Konzept für eine inklusive Jugendhilfeplanung entwickelt.

Bei auf den Einzelfall bezogenen Hilfeplangesprächen dürfe auch nicht mehr nur auf bereits bekannte Angebote zurückgegriffen werde, da dies zwangsläufig zum Ausschluss von Heranwachsenden mit besonderen Hilfebedarfen führe. Stattdessen müssten passende Hilfen und Teilhabemöglichkeiten für die „Ausgegrenzten" bereitgestellt werden.

Dies gilt unter anderem auch für die Nutzung der Ferienangebote der Kinder- und Jugendhilfe durch Heranwachsende mit Behinderungen. Im günstigsten Fall wird ihnen bisher die Teilnahme ermöglicht und Sozialamt wie Jugendamt teilen sich die anfallenden Kosten. In weniger günstigen Fällen müssen sich die Eltern aber bisher um die zusätzlichen notwendigen Helfer (und deren Bezahlung) selber kümmern und die Haftungsfragen klären. Häufig jedoch wird seitens der Veranstalter auch von vornherein eine Teilnahme verweigert, ohne dass die Gründe hierfür offen gelegt würden.

Ein Beispiel aus der Gesetzgebung stellt der § 72a/§ 8a SGB VIII dar, der zwar auf alle Einrichtungen im Rahmen der Jugendhilfe abstellt, Heime und andere Einrichtungen der Behindertenhilfe aber bisher gar nicht einbeziehen kann, da diese nicht in die Zuständigkeit des

SGB VIII fallen. Ein solcher Schutzparagraf wäre aber gerade auch für diese Einrichtungen nötig, da amerikanische Studien belegen, dass die Gefährdung durch Missbrauch von Kindern mit einer geistigen Behinderung signifikant höher liegt (Fegert/Besier 2008; vgl. Exkurs 8.3).

18 Junge Erwachsene

18.1 Jugendberufshilfe

Die Gefahr von Arbeitslosigkeit von individuell beeinträchtigten und sozial benachteiligten Jugendlichen ist nach Beendigung der Schulzeit oftmals vorprogrammiert. Für diese Zielgruppen unterhält die Jugendberufshilfe nach § 13 SGB VIII[190] daher umfangreiche und differenzierte Angebote zur beruflichen Orientierung und Qualifizierung durch Beratung, Förderung schulischer Abschlüsse, Berufsorientierung, Berufsvorbereitung, Berufsausbildung, berufliche Weiterbildung und Qualifizierung, Arbeitsvermittlung und Beschäftigung. Die Angebote haben das Ziel der Verbesserung der beruflichen Handlungsfähigkeit sowie der Erhöhung der Eingliederungschancen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Ausbildung und Arbeit. Abgestimmt auf die unterschiedlichen Zielgruppen und die einzelnen Jugendlichen werden vorhandene Kompetenzen gefördert und ggf. bestehende Defizite abgebaut. Ziel ist auch die Vermittlung von Grundfertigkeiten und -kenntnissen durch Qualifizierungsangebote.

Formen der systematischen Prävention und Gesundheitsförderung finden nach *Straus* (2008) in Einrichtungen der berufsbezogenen Jugendhilfe vor allem als integriertes Angebot im Bildungsbereich (79 Prozent), sowie in Form von Kooperationsprojekten mit Krankenkassen und anderen Einrichtungen (52 Prozent), von Aktionen zu spezifischen Themen (50 Prozent) und von Projekttagen statt (29 Prozent). Vielfach werden in der Praxis mindestens zwei der genannten Formen durchgeführt, sodass die angegebenen Prozentwerte auf Mehrfachnennungen beruhen.

Die gesundheitsbezogenen Angebote und Maßnahmen setzen vor allem auf Information und Aufklärung und zielen auf Empowerment und die Stärkung von Verwirklichungschancen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen ab. Themenbereiche der gesundheitsbezogenen Information und Aufklärung sind neben Ernährung und Bewegung (Straus 2008) vor allem Sexualität/Verhütung. Für die Vermittlung dieser Themen werden häufig die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) für die Zielgruppe Jugendliche/junge Erwachsene in beruflicher (Aus-)Bildung entwickelten Materialien genutzt. Spezifische gesundheitsbezogene Angebote der Jugendberufshilfe für Jugendliche mit Migrationshintergrund sind im Rahmen von Einzelprojekten dokumentiert (z. B. Aktas/Vergili 2007). Über genderspezifische Angebote liegen keine gesicherten Angaben vor.

Projekt BodyGuard

Mit dem *BodyGuard-Projekt* des *Internationalen Bundes* (IB) in Kooperation mit der BZgA-Initiative *„Gut Drauf“* sollen Jugendliche und junge Erwachsene u. a. in Angeboten der Jugendberufshilfe an zehn Modellstandorten in Deutschland durch gesundheitsfördernde Angebote zu gesundheitsbewusstem Verhalten angeregt werden. Ein zentrales Ziel dieses Modellprojekts besteht in der Vermittlung alternativer Handlungsstrategien zum Umgang mit Sexualität, körperlicher Belastung, Stress und ungünstigen Ernährungsgewohnheiten. Im Rahmen des Projekts werden Jugendlichen und jungen Erwachsenen Kochkurse, Ernährungstipps, Bewegungsangebote, Information und Aufklärung im Bereich Sexualität, Austauschmöglichkeiten über Schönheitsideale und Hilfen bei Essstörungen sowie suchtpräventive Maßnahmen angeboten. Zur Umsetzung dieser Ziele bedient sich das Modellprojekt in multimodaler Weise unterschiedlicher Methoden, wie der gesundheitsbezogenen Information und Aufklärung (z. B. Neues über den eigenen Körper erfahren), der Gesundheitspädagogik (z. B. spielerisch gesundes Essen kochen und genießen lernen), der Prävention (z. B. im Bereich Drogen) und der impliziten Gesundheitsförderung im Rahmen von Angeboten der Jugendberufshilfe (z. B. ausgewogene Mahlzeiten im Betriebsbistro). *BodyGuard* stellt eine Form der gesundheitsbezogenen Jugendberufshilfe dar, die durch ihre multimodale Vorgehensweise Selbstwirksamkeitserfahrungen hervorrufen und Empowerment und Partizipation bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen fördern will. Erste Evaluationsergebnisse des Modellprojekts weisen auf eine hohe Akzeptanz bei den Teilnehmern der Maßnahme hin (Hanses/Sander 2008).

18.2 Junge Erwachsene mit Behinderungen

Die Lebensverhältnisse junger Erwachsener mit Behinderung sind wenig untersucht. Annäherungen über die stationären Angebote der Kinder- und Jugendhilfe, zumindest für die Situation junger Erwachsener mit psychischen Störungen (§ 35a SGB VIII) erlauben zwei Expertisen, die für den vorliegenden Bericht erstellt wurden (Dörr 2008; Fegert/Besier 2008).

Über ambulante und zugehende Hilfen für junge erwachsene Behinderte durch die Kinder- und Jugendhilfe liegen keine Daten vor. Auskünfte von Expertinnen und Experten verweisen dabei vor allem auf ungeklärte Zuständigkeiten und „Verschiebebahnhöfe“ zwischen den Hilfen zur Erziehung und der Eingliederungshilfe nach SGB IX, aus denen den Betroffenen eine Reihe von massiven Problemen erwachsen.

Für eine große Anzahl von jungen Erwachsenen mit Behinderung, die Leistungen nach SGB IX erhalten, gibt es

[190] Neben dem in § 13 (1) SGB VIII verwendeten Begriff der Jugendberufshilfe ist auch der Begriff „berufsbezogene Jugendhilfe“ gebräuchlich. Umfassender ist der Begriff der Jugendsozialarbeit, „der neben konkreten Unterstützungs- und Qualifizierungsangeboten auch Beratung, Sozialarbeit in Schulen und Wohnangebote für Jugendliche im Übergang Schule – Beruf einschließt. Mit Jugendberufshilfen werden dagegen die unmittelbar auf den Übergang Schule – Beruf gerichteten Unterstützungs- und Qualifizierungsangebote bezeichnet“ (Braun/Lex 2006, S. 59)

keine Alternativen zu den Heimen bzw. heimähnlichen Einrichtungen der Behindertenhilfe. Diese befinden sich meist außerhalb städtischer Zentren und stellen eine für sich abgeschlossene Welt dar, die die Lebensbereiche Wohnen, Arbeiten und Freizeit einschließt. Wieweit dies für die Bewältigung der alterstypischen Entwicklungsaufgaben (Ablösung, Verselbstständigung, Einstieg ins Arbeitsleben) förderlich ist, wäre genauer zu untersuchen.

Die berufliche Eingliederung junger Erwachsener mit Behinderung erfolgt vor allem in Berufsbildungswerken (BBW), Berufsförderungswerken (BFW) sowie Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). Sie alle zielen auf Teilhabe am Berufsleben ab und sind zuständig für berufliche Erstausbildung (BBW), Umschulung und Weiterbildung (BFW) sowie geschützte Arbeitsplätze (WfbM). Die Berufsvorbereitungsphase beginnt allerdings bereits in der Sekundarstufe I der Schulen über vorberuflichen Unterricht, Arbeitslehre, Schülerbetriebspraktika sowie Berufswahlberatung im Rahmen der Rehabilitationsberatung der Arbeitsagenturen. Immer häufiger wird ein Berufsvorbereitungsjahr empfohlen, in dem dann Jugendliche mit Behinderung auf Jugendliche mit und ohne Hauptschulabschluss, Jugendliche mit Migrationshintergrund sowie auf arbeitslose Jugendliche treffen.

Für Jugendliche mit geistiger, körperlicher oder seelischer Behinderung sind gesonderte Ausbildungen zugelassen. Die Erstausbildung nach der Schule findet für sie vorrangig an gesonderten Qualifikationsorten statt, meist in Berufsbildungswerken, wobei die Träger oft auch Wohnmöglichkeiten anbieten. Die dort erworbenen Abschlüsse signalisieren schon in ihren Namen ihre „Minderwertigkeit“: Ältere Berufsbezeichnungen enden häufig mit -helfer oder -werker; neuere Bezeichnungen drücken lediglich die Tätigkeit aus. In Zusammenhang mit den EU-Verträgen von Maastricht zur Einstufung von Bildungsabschlüssen sind modulare Ausbildungskonzepte in der Debatte.

Die Überwindung der nächsten Schwelle – von der Ausbildung in die Erwerbsarbeit – gelingt vor allem den betrieblich ausgebildeten jungen Frauen und Männern. Dennoch ist eine Bilanz der Erfolge beruflicher Rehabilitation eher ernüchternd: Die Berufseinsteiger müssen mit Gruppen wie Studienabbrechern oder gut qualifizierten jungen Menschen mit Migrationshintergrund um Tätigkeiten auf dem Nicht-Facharbeitsmarkt konkurrieren (BMBF 1999). Auf Misserfolge bei Bewerbung und Berufseinstieg folgen meist weitere Qualifizierungsmaßnahmen (Beginn von Maßnahmenkarrieren). Mittlerweile können zwar Integrationsfachdienste für schwer behinderte bzw. gleichgestellte Personen (i. S. des § 2 (2 und 3) SGB IX) tätig werden, wobei allerdings die zuständigen Rehabilitationsträger (§ 6 SGB IX) über die Inanspruchnahme entscheiden. Dadurch können sich für junge Erwachsene mit Behinderungen Chancen zu einer „Unterstützten Beschäftigung“ („Training on the Job“ mit flankierender Begleitung, z. B. „Arbeitsassistenz“, vgl. Schaub 2000) eröffnen. Hürden sind aber weiterhin die Zuweisungspraxis, die Zielgruppendefinition und der Mangel an Synergieeffekten. Entscheidend aber ist bei allen Wegen in eine Berufstätigkeit die Nachhaltigkeit von Vermittlungserfolgen, denn erst dadurch wird eine tatsächliche berufliche Eingliederung sichergestellt (Schüller 2005).

Seit den 1970er-Jahren gibt es eine aktive Politik, um Studium und Behinderung verbinden zu können. Es wird von einem Anteil von etwa 2 Prozent Studierenden mit Behinderung und einem Anteil von etwa 11 Prozent Studierenden mit chronischen Krankheiten ausgegangen (Rath 2001). Die Verbesserung der Situation von Studierenden mit Behinderungen wird als dringend erforderlich eingeschätzt, um ihre Chancen zur Teilhabe an akademischen Ausbildungen zu erhöhen.

Die Hilfen zum Berufseinstieg verteilen sich auf eine große Anzahl unterschiedlicher Angebote, was dazu führt, dass junge Erwachsene mit Behinderungen kaum Chancen haben, sich einen Überblick über Möglichkeiten der Gestaltung ihres weiteren Lebenswegs zu verschaffen, um sich so aktiv für Beruf und eigenständiges Leben zu entscheiden. Vor allem für junge Erwachsene mit einer geistigen Behinderung fehlt es an Angeboten, die ihnen in begleitender Form Leben, Wohnen und Arbeiten außerhalb von Heimstrukturen in der Nähe ihrer Eltern ermöglichen.

Die Jugendhilfe könnte hier durch Kooperationen zwischen ihren Angeboten und denen der Eingliederungshilfe nach SGB IX/SGB VIII ein Mehr an Anschlussfähigkeit der Angebote sowie Anlaufstellen für junge Erwachsene mit Behinderung schaffen, die ihnen und ihren Eltern durch die Bereitstellung von Beratungsangeboten den Weg durch den „Dschungel“ von Verordnungen, Gesetzen und vor Ort vorhandenen Angeboten bahnen.

Auch wäre es im Interesse der jungen Erwachsenen mit Behinderung notwendig, wenn regelmäßig geprüft würde, ob durch eine zusätzliche sozialpädagogische Unterstützung im Rahmen der Jugendberufshilfe oder auch anderer Angebote nach SGB VIII das Ziel einer eigenständigen Lebensführung besser erreicht werden könnte. Möglicherweise besteht pädagogischer Unterstützungsbedarf unabhängig von der Behinderung.

19 Altersübergreifende Herausforderungen

19.1 Kinder chronisch und psychisch kranker Eltern

Kinder psychisch, sucht- und chronisch körperlich kranker Eltern stellen eine zahlenmäßig nicht zu unterschätzende Gruppe von Heranwachsenden (vgl. Exkurs 7.1 und Kap. 17.5.3) mit speziellen erzieherischen Förder- und Unterstützungsbedarfen dar. Trotz der empirischen Beweislage für die Entwicklungsrisiken dieser Gruppe von Kindern und Jugendlichen fühlten sich geraume Zeit weder Kinder- und Jugendhilfe, Psychiatrie noch Suchthilfe als Leistungsanbieter für diese Gruppe besonders belasteter Heranwachsender zuständig.

Inzwischen ist der Ausschluss dieser Gruppe vom Hilfesystem nicht mehr so ausgeprägt. Von einer flächendeckenden problemangemessenen Versorgung kann aber noch nicht die Rede sein. Die überwiegende Anzahl der

Unterstützungsangebote wird in Form von Projekten organisiert, d. h. zeitlich befristet und nicht im Regelangebot vor Ort verankert. Die Finanzierung von Unterstützungsangeboten für die drei genannten Betroffenengruppen erfolgt vielfach im Rahmen von Modellvorhaben regionaler Träger, Stiftungen, Spenden und/oder durch kommunale Zuwendungen. Im Rahmen der Jugendhilfe dauerhaft geförderte Hilfen für diese Heranwachsenden, die mit dem Versorgungssystem für kranke Eltern kontinuierlich und verlässlich kooperieren, bilden die Ausnahme (Lenz 2008). Hinzu kommt, dass nur sehr wenige Projekte fachlich und theoretisch fundiert und ausreichend dokumentiert sind. Dies erschwert bzw. verhindert eine fachliche Weiterentwicklung bestehender Angebote (Klein 2007; Lenz 2008a). Eine Konsequenz davon ist, dass es keine verbindliche Übersicht hinsichtlich Anzahl, Ausmaß und Qualität der Hilfen gibt, anderer Konsequenzen bestehen z. B. in der mangelnden inhaltlichen Verortung des Themas „Kinder kranker Eltern" in der Kinder- und Jugendhilfeplanung.

Kinder psychisch kranker Eltern

Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern sind oftmals durch Initiativen und Projekte gekennzeichnet, die durch das Engagement einzelner Personen, z. B. Mitarbeitende in Beratungsstellen, Kliniken oder Einrichtungsträgern initiiert worden sind. Die Finanzierung der überwiegenden Mehrzahl dieser Angebote erfolgt über Spenden, Kooperation mit Stiftungen und/oder karitativen Förderern (z. B. *Aktion Mensch*). Vereinzelt fließen auch öffentliche Mittel ein, die zum Teil aus den Kinder- und Jugendhilfehaushalten kommen. Ein Beispiel für diese Finanzierungsstruktur ist das Präventionsprojekt *„Kinder psychisch kranker Eltern" (KIPKEL)* im Kreis Mettmann (Nordrhein-Westfalen). In einem interinstitutionellen und multidisziplinären Kooperationsverbund bieten verschiedene Einrichtungen aufeinander abgestimmte Hilfen an, die Einzel-, Eltern- und Familiengespräche, Gruppen- und Freizeitangebote sowie offene Sprechstunden in einer psychiatrischen Klinik umfassen (Hipp/Staets 2003). Nach anfänglichen Vorbehalten im Hinblick auf Bedarf und Kosten werden inzwischen einzelne Hilfen über Kinder- und Jugendhilfemittel gewährt (§§ 27 bis 35a SGB VIII). Trotz der öffentlichen Zuwendung können die Angebote von *KIPKEL* einzig mittels Spenden in derzeitigem Ausmaß offeriert werden.

Beratungsstelle Auryn

Zur Implementierung eines dauerhaft finanzierten regulären Hilfsangebots für Kinder psychisch kranker Eltern ist es bundesweit bislang – soweit zu übersehen – einmalig in Leipzig gekommen. Die seit 2002 bestehende Beratungsstelle *Auryn* wird seit 2009 durch das Leipziger Jugendamt auf Basis der Finanzierung nach § 77 SGB VIII der Grundvereinbarung für die Erziehungsberatungsstellen (Leistungen nach §§ 17, 18, 28 SGB VIII) abgesichert. Sie bietet ein breites psychologisch-therapeutisches und sozialpädagogisches Unterstützungsangebot für Kinder und ihre psychisch kranken Eltern, das Einzel- und Familienberatung, Krisenintervention, Psychoedukation und soziale Gruppenarbeit einschließt. Des Weiteren gibt es zahlreiche Angebote, die bei Beratungsstellen bzw. Einrichtungen angesiedelt sind oder von Initiativen bzw. Vereinen gestützt werden (Lenz 2008).

Ein in der Praxis häufig zu beobachtendes Problem in diesem Feld besteht darin, dass Regeleinrichtungen und -angebote für die Behandlung psychisch kranker Erwachsener ein Informationsdefizit bezüglich der Existenz von Unterstützungsangeboten für Kinder der Erkrankten aufweisen (Schmid u. a. 2008). Ein weiteres Hindernis auf institutioneller Ebene ist darin zu sehen, dass die Erwachsenenpsychiatrie ihren Behandlungsauftrag (und die damit verbundene Vergütung von Leistungen) nur auf den erkrankten Elternteil bezieht und die Belange der Angehörigen (neben Lebenspartnern sind dies auch die Kinder!) auch durch die von den Kliniken vorgehaltenen Sozialdienste nur wenig im Blick hat. Umgekehrt richtet aber auch die Kinder- und Jugendhilfe ihre Aufmerksamkeit nur in jenen Fällen auf die Gruppe der Kinder psychisch Kranker, wenn die Eltern selbst oder Dritte aufgrund der elterlichen Erkrankung Hilfen zur Erziehung für notwendig halten oder es gar Hinweise auf eine Gefährdung des Kindeswohls gibt. Die Beschäftigung mit dieser Personengruppe unter präventiven Gesichtspunkten – also jenseits des Vorliegens eines konkreten Hilfeanlasses – ist in der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe bislang kaum verbreitet. Weitere strukturelle Hemmnisse wie beispielsweise ein unterschiedliches Krankheitsverständnis der beteiligten Professionellen oder mangelnde fachliche Qualifikation (z. B. fehlende Praxis von Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe mit der Gruppe psychisch kranker Eltern bzw. von Professionellen im Gesundheitswesen mit den speziellen Bedürfnissen von Kindern) erschweren eine Kooperation zusätzlich.

Psychisch erkrankte Eltern haben vielfach eine Hemmschwelle aufgrund der „Komm-Struktur" von Kinder- und Jugendhilfeangeboten sowie Ängste bzw. Misstrauen gegenüber Angeboten des Jugendamtes (Kölch 2008). Befürchtet wird u. a., dass vonseiten der Ämter die psychische Erkrankung eines Elternteils mit Erziehungsinkompetenz gleichgesetzt wird, die wiederum als potenzielle Kindeswohlgefährdung interpretiert werden und einen (Teil-) Sorgerechtsentzug bzw. eine Inobhutnahme des Kindes durch das Jugendamt nach sich ziehen könnte. In letzter Konsequenz hat dies zur Folge, dass vonseiten der Eltern bestehende Unterstützungsangebote für Kinder selten oder erst zu spät in Anspruch genommen werden (Schone/Wagenblass 2002).

Neben den ambulanten Hilfen gibt es gelegentlich stationäre und vereinzelt auch-teilstationäre tagesklinische Angebote von psychiatrischen Kliniken, in denen Kinder (in der Regel im Alter unter sechs Jahren) zusammen mit ihren psychisch kranken Müttern unterstützt und gefördert werden können. Obgleich durchaus ein Bedarf für die gemeinsame Aufnahme psychisch kranker Mütter und ihrer (Klein-)Kinder besteht, ist dieses Behandlungsangebot

längst noch nicht die Regel. Dafür dürften hauptsächlich Kostengründe anzuführen sein, aber auch ein mangelndes Bewusstsein der Fachärzte und -ärztinnen sowie des Gesetzgebers dafür, dass ein Teil der Patientinnen Mütter sind, sowie dafür, dass ihre Kinder zum Teil erheblich unter der Erkrankung ihrer Mütter und nicht selten auch unter unzureichender Betreuung leiden. Dies wiederum belastet die Mütter oft sehr oder führt dazu, dass Mütter auf eigentlich notwendige stationäre Behandlungen verzichten (Kölch 2008): Der Gesetzgeber berücksichtigt bisher die Mütter allein als Patientinnen und misst den gesundheitspolitischen und präventivmedizinischen Dimensionen der gemeinsamen Behandlung von Mutter und Kind noch zu wenig Bedeutung zu (vgl. z. B. Hohm u. a. 2008). Eine solche Mutter-Kind-Behandlung zielt u. a. auf die Förderung und Stärkung der Bindung zwischen Mutter und Kind ab; ihr Angebot reicht von pädagogischen Hilfen bis zu therapeutischen Ansätzen, die weit über das Leistungsspektrum einer psychiatrischen Regelversorgung hinausgehen (Kilian/Becker 2008, Mikoteit/Riecher-Rössler 2008). Um die Kosten sowohl der Mutter-Kind-Therapie als auch für die Aufnahme der Kinder abzudecken, bedarf es praktikabler Modelle der Kooperation und der Mischfinanzierung seitens der Krankenversicherung sowie der Kinder- und Jugendhilfe. Diese verfügt mit § 20 SGB VIII (Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen) über eine Finanzierungsgrundlage für unterstützende Angebote sowohl der gemeinsamen Unterbringung von Mutter und Kind als auch der ggf. notwendigen Betreuung von Kindern während eines Klinikaufenthalts der Mutter oder auch des Vaters. Bisher aber erfährt die Kinder- und Jugendhilfe aus den oben genannten Gründen oft gar nicht, wenn Kinder von einer psychischen Erkrankung ihrer Eltern betroffen sind.

Mischfinanzierungen sowie verstärkte Kooperation sind auch vonnöten, damit Kinder angemessen versorgt werden können, wenn Krankheitsphasen der Eltern zwar keinen stationären Aufenthalt erfordern, aber ihre Erziehungsfähigkeit einschränken und dies nicht von der Familie kompensiert werden kann. So gibt es Modelle betreuten Wohnens, in denen sich entsprechend geschulte Fachkräfte sowohl um die Anliegen der kranken Mütter als auch um die der Kinder kümmern.

Ebenfalls zurückhaltend verhält sich die Gesetzliche Krankenversicherung, wenn es um die Finanzierung von Familienhilfe (nach SGB V) geht; und auch hier sind Mischfinanzierungen zwischen den Kostenträgern nach SGB V und SGB VIII zur Unterstützung von Familien denkbar und notwendig, werden aber noch kaum genutzt (z. B. aufgrund mangelnder Kooperation zwischen den Beteiligten oder auch fehlender Kenntnisse im Hinblick auf diese Finanzierungsmöglichkeiten).

Kinder suchtkranker Eltern

Im Unterschied zu Kindern psychisch kranker Eltern werden für Kinder suchtkranker Eltern zwar breit gefächerte Hilfen angeboten, dennoch kann auch für diese Zielgruppe nicht von einer flächendeckenden Versorgung gesprochen werden. Für den Bereich der ambulanten Suchthilfe ist in den westlichen Bundesländern von 8 Prozent und in den östlichen Bundesländern von 15 Prozent der Suchtberatungsstellen auszugehen, die spezielle Hilfen für Kinder anbieten (Lenz 2008). Die Möglichkeit einer dauerhaften finanziellen Absicherung dieser Angebote ist durch die Hilfen zur Erziehung (§ 27 SGB VIII) als Grundlage für eine Regelfinanzierung gegeben. In der Praxis gibt es jedoch nur wenige auf der Grundlage von § 27 SGB VIII unterstützte Angebote. So erbringt die *Sozialpädagogische Familienhilfe Sucht* der Drogenhilfe Nordhessen seit 2003 (auf Basis der Beantragung von Hilfen zur Erziehung beim Jugendamt) Leistungen gemäß §§ 27 und 31 SGB VIII für suchtbelastete Familien. Deren Angebote beinhalten soziale, psychologische und medizinische Diagnostik und konkrete Familienhilfen. Um den einzelnen Familienmitgliedern den Weg aus der Co-Abhängigkeit zu ebnen, werden Wechselwirkungen zwischen elterlicher Suchtproblematik und deren Auswirkungen auf das Familiensystem identifiziert, die durch ein abgestimmtes Angebot von Einzelgesprächen, Familiensitzungen, Gruppenarbeit, Ferienzeiten und Hausbesuchen umgesetzt wird. Ein hoher Stellenwert wird der Gruppenarbeit zugemessen, die von Suchtberatungs- und Erziehungsberatungsstellen angeboten wird (Lenz 2008).

Neben ambulanten Angeboten bieten Fachkliniken für Suchtkranke sporadisch die Einbeziehung von Kindern in eine stationäre Behandlung an. Ähnlich wie in der Psychiatrie werden Mütter mit dem Ziel aufgenommen, die Mutter-Kind-Beziehung zu erhalten, zu fördern und zu stärken. Einige Fachkliniken bieten Wochenendseminare für die ganze Familie an (Lenz 2008). Auch hier erschweren Finanzierungs- und Kooperationshemmnisse – ähnlich wie für Unterstützungsangebote von Kindern psychisch kranker Eltern – die Umsetzung von Angeboten.

Kinder chronisch körperlich kranker und behinderter Eltern

Im Unterschied zu Heranwachsenden mit psychisch kranken oder suchtkranken Eltern gibt es für Kinder und Jugendliche von dauerhaft oder lebensbedrohlich erkrankten Eltern(teilen) kaum Unterstützungsangebote. Auch stehen, soweit zu sehen, kaum gesicherte Daten über die Zahl der Plätze, die Form und Qualität der wenigen vorhandenen Angebote zur Verfügung. Es ist aber davon auszugehen, dass bei diesen Kinder und Jugendlichen, ähnliche erzieherische Förder- und Unterstützungsbedarfe bestehen wie bei den beiden zuvor dargestellten Gruppen. Diese Bedarfe werden bislang sowohl vonseiten der Kinder- und Jugendhilfe als auch des Gesundheitswesens nur sehr unzureichend aufgegriffen. Als Gründe hierfür sind strukturelle Probleme (vor allem der fehlende Behandlungsauftrag des Gesundheitswesens für Angehörige von Patienten) und die Unkenntnis im Gesundheitssystem über bestehende Unterstützungsangebote der Kinder- und Jugendhilfe (z. B. Gewährung von Familienhilfe nach SGB V) zu sehen.

Niedrigschwellige und frühzeitig einsetzende Angebote der familienorientierten Betreuung können dazu beitragen, dass Kinder kranker Eltern die Möglichkeit haben,

die Geschehnisse in Zusammenhang mit der elterlichen Krankheit besser zu verstehen (Romer u. a. 2005).

Familienberatungs- und Therapieangebot CoSIP

Beispielhaft für ein solches Betreuungskonzept ist die Beratungsstelle für Kinder körperlich kranker Eltern an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, die ein kindzentriertes medizinisches Familienberatungs- und Therapieangebot *(CoSIP – „Children of somatically ill parents")* anbietet und präventive Unterstützung in allen Fragestellungen leistet, bei denen es um die Effekte elterlicher körperlicher Erkrankung auf die Eltern-Kind-Beziehung und die Entwicklung von Heranwachsenden geht (Wiegand-Grefe u. a. 2008). Erste Evaluationsergebnisse des Projekts verweisen auf eine gute Akzeptanz der Angebote aufseiten der Familien (Paschen u. a. 2007).

Für eine flächendeckende Etablierung solcher und ähnlicher Unterstützungsangebote für Kinder kranker Eltern fehlt es zudem in medizinischen und sozialen Versorgungssystemen an (finanziellen) Ressourcen, einem öffentlichen Bewusstsein im Hinblick auf mögliche Gefährdungen der Kinder kranker Eltern sowie an fachlichen Standards für kind- und familiengerechte psychosoziale Medizin (Pott u. a. 2005; Romer u. a. 2005).

19.2 Traumatisierte Kinder und Jugendliche

Auch wenn es keine verlässlichen Daten über die tatsächliche Anzahl traumatisierter Kinder und Jugendlicher in Deutschland gibt, so weisen alle Erfahrungen aus der Praxis darauf hin, dass man es mit einem bislang viel zu wenig beachteten Problem zu tun hat.

Als Trauma wird in der Fachdiskussion die retrospektive Feststellung bezeichnet, dass eine einmalige oder wiederkehrende Extremsituation die Bewältigungsmechanismen der Psyche überfordert und dadurch traumatisierend gewirkt hat. Diese Überforderung mündet in vielfältige Symptome; als besonders typisch werden Erregungssymptome (Albträume, Flash-Backs, Reinszenierungen) oder Vermeidungssymptome (psychische Erstarrung, Vermeidungsverhalten) beschrieben. Diese werden dabei meist als in sich durchaus sinnvolle Versuche interpretiert, mit dem nicht bewältigten Erlebnis zurechtzukommen (Coping) oder sogar, es doch noch nachträglich zu bewältigen. Letztendlich macht dann das Scheitern dieser Bewältigungsversuche das traumatische Erlebnis zum „Trauma", das vom Einzelnen nicht integriert werden kann. Besteht das Trauma in einem einmaligen Ereignis (z. B. Unfall), sind die Folgen meist leichter zu erkennen und therapeutisch zu behandeln als bei den wiederkehrenden, chronischen Überforderungen (z. B. in Fällen von Kindesmisshandlung oder Missbrauch).[191]

Die dargestellten Merkmale und Überlegungen gelten für Erwachsene und Kinder; es gibt jedoch einen essenziellen Unterschied: Das potenziell traumatisierende Ereignis trifft bei Heranwachsenden nicht auf eine ausgereifte Psyche mit ihren bereits entwickelten Bewältigungsmöglichkeiten, sondern auf einen jungen Menschen, dessen Bewältigungsmechanismen sich gerade erst entwickeln. Je nach Alter und Entwicklungsstand (vgl. Teil B) nehmen Kinder traumatische Erlebnisse unterschiedlich wahr. Dementsprechend werden diejenigen Bewältigungsmechanismen aktiviert, die ihnen bereits zur Verfügung stehen (vgl. Riedesser 2003). Bei Kindern oder Jugendlichen werden außerdem durch Traumata nicht selten die weiteren psychischen Entwicklungen beeinträchtigt. Viele psychologisch-psychiatrische Symptome und Entwicklungsdefizite werden von Psychotraumatologen als – häufig verkannte – späte Traumafolgen verstanden. So wird z. B. selbstverletzendes Verhalten in der Adoleszenz als möglicher Ausdruck früherer massiver Gewalterfahrung gesehen (z. B. Streeck-Fischer 2006; Schmid 2008).

Auf den ersten Blick überraschenderweise gibt es enge Bezüge zwischen dem Traumakonzept und dem Konzepte der Salutogenese. *Antonovsky* war in einer Untersuchung in Israel aufgefallen, dass von den zahlreichen Holocaust-Überlebenden in seiner Stichprobe ein kleiner Teil nicht so nachhaltig körperlich und psychisch beeinträchtigt erschien, wie er das aufgrund der extremen potenziell traumatisierenden Erfahrungen erwartet hätte. Die meisten der Holocaust-Überlebenden hatten allerdings sehr wohl für den Rest ihres Lebens auch dann mit gravierenden Folgen zu kämpfen, wenn sie vorher über eine sehr gute psychische und körperliche Gesundheit verfügt hatten. Diese Feststellung, dass auch gesunde, robuste Menschen durch extreme Erfahrungen traumatisiert werden können, stellte einen wichtigen Meilenstein des Traumadiskurses dar (Kühner 2008; vgl. Eissler 1963), besteht doch nach wie vor die Gefahr, Traumatisierungen zu unterschätzen oder anzunehmen, dass nur Menschen betroffen sind, die vorher schon krank waren (Solomon 1995; Herman 1993; Fischer/Riedessser 1998).[192]

Schwer traumatisierte Menschen scheinen im Gegenüber potenziell zwei entgegengesetzte Impulse auszulösen: die auch als „Basisaffekt gegen das Opfer" (Reemtsma 1999) bezeichnete Tendenz zur Abwehr oder die Tendenz, den Traumatisierten nur noch in seiner Rolle als Opfer zu sehen. Die auch in Fachdebatten (z. B. zur Prävalenz von se-

[191] Für epidemiologische Untersuchungen wird bisher vor allem die in die Diagnosemanuale DSM und ICD aufgenommene Beschreibung als „Posttraumatische Belastungsstörung" (PTBS) genutzt, die zunehmend als zu eng kritisiert wird. Sie scheint „einfache" umgrenzte Traumatisierungen gut zu erfassen, bei komplexeren Traumata aber an ihre Grenzen zu stoßen. Da in Psychotherapie und Jugendhilfe komplexere Traumatisierungen von zentraler Bedeutung sind, plädieren Fachleute zunehmend für die Etablierung des Konzepts „komplexe posttraumatische Belastungsstörung" (vgl. Schmid 2008).

[192] Zugleich wird in jüngerer Zeit eine inflationäre, vereinfachende Nutzung eines zu medizinisch orientierten Traumakonzepts problematisiert (Becker 2006; Kühner 2008; Lamott 2003). Es besteht die Gefahr, dass das inzwischen sehr differenzierte Wissen über Trauma nicht als Möglichkeit zur Ergänzung und Verbesserung bestehender Erkenntnisse und Handlungsstrategien (z. B. der Konzepte zur therapeutischen Arbeit mit Gewalterfahrungen und zur Kindeswohlgefährdung) genutzt wird, sondern diese vermeintlich ersetzt (Kühner 2005; Kühn 2008).

xuellem Missbrauch) auffällige Tendenz zu Polarisierungen und gegenseitigen erbitterten „Bekehrungsversuchen“ kann als Ausdruck der großen Schwierigkeit gesehen werden, mit der Realität massiven Leidens umzugehen.

Im Kontext solcher Dynamiken wird auch das Plädoyer für eine salutogenetische Sichtweise oft missverstanden: Der Fokus auf gesund erhaltende Ressourcen impliziert nicht, dass „alles doch nicht so schlimm“ sei und man sich nicht für die schweren Folgen von Traumatisierungen interessiere. Demgegenüber verweist der salutogenetische Blick auf Empfehlungen und Handlungsoptionen, die einerseits vor Traumatisierung schützen können und andererseits traumatisierten Kindern und Jugendlichen bessere Bewältigungschancen eröffnen. So spielt etwa die Förderung von Selbstwirksamkeit auch in der Arbeit mit traumatisierten Kindern eine wichtige Rolle (Kühner 2003; Schmid 2008).

Oft wird – zu Recht – die potenziell heilsame Wirkung von Schulen mit einem förderlichen, wohlwollenden Klima für traumatisierte Kinder betont (vgl. Becker/Weyermann 2006; Opp/Wenzel 2003). Wohlwollen allein genügt jedoch nicht, da traumatisierte Kinder oft „unverstandene Kinder“ sind (vgl. Kühn 2008), deren Verhalten Fachkräfte massiv verstören kann. Sie brauchen daher Erwachsene, die ein Gespür für den verborgenen Sinn von verstörendem Verhalten haben, weil ihnen die potenziell traumatisierende Wirkung extremer Erlebnisse bewusst ist. Als wichtige Ergänzung gesundheitsfördernder Prinzipien ist daher eine erhöhte Traumasensibilität aufseiten der Fachkräfte zu fordern. Ein „traumasensibler“ Erwachsener, der dem Verhalten von traumatisierten Heranwachsenden Verständnis entgegenbringt und auf dieser Basis z. B. weitere Ausgrenzungen vermeiden hilft, kann als ein externer Schutzfaktor wirken.

Die Forderung nach mehr Traumasensibilität enthält die Einschätzung, dass „Erkenntnisse über Trauma“ expliziter als bisher für die Förderung von Kindern und Jugendlichen genutzt werden könnten. Diese Einschätzung wird nicht zuletzt von Fachkräften aus der Kinder- und Jugendhilfe selbst zunehmend formuliert und führte zu dem Vorschlag, „Traumapädagogik“ als neuen Fachbegriff zu etablieren (vgl. Kühn 2008).[193] Wie Traumasensibilität basiert auch Traumapädagogik auf der Beschreibung typischer Phänomene (Symptome, Reaktionen oder Verhaltensweisen), die von Erwachsenen als möglicherweise traumabedingt erkannt werden sollen. Dabei sind sowohl die Traumasymptome von Heranwachsenden selbst von Interesse als auch typische Reaktionen, die sie in ihrem Gegenüber auslösen und die beispielsweise als „Gegenübertragungen und sekundäre Traumatisierung von Helfern“ (Schmid 2008, S. 288) beschrieben werden. Die Einschätzungen verschiedener Autoren konvergieren in zentralen Aussagen, die folgende Darstellung rekurriert vor allem auf die Ausführungen von *Streeck-Fischer* (2006) zu „Trauma und Entwicklung“, die entwicklungspsychopathologischen Überlegungen von *Riedesser* (2003) und *Schmid* (2008) sowie die sich vor allem auf die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) beziehenden Grundlagentexte von *Rosner* (2008) bzw. *Steil und Rosner* (2008).[194] Das typischste Warnsignal – vor allem für akute PTSD – ist die plötzliche Veränderung eines Kindes. Traumatisierte Kinder sind oft mit sich aufdrängenden Erinnerungen (Intrusionen) beschäftigt, was sich in Albträumen und im sogenannten traumatischen Spiel zeigen kann, das zwanghaft wiederholend wirkt und zu keiner Spielsättigung führt.

Darüber hinaus sollten Erwachsene erkennen, dass vordergründig Unverständliches Sinn machen kann. Ungewöhnliche Verhaltensweisen können dann als Trauma-Bewältigungsversuche verstanden werden.

- So kann Destruktivität in zwischenmenschlichen Beziehungen eine typische Traumafolge sein; dies betrifft gerade auch die Destruktivität, die sich in der helfenden oder pädagogischen Beziehung zeigt (und diese zerstören kann).
- Ein Kind kann völlig irrationale Überzeugungen und Gefühle in Bezug auf traumatisierende Erlebnisse haben, z. B. irrationale Schuldgefühle, die es sich nicht ausreden lässt.
- Traumatisierungen können emotionale Reaktionen verändern und die Fähigkeit zum Ausgleich von Emotionen erheblich beeinträchtigen.
- Traumata können auch die Fähigkeit zur Informationsaufnahme verändern.Dies kann die Entwicklung kognitiver Fähigkeiten und die Sprachentwicklung beeinträchtigen.
- Dies kann wiederum insbesondere die Fähigkeit betreffen, Ungewissheit zu ertragen und dadurch die Reflexionsfähigkeit und den Umgang mit Kritik erschweren.
- Von vielen Autoren wird die Gefahr betont, dass vorschnell ADHS[195] diagnostiziert und der traumatische Hintergrund von Unruhe und Aufmerksamkeitsdefizit übersehen wird.

Traumasensible Fachkräfte sollten jedoch keine Diagnosen stellen, sondern vielmehr Reflexionsräume schaffen, in denen Vermutungen ausgetauscht und reflektiert werden können und im gemeinsamen Abwägen entschieden wird, ob ein Kind von Fachleuten diagnostiziert und gegebenenfalls behandelt werden sollte.

[193] Vgl. auch www.traumapaedagogik.de.

[194] Sehr frühe Beeinträchtigungen werden hier ausgeklammert. Diese werden zwar häufig mit Recht als traumatisierend benannt, als Erklärungskonzepte werden für die Beschreibung von Störungen in dieser Phase aber eher das Bindungskonzept (vgl. Kap. 5.1, sowie Brisch/Hellbrügge 2003) und zunehmend – eher in Ergänzung als in Konkurrenz – die Mentalisierungsfähigkeit genutzt. In der Forschung zur Mentalisierung wird untersucht, wie sehr bereits in dieser frühen Interaktion mit einfühlsamen Bezugspersonen das „Verstehen mentaler Zustände im Selbst und im Anderen“ (Fonagy u. a. 2004) erlernt wird.

[195] Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom

Dieser Hinweis ist wichtig, da es, wie oben betont, im Zusammenhang mit Trauma oft zu vereinfachenden Kausalitätsannahmen kommt und es die Tendenz gibt, die skizzierten möglichen Folgen als eindeutige Zeichen zu interpretieren. Es gibt jedoch keine wirklich eindeutigen Zeichen. Traumasensibilität beinhaltet daher einen reflektierenden Umgang mit der Uneindeutigkeit und oft das Aushalten von Ungewissheit.

Wichtig ist auch das Wissen um *„unlogische“,* komplexe Traumafolgen. Kinder können so wirken, als wären sie von dramatischen Erlebnissen völlig unberührt geblieben. Das vordergründig *„pflegeleichte“* Kind kann aber u. U. viel mehr leiden als ein Kind, das Reaktionen zeigt und damit auch für Aufmerksamkeit sorgt. Traumafolgen können sich zudem erst Jahre später zeigen, in der Literatur wird hier die Adoleszenz als kritische Phase hervorgehoben (Streeck-Fischer 2006). Zudem hängt die Schwere der Traumatisierung nicht direkt von der Schwere des traumatischen Erlebnisses ab, sondern auch von den Bewältigungsressourcen und den Geschehnissen in der Phase danach. Dies konnten erstmals *Keilson/Sarphathie* (1979) an jüdischen Kriegswaisen in Holland zeigen. Die intuitive Einschätzung von außen im Sinne von *„diesem Kind ist doch etwas Schlimmeres passiert als jenem“,* stimmt daher oft nicht.

Insgesamt gehört zur Traumasensibilität auch die Anerkennung, dass die eigenen Möglichkeiten, einem traumatisierten Kind wirksam zu helfen, begrenzt sind.

Dies hat vor allem mit der erwähnten Destruktivität zu tun: Insbesondere von Menschen hervorgerufene Traumatisierungen, speziell die von nahen Personen, können spätere Beziehungen zu anderen Menschen massiv beeinflussen. Dies gilt insbesondere für helfende Beziehungen, sodass eine zentrale Erkenntnis aus der Traumatologie lautet: Der Helfer bekommt oft die Aggression und Wut zu spüren, die eigentlich dem Täter gilt. Idealerweise kann dies in intensiver mühevoller therapeutischer Arbeit erkannt und bearbeitet werden, in vielen helfenden Beziehungen führt es jedoch zu Frustration und Beziehungsabbrüchen.

Ein weiteres Risiko bilden eigene unverarbeitete traumatische Erfahrungen von Erwachsenen. Diese Erwachsenen können entweder besonders sensibel wahrnehmen, wenn Kinder traumatisiert sind, sie können aber auch dazu tendieren, Zeichen überzuinterpretieren und etwa Missbrauch da zu sehen, wo keiner ist. Wegen der hohen Suggestibilität von Kindern kann diese vermeintliche Sensibilität großen Schaden anrichten. Daher sind die erwähnten Reflexionsräume die wohl wichtigste strukturelle Voraussetzung für Traumasensibilität.

Diese Grenzen der normalen Fachpraxis verweisen einerseits auf die bislang nur unzureichend vorhandenen interdisziplinären und -professionellen Angebote, in denen sich stabile pädagogische Settings und therapeutische Unterstützung gegenseitig ergänzen. Zum anderen wird erheblicher Weiterbildungs- und Beratungsbedarf aufseiten der Fachkräfte sichtbar.

20 Eine Zwischenbilanz

Versucht man die Ergebnisse des Durchganges durch die Handlungsfelder der Kinder- und Jugendhilfe hinsichtlich ihrer Leistungen im Bereich gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in einem ersten Schritt zu bilanzieren, dann lassen sich aus der Sicht der Kommission derzeit die folgenden Aspekte hervorheben.

20.1 Vielfältige Projektpraxis

Während der 11. Kinder- und Jugendbericht noch forderte, dass „die Förderung der Gesundheit aller Kinder und Jugendlichen in dem Sinne eine Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe werden muss, dass sie die Prävention verstärkt, gesundheitsbewusste Lebensweisen fördert und die Nutzung individueller und kollektiver Ressourcen unterstützt“ (Deutscher Bundestag 2002, S. 49), kann heute festgehalten werden, dass in allen Handlungsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe – wenn auch mit erkennbaren Unterschieden – das Thema auf der Tagesordnung steht und an vielen Stellen bereits mit der Umsetzung begonnen wurde. Der Gang durch die Praxisfelder offenbart eine breite Projektpraxis mit einem deutlichen Schwerpunkt im Bereich der Kindertagesbetreuung.

Es gibt erkennbare Schwerpunkte im Bereich gesundheitlicher Präventionsprojekte, wobei aufseiten der allgemeinen bildenden Angebote die Themenkomplexe Bewegung, Ernährung und Körpererfahrung besonders häufig aufgegriffen werden. Auch aufseiten der eher helfenden, unterstützenden und fördernden Angebote für bestimmte Zielgruppen dominieren präventive Ansätze.

Soweit explizit Gesundheitsförderung bereits betrieben wird oder in Zukunft verstärkt werden soll, wird dafür der Settingansatz als Kernstrategie präferiert. So werden z. B. im Setting der stationären Jugendhilfe Sozial- und Anti-Gewalttrainings für Jugendliche angeboten. In anderen Verbänden wird Gesundheit vor allem in Verbindung mit Schwerpunkten wie etwa Frühe Hilfen, Armut bzw. Chancengleichheit oder in Verbindung mit Migration thematisiert.

Der weit überwiegende Teil der Angebote ist projektförmig, d. h. zeitlich befristet organisiert. Nur in wenigen Fällen, vorwiegend im Bereich der Kindergärten, sind die expliziten Angebote in die Regelstruktur der Einrichtungen integriert. In den anderen Fällen kann man sich des Eindrucks kaum erwehren, den *Sting* in ähnlicher Weise für die Schulen beschreibt: „Aktivitäten zur Gesundheitsförderung bewahren in der Regel den Status des Besonderen, Außeralltäglichen und Zusätzlichen“ (Sting 2008, S. 290).

Im Hinblick auf die Schule erklärt *Sting* diesen ergänzenden Status wie folgt: „Aus Sicht der Schule sind Familie und Alltag Orte der gesundheitlichen Reproduktion. Sie geht bisher weitgehend unterhinterfragt davon aus, dass in der Privatsphäre eine Wiederherstellung der physischen, psychischen und sozialen Leistungsfähigkeit stattfindet“ (Sting 2008, S. 290). Zu weiten Teilen gilt dies bislang auch für die Kinder- und Jugendhilfe mit Aus-

nahme der stationären Angebote. Wer krank ist, bleibt zu Hause.

Der Status des Außeralltäglichen wird auch an dem Umstand sichtbar, dass die jeweiligen Projekte nur selten aufeinander Bezug nehmen, häufig versäult umgesetzt werden und in keinem für die angesprochenen Kinder und Jugendlichen sinnhaften Zusammenhang stehen. Mitunter nimmt dies fast schon groteske Züge an. Da werden in Einrichtungen in der einen Woche Projekte gegen Bewegungsarmut initiiert, und vier Wochen später werden Übungen zum sozialen Lernen in der Gruppe und zu Formen friedlicher Konfliktlösung angeboten – so als habe nicht beides etwas mit Körpererfahrung, Lebenskohärenz und Wohlbefinden zu tun.

Überwunden werden kann diese Haltung nur, wenn Gesundheit und Wohlbefinden nicht mehr nur als Voraussetzung, sondern als Ziel und als ein alle Aspekte menschlichen Daseins tangierendes Thema fachlichen Handelns in der Kinder- und Jugendhilfe wie auch in der Schule sowie allen Institutionen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, begriffen wird (ebd.).

20.2 Konzeptionelle Unschärfen

Lässt man die verschiedenen Ansätze und Konzepte gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe vor seinem geistigen Auge Revue passieren, fällt als Erstes die Vielfalt, aber auch die Heterogenität der Verwendung der Begriffe und Konzepte auf. Konzepte wie Prävention, Gesundheitserziehung, Gesundheitspädagogik, Gesundheitsbildung, Gesundheitsförderung, Gesundheitsaufklärung, Gesundheitsberatung, Gesundheitsarbeit und ihre Verwandten werden höchst unterschiedlich verwendet, mit anderen Begriffen kombiniert, zum Teil gegeneinander abgegrenzt, zum Teil aber auch als Synonyme verwendet. Während z. B. im Teil A (Kap. 3) dieses Berichtes der Versuch unternommen wurde, die konzeptionellen Unterschiede zwischen einem präventiven Zugang und einem gesundheitsfördernden Zugang deutlich zu machen, muss man in der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe damit rechnen, dass unter der Überschrift Gesundheitsförderung klassische Strategien der Prävention zum Einsatz kommen. Analog dazu wird zwar zunehmend häufiger auf die *Ottawa-Charta* Bezug genommen; in vielen Projekten orientiert man sich aber nach wie vor an einem engen medizinischen Krankheitsverständnis und richtet daran die eigenen Präventionsbemühungen aus.

Nicht gerade erleichtert wird die Übersicht über Ansätze und Konzepte im Bereich gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe dadurch, dass sowohl an der Schnittstelle von Gesundheits- und Erziehungswissenschaft bzw. Sozialpädagogik als auch innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe eine kontroverse Debatte um das pädagogische Selbstverständnis geführt wird. Dabei wird zwar weitgehend akzeptiert, dass der Kompetenzerwerb von Kindern und Jugendlichen im Bereich Gesundheit von Erwachsenen durch entsprechend gestaltete Arrangements und Settings angeregt, unterstützt und begleitet werden kann und sollte. Wie aber diese Prozesse des Kompetenzerwerbs angemessen zu beschreiben sind, als Sozialisation, als Lernen, als Erziehung, als pädagogischer Prozess, als Bildung oder eben als Kompetenzerwerb – darüber wird kontrovers diskutiert.[196] Vor diesem Hintergrund sind die begrifflichen Unschärfen in der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe auf der einen Seite Ausdruck einer bislang erst in vorsichtigen Ansätzen erkennbaren internen Fachdiskussion, die dringend einer breiteren Verankerung bedarf. Auf der anderen Seite sind sie aber getreues Spiegelbild einer uneinheitlichen Diskussionslage innerhalb und zwischen den beteiligten wissenschaftlichen Fachdisziplinen.[197] Neben den fast schon traditionellen Kontroversen um den Erziehungs- und Bildungsbegriff spielen das jeweilige Theorie-Praxis-Verständnis, das Verhältnis der pädagogischen Praxis zu den von der Medizin ausgewiesenen Risikofaktoren und das jeweils zugrunde liegende Verständnis von Gesundheit eine zentrale Rolle.[198] Für die Kinder- und Jugendhilfe bedeutet diese Konstellation eine doppelte Herausforderung: Einerseits kann sie die ungeklärten disziplinären Fragen nicht stellvertretend beantworten. Andererseits benötigt sie für ihre Praxis sachgerechte begriffliche Rahmenkonzepte, um die eigenen Leistungen besser sichtbar zu machen und sich mit den anderen Akteuren im Feld verständigen zu können.

20.3 Formen von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe

Neben den begrifflichen Unschärfen macht es die Vielfalt der Angebotsformen und der Kontexte der Umsetzung schwer, für die Kinder- und Jugendhilfe eindeutige Tendenzen im Bereich gesundheitsbezogene Prävention und

---

[196] Siehe hierzu auch die jüngere Debatte in der Kinder- und Jugendhilfe zum Bildungsbegriff unter dem Motto „Bildung ist mehr als Schule“ (vgl. Münchmeier/Otto/Rabe-Kleberg 2002; Bundesjugendkuratorium/Sachverständigenkommission 11. Kinder- und Jugendbericht/AGJ 2002; Otto/Rauschenbach 2004) sowie die Ausführungen im 12. Kinder- und Jugendbericht (Deutscher Bundestag 2005b, S. 80 bis 101). Mit Bildung werden im 12. Kinder- und Jugendbericht die aktiven, koproduktiven, selbstständigen und im Ergebnis offenen Aneignungsprozesse der Subjekte bezeichnet. In der Diskussion wird dieses Verständnis gerne dem Erziehungsbegriff gegenübergestellt, mit dem dann Bilder von Kindern und Jugendlichen als weitgehend passive „Nürnberger Trichter“ bzw. Objekte von intentionalen Erziehungstechnologien und Didaktiken der Erwachsenen verknüpft werden; zur Unterscheidung zwischen Betreuung, Erziehung, Bildung siehe auch Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen 2008, S. 8 ff..

[197] Die Heterogenität der Fachdiskussion wird deutlich, wenn man z. B. die Arbeiten von *Wulfhorst* (2002), *Homfeldt* (1999) und die Beiträge in *Homfeldt u. a.* (2002) nebeneinanderstellt.

[198] Derartige Kontroversen um Begriffe und Verständnisse von Begriffen sind nicht nur akademischer Art. Dahinter stehen unterschiedliche konzeptionelle Überzeugungen. In der Praxis sind damit jeweils sehr heterogene Ansätze und Strategien verbunden, die sich nicht zuletzt in der Benennung von Institutionen widerspiegeln. Ein sehr illustratives und historisch informatives Beispiel in diesem Zusammenhang stellt die heutige Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) (www.bvpraevention.de) dar. Gegründet 1954 als „Bundesausschuss für gesundheitliche Volksbelehrung“, 1969 umbenannt in „Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung“ und 1992 in „Bundesvereinigung für Gesundheit“ werden seit 1997 strategisch die Aspekte Prävention und Gesundheitsförderung in den Vordergrund gerückt.

Gesundheitsförderung zu beschreiben. Versucht man trotz dieser Heterogenität das Feld ein wenig zu sortieren, kann man feststellen, dass man in der Kinder- und Jugendhilfe trotz aller Unterschiede im Detail immer wieder auf vier Formen expliziter gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung trifft. Diese vier Formen, Information und Aufklärung, gesundheitspädagogische Projekte und Aktionen, gesundeitspädagogische Prävention sowie eingebettete Gesundheitsförderung, sind nicht ganz trennscharf, und sie werden in der Praxis immer wieder kombiniert werden.

20.3.1 Information und Aufklärung

Die typischen Materialien dieser Strategie in der Kinder- und Jugendhilfe sind der zielgruppenbezogene Flyer, die Broschüre, gelegentlich auch ein Film und altersgerechte wie einrichtungsbezogene Praxismaterialien. Jenseits der Kinder- und Jugendhilfe wären noch öffentliche Kampagnen, z. B. in Form von Plakataktionen oder Spots im Fernsehen, zu nennen. Im Kern zielt diese Strategie auf die allgemeine Vermittlung von Informationen, den Erwerb von Wissen und die frühzeitige Sensibilisierung für Problemdynamiken (z. B. schleichende Drogenabhängigkeit). Die Informationen sind zielgruppenbezogen und nicht, wie z. B. in der adressatenbezogenen Beratung, individuell auf das einzelne Kind, den Jugendlichen oder die Eltern ausgerichtet. Zielgruppen können dabei alle Kinder, Jugendlichen und ihre Eltern bzw. ausgewählte Gruppen davon sein, aber auch Fachkräfte in allen Feldern der Kinder- und Jugendhilfe einschließlich der Jugendämter. Man geht davon aus, dass die Materialien zunächst gleichsam für sich informativ und motivierend sind und nicht unbedingt der Begegnung bzw. des Gespräches zwischen Adressatinnen und Adressaten und Fachkräften bzw. Personensorgeberechtigten bedürfen – was nicht ausschließt, dass viele Materialien vorrangig der Ansprache dienen und darauf setzen, dass sich aus ihnen Interesse an weiteren Informationen, an Beratung oder Hilfe ergibt.

Themen der Materialien sind üblicherweise Informationen zu gesundheitlichen Risiken, Hinweise zu Möglichkeiten ihrer Vermeidung, Anregungen für gesundheitsförderliche Verhaltensweisen und Einstellungen, Checklisten zur Selbstüberprüfung und Sensibilisierung sowie Tipps für weiterführende Informationsquellen, Beratungsangebote und Hilfeinstanzen.

Die bekannteste und wichtigste Quelle für derartige Materialien in Deutschland ist die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).[199] Untergliedert nach verschiedenen Themenbereichen (u. a. Aidsprävention, Sexualaufklärung und Familienplanung, frühe Hilfen, Suchtprävention, Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung, Kinder- und Jugendgesundheit, Gesundheit und Schule) bietet sie zielgruppenbezogen eine Fülle von Materialien und Medien zu unterschiedlichen Themen sowohl für Fachkräfte und Eltern als auch zur Weitergabe an Kinder und Jugendliche an. Zum Teil sind die Broschüren außer in Deutsch auch in Türkisch und Russisch verfügbar. Die meisten Materialien können über das Internet heruntergeladen werden und werden – je nach Bedarf – in zahlreichen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe genutzt.

In der Kinder- und Jugendhilfe werden aber nicht nur die Materialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung verwendet, sondern in vielen Feldern erstellen freie Träger sowohl für ihre eigenen Angebote als auch für öffentliche Aktionen eigene Materialien. Darüber hinaus bieten zahlreiche Krankenkassen immer wieder Materialien an, die auch in der Kinder- und Jugendhilfe Verwendung finden bzw. die zum Teil speziell für den Einsatz in der Kinder- und Jugendhilfe konzipiert sind.

Sofern die Informations- und Aufklärungskampagnen evaluiert sind, machen die Ergebnisse deutlich, dass die Erwartungen an sie nicht zu hoch gesteckt werden sollten. Als eine Form der Informationsvermittlung und der Erzeugung von Aufmerksamkeiten haben sie, wenn sie alters- und zielgruppengerecht angelegt worden sind, einen wichtigen Stellenwert, und dies vor allem in jenen Konstellationen, in denen sie andere personenbezogene Angebote ergänzen. Nicht erwarten darf man von ihnen, dass sie zu einer Veränderung von Verhaltensweisen aufseiten der Kinder und Jugendlichen führen.

20.3.2 Gesundheitspädagogische Projekte und Aktionen

Gesundheitspädagogische Projekte und Aktionen sind vermutlich die derzeit am häufigsten anzutreffende Form in der Kinder- und Jugendhilfe.[200]

Hinsichtlich der Anliegen dieser Projekte lässt sich ein breites Spektrum beobachten. Zu einem nicht geringen Teil resultieren sie aus medizinischen Defizit- bzw. Risikodiagnosen wie z. B. Bewegungsarmut oder Essstörungen. Sofern sie nicht im engen Sinne präventiv angelegt sind, zielen sie auf Angebote, die frühzeitig den Erwerb von Schutzfaktoren und entsprechenden Kompetenzen fördern bzw. entsprechende Bildungsprozesse anregen sollen. Bei anderen Angeboten spielt die medizinische Sicht keine Rolle. Stattdessen dominieren traditionelle pädagogische Themen wie Persönlichkeitsbildung, Identitätsentwicklung, Befähigung, Geschlechtergerechtigkeit, Beteiligung.

Ein zentrales Kennzeichen dieses Typs von Angeboten ist seine Projektförmigkeit. Es handelt sich meist um zeitlich und thematisch begrenzte Aktionen, die sich mehr oder weniger deutlich vom Alltag abheben. Durchgeführt werden die meisten dieser Projekte vonseiten der jeweiligen

[199] Vgl. www.bzga.de.

[200] Im Horizont der oben dargestellten Debatten um die angemessene Begrifflichkeit stellt die Verwendung des Adjektivs „gesundheitspädagogisch“ einen pragmatischen Lösungsversuch dar. Sie verweist darauf, dass die Angebote und Maßnahmen pädagogisch angelegt sind, d. h. letztendlich ausgelegt auf gesundheitsbezogenes Lernen, auf Kompetenzzuwachs und Bildung aufseiten der Adressatinnen und Adressaten auf der Basis entsprechend gestalteter Interaktionen und Settings.

Fachkräfte, die dafür entweder kurz geschult wurden oder das Projekt auf der Basis ihrer verfügbaren Kompetenzen umsetzen. Es ist deshalb ein wichtiges Qualitätsmerkmal der Projektkonzepte, dass sie auf die fachlichen und institutionellen Voraussetzungen in dem jeweiligen Praxisfeld Bezug nehmen und die Hürden zur Umsetzung nicht zu hoch hängen. Eher selten, sieht man einmal von Fortbildungen ab, erfolgt die Hinzuziehung externer Expertinnen und Experten.

Soweit zu sehen, sind die meisten der Projekte anlassbezogen angelegt. Sei es, dass die Fachkräfte vor Ort mit spezifischen Problemkonstellationen (wie z. B. Drogengefährdung) konfrontiert sind oder davon erfahren, sei es, dass Eltern entsprechende Anregungen in die Einrichtung hineintragen, sei es, dass die öffentlichen und fachlichen Debatten entsprechende Angebote (z. B. zu Ernährung und Bewegung) fordern. Eine Ausnahme hierzu stellt in gewisser Weise die Kindertagesbetreuung dar, weil die Bildungspläne der Länder mittlerweile entsprechende, weitgehend verbindliche Vorgaben enthalten (vgl. Friederich 2008; Kap. 16.2.2).

Nicht selten hat die Projektförmigkeit eine Entsprechung in der zeitlich befristeten Finanzierung, die häufig vonseiten der Krankenkassen ermöglicht wird. Ein Beispiel der Förderung derartiger Mikroprojekte stellt z. B. das Programm „*Gesunde Kita*“ dar. Im Rahmen dieses Programms werden auf Antrag Förderbeträge von bis zu 5 000 Euro bereitgestellt: „Ziel dabei ist es, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten. Die Techniker Krankenkasse (TK) möchte Kindertagesstätten dabei unterstützen, die Situation für Kinder, Erzieher und Eltern so zu gestalten, dass eine gesunde Lebens- und Arbeitsweise möglich ist.“[201]

20.3.3 Gesundheitsbezogene Prävention

Würde man streng systematisch argumentieren, müsste man wesentliche Teile gesundheitsbezogener Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe als eine Variante der gerade dargestellten gesundheitspädagogischen Projekte und Aktionen begreifen. Der Unterschied liegt im Detail. Als gesundheitsbezogene Prävention werden hier alle Programme und Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe bezeichnet, die gezielt mit pädagogischen Mitteln, nachvollziehbar und begründet die Vermeidung bzw. Abmilderung gesundheitlicher Belastungen bzw. gesundheitlicher Risiko- und Gefährdungslagen im Kindes- und Jugendalter anstreben. Ihre Ausgangspunkte sind immer relativ eindeutige, identifizierbare, medizinisch definierte Risikokonstellationen wie z. B. Suchtverhalten, Essstörungen, Bewegungsarmut.

Analog der im Teil A, in Kapitel 3.1.1 eingeführten Unterscheidung von Verhaltens- und Verhältnisprävention lassen sich dabei zwei Typen ausmachen: Der größte Teil der in der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe eingesetzten gesundheitsbezogenen Präventionsstrategien bezieht sich auf – wie auch immer definierte und mehr oder weniger präzise beschriebene – Zielgruppen von Kindern und Jugendlichen bzw. ggf. einzelne Kinder und Jugendliche. Typische Beispiele hierfür sind Trainingsprogramme aller Art. Der zweite Typus strebt die Entschärfung von Gefährdungslagen und problematischen Gelegenheitsstrukturen an. Diese Zugänge orientieren sich an den situativen Rahmenbedingungen und sind erkennbar sozialraum- bzw. settingbezogen.

20.3.4 Eingebettete Gesundheitsförderung

Mit „eingebetteter Gesundheitsförderung“ werden hier alle Formen der Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe bezeichnet, die in die pädagogische Praxis als gleichsam selbstverständliche und alltägliche Momente eingebettet, also gerade nicht projektförmig organisiert sind. Im Gegensatz zu gezielten und explizit etablierten Präventionsprojekten, eigens implementierten gesundheitsbezogenen Erziehungs- und Bildungsbemühungen bzw. Aufklärungs- und Informationsanstrengungen ist diese Form dadurch gekennzeichnet, dass Gesundheitsförderung in dem in Teil A, Kapitel 3.1.1 dargestellten erweiterten Sinne sich als konstitutiv für die jeweilige pädagogische Praxis erweist. Dies kann vielfältige Formen annehmen.

Derartige Formen der Gesundheitsförderung sind überall dort leicht aufzufinden, wo die Praxis in dieser Weise angelegt und beschrieben worden ist. Ein Beispiel hierfür sind Ansätze, die das Konzept der Salutogenese bzw. der Kohärenz zu leitenden Prinzipien der Arbeit, z. B. in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung machen wollen. So wurde analog den Bemühungen um eine „gesunde Schule“ (vgl. Paulus 2008) in Brandenburg ein Netzwerk „*gesunde-kita*“ gegründet (vgl. http://www.gesunde-kita.net/index_karte.htm). Kindertageseinrichtungen werden hier als Settings der Gesundheitserziehung[202] verstanden. Zweck des Netzwerkes ist es, „nach Wegen im Zusammenwirken von Erzieherinnen und Erziehern und Eltern (zu suchen), Kinder vom Kleinstkindalter an natürlich und gesund, selbstbewusst, selbst- und sozialverantwortlich aufwachsen zu lassen“. Im Anschluss an Zimmer (2002) werden dabei drei Aspekte besonders herausgehoben: „(a) Stärkung der körperlichen Gesundheitsressourcen durch Bewegungsförderung und gesunde Ernährung. (b) Personale Gesundheitsressourcen, wie z. B. ein positives Selbstkonzept und Selbstvertrauen. (c) Soziale Gesundheitsressourcen, wie z. B. Akzeptanz und Unterstützung in der sozialen Bezugsgruppe“ (vgl. http://www.gesunde-kita.net/index_konzept.htm).

Für die meisten der Angebote und Konzepte gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe, vor allem jene, die sich den ers-

[201] Zitat aus dem Programmflyer:Verfügbar über: https://www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de/02__lust__aufs__leben/02__familie__und__kinder/12-gesunde-lebenswelten/02__gesunde__kita/downloads/flyer-gesunde-kita__pdf,property=Data.pdf, 13. Oktober 2008

[202] Im Übrigen kann man die Konzeption des Netzwerkes und die starke Betonung der Gesundheits*erziehung* als ein weiteres Beispiel für die begrifflichen Unschärfen im Feld nehmen. Liest man das Konzept des Netzwerkes, läge es nahe, von Kindertagesstätten als Settings der Gesundheitsförderung zu sprechen.

ten drei Formen zuordnen lassen, ist charakteristisch, dass sie über vergleichsweise klare Vorstellungen von Gesundheit und zu vermeidenden Belastungen bzw. Krankheiten verfügen. In vielen Fällen knüpfen sie an aktuelle medizinische Problemanzeigen an bzw. übernehmen medizinisch fundierte Empfehlungen hinsichtlich einer gesunden Lebensführung, um dann in der eigenen pädagogischen Praxis entsprechende Beiträge zu leisten. Realiter erfolgt also ein Import von medizinisch definierten Handlungszielen, die mit den pädagogischen Mitteln des jeweiligen Praxisfeldes unterstützt werden sollen.

Diesen Import medizinisch definierter Ziele und die sich daran orientierende erzieherische, pädagogische und bildende Praxis hat Stroß vor kurzem als Formen der *Gesundheitspädagogik erster Ordnung* bezeichnet. Diese verfügt über eine lange Tradition mit wechselnden Themen: „Wurden die „Heranwachsenden“ in den Volksschullesebüchern des 18. und 19. Jahrhunderts etwa vor den gesundheitlichen Schäden durch Müßiggang und „Lasterhaftigkeit“ gewarnt und gerieten sie im sogenannten *Nervösen Zeitalter* – um 1900 – beispielsweise wegen körperlicher Erkrankungen bis hin zur Suizidgefährdung durch schulische „Überbürdung“ in den Blick, so richteten sich die normierenden Ratschläge in den 60er und den frühen 70er Jahren des 20. Jahrhunderts auf spezifische Verhaltensweisen (wie mangelhaftes Stress-Coping), auf Rauchen, Übergewicht und Bluthochdruck als Risikofaktoren“ (Stroß 2006, S. 34). Auch wenn dieser Blick seit den 80er-Jahren des letzten Jahrhunderts durch die Einbeziehung psychologischer, soziologischer und anderer sozialwissenschaftlicher Disziplinen, die Etablierung einer disziplinübergreifenden Gesundheitswissenschaft, sowie die stärkere Berücksichtigung von Beteiligung, Empowerment und sozialstrukturelle Aspekte erweitert wurde, so blieb doch im Kern zunächst das traditionelle Erziehungsverständnis bestehen: „Damit kann *Gesundheitspädagogik erster Ordnung* als ein – von der Medizin über weite Strecken funktionalisiertes – erziehungswissenschaftlich jedoch kaum reflektiertes, an einem autoritativen Erziehungsverständnis (1950/60er-Jahre) bzw. an Verhaltens- und Lerntheorien (1970er-Jahre) sowie zunehmend an einem partizipatorischen Erziehungsverständnis (seit den 1980er-Jahren) orientiertes, methodisch und inhaltlich noch weitgehend eklektisch, zusammengesetztes Konstrukt verstanden werden, das trotz der Erweiterung der individuums- und gruppenbezogenen Perspektive auf gesundheitsförderliche bzw. -verhindernde Rahmenbedingungen (vgl. auch *Ottawa Charta* 1986) seit den 80er-Jahren des 20. Jahrhunderts wieterhin auf gesundheitserzieherische Maßnahmen erster Ordnung zielt, d. h. auf Gesundheit als normative Vorgabe“ (Stroß 2006, S. 35).

20.4 Implizite Gesundheitsförderung

Für die gerade dargestellten vier Formen von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung ist es kennzeichnend, dass sie sich mehr oder weniger ausdrücklich als präventive bzw. gesundheitsbezogene Angebote verstehen. Die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung wären aber unzureichend beschrieben, wenn man nicht den Blick auf eine weitere Form lenkt, die paradoxerweise gar nicht als eigene Form gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung beschrieben und deshalb als solche zunächst auch nicht sichtbar wird.

Ein Beispiel mag dies verdeutlichen: Man stelle sich eine aktive Jugendgruppe von sechs bis zehn etwa gleichaltrigen Jungen und Mädchen vor, irgendwo im Alter zwischen zwölf und sechzehn Jahren, die viel an Wochenenden und während der Ferien mit dem Zelt gemeinsam unterwegs sind. Es wird ohne große Absprache, gleichsam als Element der Gruppenkultur, auf gesundes Essen geachtet, dass soweit wie möglich selbst gekocht wird. Rauchen und größere Mengen Alkohol, erst recht Drogen, gelten als verpönt, stundenlanges Fernsehen eher als langweilig; wichtig dagegen sind die gemeinsamen Fahrten, die zum Teil monatelang geplant werden. In der Selbstbeschreibung der Gruppe bzw. der Darstellung erfahrener Jugendverbandsvertreter und -vertreterinnen würden vor allem die Bedeutung der Selbstorganisation in der Gruppe, das soziale Lernen in der gleichaltrigen Gemeinschaft und die Erweiterung der alterstypischen Erfahrungsräume betont werden. Ebenso gut könnte man aber auch im Horizont des in Teil A, Kapitel 3 formulierten Gesundheitsverständnisses darauf aufmerksam machen, dass diese Fahrten im hohen Maße *auch* ein Gefühl der Selbstwirksamkeit vermitteln, was alle, die die teilnehmenden Jugendlichen einigermaßen kennen, sofort bestätigen würden. Die mit den Fahrten verbundenen und im schulischen Alltag selten gewordenen Formen des Erlebens des eigenen Körpers erweisen sich als ebenso individuell und biografisch prägend wie die Notwendigkeit, selbst Verantwortung für sich zu übernehmen und immer wieder Abenteuer in ungewohnten Umgebungen heil zu überstehen.

Mit anderen Worten: Weite Bereiche der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe lassen sich ohne großen Aufwand als bislang nicht bewusst wahrgenommene Formen der Gesundheitsförderung bzw. – in anderen Feldern – der gesundheitsbezogenen Prävention begreifen. Dabei handelt es sich nicht nur um gleichsam *implizite, nicht unmittelbar intendierte Nebenwirkungen* einer gelungenen pädagogischen Praxis, sondern in vielen Fällen um konstitutive, aber bislang nicht als solche thematisierte Momente dieser Praxis. Was unter einem pädagogischen Blick als Unterstützung bei der Persönlichkeitsbildung oder Identitätsbildung erscheint, ließe sich unter dem Blickwinkel von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung als wichtiger Beitrag zur Ausbildung von Schutzfaktoren, Resilienz oder unter salutogenetischer Perspektive als konstitutiver Bestandteil von Lebenskohärenz beschreiben.[203]

[203] Dieser Eindruck, dass mit dem Thema Gesundheit eher implizit umgegangen wird, verstärkt sich bei einem Blick in die letzten Jahrgänge der einschlägigen Fachzeitschriften, in denen Beiträge zu Gesundheit, Resilienz und Salutogenese oder „gesunden Lebenswelten“ (Gold/Hertwig 2008) äußerst rar sind, und unter den unmittelbar körperbezogenen Themen Sexual- und Suchtpädagogik noch am häufigsten vor-

20.5 Gesundheitspädagogik zweiter Ordnung

Damit erweitert sich einerseits das Leistungspotenzial der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung erheblich, weil viele Praxisangebote sowohl als pädagogische, bildende Angebote als auch als gesundheitsfördernde Praxis interpretiert werden können. Zugleich verlieren die Angebote jedoch ihre klaren Konturen. Ob es sich vorrangig um bildende Angebote oder um Gesundheitsförderung oder um beides mit jeweiligen Akzentsetzungen handelt, lässt sich abstrakt und von außen kaum mehr entscheiden.

Ob ein Praxisansatz bzw. ein Praxiskonzept es gleichsam verdient, als gesundheitsbezogen präventiv bzw. gesundheitsförderlich bezeichnet zu werden, hängt nicht nur von dem jeweils zugrunde liegenden Begriffs- und Sachverständnis ab, sondern auch, wie die Dinge kontextbezogen in ein Verhältnis gesetzt werden. Das klingt reichlich abstrakt und ist es auf dieser Ebene auch unvermeidlich. Aber ein einfaches Beispiel mag dies vielleicht konkretisieren. Selbst die beste evidenzbasierte Strategie, z. B. zur gesunden Ernährung, verfehlt ihr Ziel, wenn sie nicht eingebettet ist in die Lebenswelt derjenigen, die mit ihr angesprochen werden sollen, und wenn diese Strategie im scharfen Gegensatz zu den sonst üblichen Lebensstilen der Zielgruppe, also z. B. einer bestimmten Gruppe Jugendlicher steht. Weil Gesundheit eben nicht nur das Einhalten bzw. Anstreben einer wie auch immer zustande gekommenen Idealnorm bedeutet, sondern in den unterschiedlichen Milieus – auch in Bezug auf Ernährung – mit ganz heterogenen Vorstellungen verbunden ist, weil zudem Lernen und der Erwerb von Kompetenzen auf unterschiedlichen Wegen erfolgt, mitunter aber sogar ausdrücklich abgelehnt wird, kann eine Strategie in pädagogischen Kontexten nur dann gesundheitsförderlich genannt werden, wenn sie auf derartige Aspekte konzeptionell Rücksicht nimmt und als einen ihrer Ausgangspunkte die entsprechenden Sichtweisen und lebensweltlichen Handlungsmuster der Adressatinnen und Adressaten akzeptiert.

Man kann an dieser Stelle auf den Vorschlag von *Stroß* zurückkommen, die bereits oben mit ihrem Verständnis von Gesundheitspädagogik erster Ordnung zitiert wurde, um dieses Verständnis um eine zweite Reflexionsebene zu erweitern. *Ansätze und Strategien zweiter Ordnung* wissen darum, dass beide Begriffsseiten Gesundheit und Bildung, Gesundheit und Erziehung, Gesundheit und Pädagogik bzw. in welcher Kombination auch immer kontextbezogen geklärt werden müssen. Sie wissen darum, dass auch das Ziel Gesundheit keineswegs so eindeutig leitend ist, wie dies auf den ersten Blick erscheinen mag und wie dies die Orientierung an evidenten Beispielen wie der Vermeidung von Krankheiten, schweren Störungen sowie psychischen, physischen und geistigen Einschränkungen nahelegt. Genau in diesem Sinne formuliert *Stroß* ihr Verständnis von Gesundheitspädagogik zweiter Ordnung: „Gesundheitsbildung zweiter Ordnung versteht sich mithin als kritische Instanz gegenüber Normierungsversuchen, die Gesundheit im Sinne eines festgelegten Erziehungsziels und Erziehung als Technologie, d. h. hier als Mittel zur Erreichung des Ziels Gesundheit auszulegen“ (Stroß 2006, S. 36). Hintergrund dieser Position ist einerseits ein Erziehungsverständnis, das Erziehung als Aufforderung zur Selbsttätigkeit versteht, und andererseits ein Gesundheitsverständnis, das nicht mehr ohne weiteres inhaltlich ausgefüllt werden kann. Wenn man, wie die *WHO-Charta*, davon ausgeht, dass „Gesundheit für ein positives Konzept [steht], das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten“ (vgl. Teil A, Kap. 3.2.1), dann wird damit ein konzeptionell sehr offener Horizont vage umrissen. Man könnte hier auch von einer jeweils „zu füllenden Leerstelle“ sprechen (Stroß 2006, S. 36). Je nach Konstellation und kulturellem, sozialem und ökonomischem Hintergrund bedeutet Gesundheit im konkreten Fall sehr Unterschiedliches, und zudem bedarf es dabei erstens der Konkretisierung, etwa durch Konzepte wie Selbstwirksamkeit, Belastungsbalance, Beteiligungschancen, Befähigung und Verwirklichungschancen. Zweitens ist zu berücksichtigen, dass Gesundheit kein einfach anzustrebender Zustand ist bzw. eine wie auch immer gegebene Existenzform, sondern ein de facto nie vollständig einzulösendes Ideal. Zugleich ist Gesundheit als etwas zu begreifen, das gesellschaftlich in konkreten Handlungsvollzügen definiert, realisiert und inszeniert wird.[204] Gesundheit gibt es nicht als solches, sondern sie wird gesellschaftlich konstruiert bzw. in der Sprache des Konstruktivismus formuliert: Gesundheit ist ein Prozess des *„doing health“*. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Kinder und Jugendliche unter Umständen sehr eigene Vorstellungen über ihre Gesundheit haben, sodass die von dort ausgehenden Deutungen von und Umgangsformen mit Gesundheit in jedem Fall mit zu berücksichtigen sind. In pädagogischen Feldern kommt darüber hinaus drittens die Notwendigkeit dazu, den Gesundheitsbegriff auf die jeweiligen Altersgruppen zu beziehen. Gesundheitsförderung im Kleinstkindalter muss sich – nach allem, was man weiß – vor allem auf die Ausbildung stabiler Bindungen konzentrieren, während im Grundschulalter andere Themen, wie z. B. Selbstwirksamkeit, und im Jugendalter wiederum andere Aspekte, wie z. B. Identitätsentwicklung, im Vordergrund stehen. Die in Teil B dieses Berichtes vorgestellten gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen nehmen diesen Gedanken auf und verstehen sich als ein Angebot an die Fachdiskussion, die mit dem Gesundheitsbegriff einhergehende konzeptionelle Offenheit zu begrenzen und praktisch handhabbar zu machen. Eine solche Herangehensweise steht im Einklang mit dem in der Gesundheitswissenschaft aktuellen Ansatz von *„New Public Health“* (vgl. Teil A, Kap. 3.2.1).

kommen. Auch Suizid wird gelegentlich thematisiert, Körperlichkeit, Körperkult, Körperwahrnehmung, aber auch Bewegung, Ernährung, Essstörungen, Übergewicht dagegen nur vereinzelt. Gelegentlich finden sich auch Beiträge – oder auch Fortbildungsangebote (z. B. Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen IGfH 2008) – zu Hilfen für Kinder psychisch oder suchtkranker Eltern oder zum Umgang mit Kindern, die Gewalt erfahren haben.

[204] Aktuelle Veröffentlichungen um den sogenannten Gesundheitswahn belegen, wie umstritten die jeweiligen Vorstellungen dessen sind, was gerade als gesund gilt (vgl. z. B. Merta 2008; Körner 2008)

Das ersetzt nicht die noch weitgehend fehlende Fachdiskussion in der Kinder- und Jugendhilfe sowie die eingeforderte kritische Instanz im Sinne von *Stroß,* könnte aber ein Beitrag sein, der sich – unter den Bedingungen spätmoderner Gesellschaften und des damit einhergehenden zunehmenden Reflexiv-Werdens aller leitenden Begriffe – öffnenden „Leerstelle“ Gesundheit eine praktisch bewältigbare Form zu geben. Im Hinblick auf die Notwendigkeit, zumindest vorläufig zu klären, worum es im Kern geht, schlägt die Kommission vor, von gesundheitspädagogischen Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe zu sprechen. Man könnte auch von Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe mit pädagogischen bzw., wenn es gut geht, bildenden Mitteln sprechen. Damit soll angezeigt werden, dass Gesundheitsförderung deutlich mehr umfasst, als die Kinder- und Jugendhilfe zu leisten vermag. Mit ihren pädagogischen Angeboten, Arbeitsformen ebenso wie Settings ist bzw. wäre sie aber in der Lage, wichtige Beiträge zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen zu leisten. Inwiefern sie dies tatsächlich tut, hängt ab von dem jeweils zugrunde liegenden Verständnis von Gesundheit und bildender Pädagogik sowie von der reflexiven Rückbeziehung dieser Begriffe auf die jeweiligen fachlichen Bedingungen, fachlichen Herausforderungen – und von den Beteiligten.

20.6 Qualitätsüberprüfung

Was allerdings eine derart verstandene Praxis im Bereich gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung zu leisten vermag, ist derzeit empirisch nur unzureichend zu beschreiben (vgl. auch Röhrle 2008). Nicht nur die zuvor schon erwähnten fehlenden Überblicksdarstellungen und die Projektförmigkeit der meisten Angebote, der fehlende überregionale Erfahrungsaustausch und eine bislang kaum entwickelte Fachdiskussion verhindern gesicherte Aussagen über die Qualität, Wirkung und Nachhaltigkeit dieser Bemühungen. Hinzu kommt, dass im Bereich der externen Evaluation von Konzepten gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung erhebliche Defizite bestehen (vgl. Röhrle 2008). De facto muss man diesen Umstand auch als ein Hindernis für die Kooperation mit dem Gesundheitssystem betrachten, denn dort ist es weitgehend selbstverständlich, dass nicht erprobte Konzepte nicht weiter ernst genommen werden. Gleichzeitig muss aber auch darauf hingewiesen werden, dass die in der Medizin weithin geltenden Standards der (quasi-) experimentellen, möglichst kontextfreien Überprüfung der Wirkung von Konzepten und Wirkstoffen nicht ohne Weiteres in alle Bereiche der Kinder- und Jugendhilfe übertragen werden können. Exemplarisch deutlich wird dies an den heterogenen Kriterien, die z. B. an „*evidence-based*“- bzw. „*good-practice*“-Konzepte angelegt werden (vgl. Teil D, Kap. 16.2.2). Folgt man auch an dieser Stelle dem in diesem Bericht postulierten Prinzip der gleichen Augenhöhe, hat dies zur Konsequenz, dass man sich vor jeder Evaluation kooperativ erbrachter Angebote der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung über die Kriterien und Standards der Bewertung verständigen muss.

Teil E Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen: Empfehlungen für den Beitrag der Kinder- und Jugendhilfe zu gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung

21 Perspektiven auf gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung durch die Kinder- und Jugendhilfe

Die in diesem abschließenden Teil formulierten Empfehlungen und Forderungen an Politik und Fachpraxis orientieren sich einerseits an dem Berichtsauftrag durch die Bundesregierung. Andererseits hatte die Berichtskommission Entscheidungen zu treffen, welchen Themen sie eine besondere fachliche Priorität einräumt und mit welcher gesundheitswissenschaftlichen Perspektive sie ihre Analysen und die aus ihr folgenden Konsequenzen fachlich begründen kann. Berücksichtigt werden mussten bei der Formulierung der Empfehlungen darüber hinaus die gesetzlichen Rahmenbedingungen, die institutionellen Voraussetzungen sowie der Stand der Fachdiskussion der Kinder und Jugendhilfe. Daraus ergaben sich spezifische Möglichkeiten, aber auch Grenzen.

21.1 Der Berichtsauftrag

Thema des vorliegenden Berichtes sind, entsprechend des Berichtsauftrages, Bestrebungen und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in den beiden Bereichen gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Als Begründung dafür wurde kurz erläutert: „Die Bundesregierung will die Rahmenbedingungen für das Aufwachsen der nachfolgenden Generationen verbessern. Dazu gehört auch das soziale, psychische und physische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen. Die bestmögliche Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist ein zentrales Anliegen der Bundesregierung. Hierfür zu sorgen, stehen in der Bundesrepublik unterschiedliche Systeme in der Verantwortung. Die verteilte Verantwortung hat jedoch nicht selten Versorgungseinbrüche an den Übergängen von einem System zum anderen zur Folge. Eine möglichst optimale Gestaltung dieser Übergänge ist daher ein wichtiges Ziel. Der Kinder- und Jugendbericht soll das Spektrum von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung der Kinder- und Jugendhilfe aufarbeiten“ (Berichtsauftrag).

Ausdrücklich sollte sich der Bericht auf alle Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bzw. ihre Familien beziehen. Die Kommission hat diesem Aspekt des Berichtsauftrages – in Anschluss an die *UN-Behindertenrechtskonvention*, aber auch an das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) – durch eine durchgängig inklusive Perspektive Rechnung getragen. Sie geht davon aus, dass Heranwachsende, die von Behinderungen bedroht oder betroffen sind, ebenso wie Kinder und Jugendliche ohne Behinderungen Bedürfnisse und Rechte haben, unter für sie förderlichen Bedingungen aufzuwachsen und in ihrem sozialen, psychischen und physischen Wohlbefinden die bestmögliche Förderung zu erfahren. Nur unter dieser Prämisse ist die Forderung nach Inklusion für Heranwachsende mit Behinderungen zu erfüllen.

21.2 Gesundheitliche Herausforderungen und institutionelle Angebote im Kontext des aktivierenden Sozialstaates

Vergleicht man den Stand der Forschung zu den alterstypischen gesundheitlichen Risiken und Entwicklungsressourcen im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter einerseits (vgl. Teil B) und die Resultate des im Teil D dieses Berichtes unternommenen Versuchs andererseits, die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in den Bereichen gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung zu bilanzieren, werden unvermeidlich Diskrepanzen sichtbar. Allerdings wäre es naiv zu fordern, dass die Kinder- und Jugendhilfe zukünftig für alle im Teil B beschriebenen gesundheitlichen Risiken wie auch Ansatzpunkte für die Förderung von Wohlbefinden entsprechende Angebote vorhalten sollte. Vielmehr stellt sich die Frage, welche Aufgaben vonseiten der Kinder- und Jugendhilfe, und welche vorrangig von anderen Akteuren übernommen werden sollen, also vonseiten des Gesundheitssystems, der Eingliederungshilfen und ggf. vonseiten Dritter, z. B. der Schule, der Berufsausbildung, aber auch der Selbsthilfeinitiativen und anderer Formen bürgerschaftlichen Engagements und schließlich, welche Aufgaben gemeinsam gelöst werden müssen. Und es stellt sich die Frage, welche gesetzlichen, institutionellen sowie fachlichen Kriterien dafür jeweils ausschlaggebend sein könnten. Anders formuliert: Die Frage nach der zukünftigen Passung zwischen Bedarfen unterschiedlicher Art und Angeboten im Bereich gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter bzw. nach den Grenzen und Möglichkeiten der beteiligten Akteure richtet sich nicht nur an die Kinder- und Jugendhilfe, sondern an alle Verantwortlichen in diesem Bereich.

Dabei ist zu bedenken, dass gesundheitsbezogene Herausforderungen bei Heranwachsenden auf der einen Seite definiert werden durch die beteiligten Fachwissenschaften und Professionen, allen voran die Medizin. Auf der anderen Seite kann nicht davon abgesehen werden, dass der jeweilige *sozialpolitische Kontext* großen Einfluss darauf hat, was als Herausforderungen für die Fachpraxis definiert wird und wieweit diese mit passenden Angeboten reagieren kann.

Die Passungsfrage führt deshalb notwendigerweise auch zu jenen sozialpolitischen Prämissen und Arrangements, die die Kinder- und Jugendhilfe und die anderen beteiligten Akteure nicht nur im Bereich gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung aktuell prägen (vgl. auch Schmidt/Kolip 2007). Die in diesem Bericht zugrunde gelegten Konzepte wie Salutogenese, Empowerment, Partizipation, Verwirklichungschancen und Befähigung transportieren nicht nur einen spezifischen Zugang zur Gesundheitsförderung; darüber hinaus enthalten sie ein spezifisches Subjektverständnis (vgl. Ogden 2002). Verstanden wird hier das Subjekt als ein sich selbst steuerndes Individuum, das über die Erfahrung von Kohärenz und Selbstwirksamkeit jenes Maß an Autonomie erwirbt und erlebt, das den normativen Vorstellungen einer aufgeklärten, demokratischen westlichen Gesellschaft ent-

spricht. Befähigung in diesem Zusammenhang bedeutet deshalb, Heranwachsenden jene Ressourcen zu ermöglichen, die zur Erreichung solcher normativer Zielvorstellungen notwendig sind. Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe, aber auch der anderen Akteure, haben entsprechend dieser Vorstellung dann den adäquaten Zuschnitt, wenn sie Heranwachsenden die erforderliche Unterstützung bei der Erreichung dieses Ziels anbieten.

Dieses Leitbild passt einerseits gut in die aktuelle sozialpolitische Landschaft, steht aber andererseits auch in einem gewissen Widerspruch dazu. Hintergrund hierzu sind jene Veränderungsprozesse des Sozialstaates, die als „aktivierende Wende der Sozialpolitik“ beschrieben werden (Lessenich 2008, S. 77). Damit ist einerseits der Abschied von einem „Vorsorgestaat“ (Ewald 1993) gemeint, der beansprucht, Lebensrisiken in einer kollektiven Daseinsvorsorge weitgehend abzusichern. Andererseits ist damit ein neuer Regierungsmodus angesprochen, in dessen Zentrum „der tendenzielle Übergang von der öffentlichen zur privaten Sicherheit, vom kollektiven zum individuellen Risikomanagement, von der Sozialversicherung zur Eigenverantwortung, von der Staatsversorgung zur Selbstsorge (steht)“ (Lessenich 2008, S. 82). Es entsteht eine Politikform, die „nach dem Modell des Anleitens zur Selbststeuerung“ (Saar 2007, S. 38) konstruiert ist. Die beliebte Formel von „*investing in people*“ hat hier ihren systematischen Ort. Diese Politik unterstellt und fördert das „unternehmerische Selbst“ (Bröckling 2007), das sein Leben als eine Abfolge von Projekten sieht und angeht, die mit klugem Ressourceneinsatz optimal organisiert werden müssen. Die Zukunftskommission von Bayern und Sachsen hat dieses neue Bürgerleitbild exemplarisch formuliert: „Das Leitbild der Zukunft ist das Individuum als Unternehmer seiner Arbeitskraft und Daseinsvorsorge“, und das bedeutet für die Autoren: „Diese Einsicht muss geweckt, Eigeninitiative und Selbstverantwortung, also das Unternehmerische in der Gesellschaft, müssen stärker entfaltet werden“ (Kommission für Zukunftsfragen Bayern – Sachsen 2007, S. 36). Das so konzipierte Subjekt ist für seine Gesundheit, für seine Fitness, für seine Passung in die Anforderungen der Wissensgesellschaft selbst zuständig – und auch für sein Scheitern. Nicht selten erlebt sich allerdings das „selbstwirksame“ unternehmerische Selbst als „unternommenes Selbst“ (Freytag 2008).

Ist es dieses Leitbild, dem der Befähigungsansatz eine pädagogisch-sozialpsychologische Gestalt verleihen soll? Bildet dieses Leitbild den Prüfstand für eine gelungene Passung? Kann das gemeint sein, wenn im Anschluss an das Modell der Salutogenese von Widerstandsressourcen die Rede ist oder wenn Verwirklichungschancen thematisiert werden? Ist das Leitbild der Gesundheitsförderung durch Kinder- und Jugendhilfeangebote das einer möglichst permanent optimierten flexiblen Anpassung ihrer Adressatinnen und Adressaten an die Beschleunigungsdynamiken der spätmodernen Gesellschaften? Im Augenblick scheint die politische Programmatik sehr stark von dieser Idee durchdrungen zu sein, denn „keine Lebenslage, keine Lebensphase bleibt von der aktivierungspolitischen Anrufung verschont“ (Lessenich 2008, S. 117).

Die Leitidee des „unternehmerischen Selbst“ hat jedoch nur auf den ersten Blick Ähnlichkeiten mit jener der *Ottawa-Charta*. Diese betont zwar auch die Idee der Selbstsorge und ihre Perspektive der Verantwortungsübernahme für das eigene Leben; sie stellt aber ebenso heraus, dass die Gesellschaft dafür strukturelle Voraussetzungen im Sinne verlässlicher institutioneller Unterstützungssysteme zu schaffen hat. Die *Ottawa-Charta* legt nicht ein Menschenbild des allzeit funktionierenden, mobilen und flexiblen Menschen zugrunde, sondern eher das eines Menschen, der Lebenssouveränität nicht mit einer grenzenlosen Bereitschaft zur Anschmiegsamkeit an die Imperative des Marktes gleichsetzt (vgl. Jehle 2007). In deutlicher Absetzung von einer in vielen Diskursen bestimmend gewordenen unternehmerischen Perspektive betont sie die Bedeutung eines eigenständigen Lebensentwurfs und weiter, dass die dafür notwendigen gesellschaftlichen Gestaltungsspielräume und Ressourcen verfügbar sein müssen. Die Förderung von Identitätsarbeit im Sinne widerständiger Grenzziehungen gegenüber den Zumutungen „neosozialer Gouvernementalität“ (Lessenich 2008, S. 84) kann in diesem Sinne als ein wichtiges Kriterium und als unterstützenswertes Ziel gelingender Gesundheitsförderung bzw. pädagogischer Praxis gesehen werden.

Die Zusammenschau der unterschiedlichen Datenquellen, die im Teil B zusammengefasst wurden, legt die Vermutung nahe, dass ein Teil der benannten Risikolagen in der wachsenden Beschleunigung aller Lebensvollzüge (vgl. auch Rosa 2005) und den nicht ausreichend vorhandenen Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen in der Auseinandersetzung mit diesen Lebensbedingungen begründet sind. Die daraus resultierende mangelnde Balance zwischen Risiken und Bewältigungsressourcen wird dadurch noch unausgeglichener, dass immer mehr gesellschaftliche Erwartungen an Heranwachsende wie Erwachsene adressiert werden, sich dieser Beschleunigung nicht nur anzupassen, sondern auch noch ihre Vorstellungen eines gelungenen Lebens auf diesen normativen Horizont hin auszurichten. Zumindest ein gewisser Teil der nachwachsenden Generation stellt diesen Erwartungen seine eigenen Vorstellungen eines Lebensentwurfs entgegen bzw. koppelt sich, zumindest zeitweise von diesen Erwartungen ab. Darüber hinaus entwickeln zunehmend mehr Heranwachsende, die nicht über adäquate materielle, soziale und bildungsspezifische Ressourcen verfügen, eigenständige Bewältigungsstrategien, die sich von den dominierenden gesellschaftlichen Vorstellungen deutlich unterscheiden können. Häufig wird jedoch die mögliche produktive und kreative Kraft dieser Bewältigungsstrategien von gesellschaftlich-politischen Akteuren (z. B. Kinder- und Jugendhilfe) nicht ausreichend wahrgenommen.

Die zunehmende Erosion traditioneller Lebenskonzepte, die Erfahrung der „Entbettung“ („disembedding“; vgl. Giddens 1995, S. 33ff.), die Notwendigkeit von mehr Eigenverantwortung und Lebensgestaltung haben Menschen in der Gegenwartsgesellschaft viele Möglichkeiten der Selbstgestaltung verschafft. Zugleich ist aber auch das Risiko des Scheiterns gewachsen. Vor allem die oft

nicht ausreichenden psychischen, sozialen und materiellen Ressourcen erhöhen diese Risikolagen. Die gegenwärtige Sozialwelt ist deshalb auch als „flüchtige Moderne“ charakterisiert worden (Bauman 2000), die kaum mehr stabile Bezugspunkte für die individuelle Identitätsarbeit zu bieten hat und den Subjekten eine endlose Suche nach den richtigen Lebensformen abverlangt. Diese Suche kann zu einem „erschöpften Selbst“ führen, das an den hohen Ansprüchen an Selbstverwirklichung und Glück scheitert (Ehrenberg 2004). Eine aktuelle Studie (Summer 2008) hat mehr als 300 Psychotherapieakten reanalysiert und konnte mit dem an *Ehrenberg* geschärften Blick zeigen, dass die ins Ich-Ideal verinnerlichten gesellschaftlichen Leistungs- und Selbstwirklichungsideologien eine destruktive Dynamik auslösen können. Es handelt sich bei Depression also nicht um eine „Krankheit der Freiheit“, wie *Ehrenberg* sie nannte, sondern um die Folgen einer individuellen Verinnerlichung der marktradikalen Freiheitsideologien.

Wenn man den salutogenetischen Begriff der „Widerstandsressourcen“ ernst und wörtlich nimmt, dann gehört zu ihnen auch eine kritisch-reflexive Haltung zu jenen normativen Vorgaben, die dem eigenen Wohlergehen schaden könnten. Prävention und Gesundheitsförderung der Kinder- und Jugendhilfe sollten diese kritisch-reflexive Haltung nicht nur den eigenen Ansprüchen und Programmen zugrunde legen, sondern den Heranwachsenden Kompetenz in diese Richtung zutrauen und sie darin stärken. Statt einer unreflektierten Fitnessperspektive wäre die Stärkung der Selbstsorge und Selbstachtsamkeit als normative Positionierung vorzuziehen. Zugleich müssen die institutionellen Bedingungen der Möglichkeit zu praktizierter Selbstsorge immer mit bedacht werden.

21.3 Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe: Möglichkeiten und Grenzen

Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung, wie sie im Teil A dieses Berichtes vorgestellt wurden, sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Da die Kinder- und Jugendhilfe nur ein Akteur unter anderen ist, ist danach zu fragen, welche besonderen Beiträge sie in diesen beiden Feldern zu leisten vermag und wo ihre Grenzen liegen.

Dabei muss man sich zunächst vergegenwärtigen, dass die Kinder- und Jugendhilfe weder über eigene Geldmittel verfügt, die zu verteilen wären, noch über Rechtsmittel oder andere gesellschaftliche Steuerungsmedien. Vielmehr sind pädagogische Prozesse das vorrangige Medium, mit dessen Hilfe sie ihre Leistungen erbringt, seien es Betreuung, Erziehung, Bildung, Förderung, Unterstützung, Hilfe oder Schutz. Der Beitrag der Kinder- und Jugendhilfe besteht also in der besonderen pädagogischen Unterstützung von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung bei ihren Adressatinnen und Adressaten.

Charakteristisch für pädagogische Verhältnisse sind dabei ihre immanenten Paradoxien und Spannungsverhältnisse. Abgesehen von der grundsätzlichen, spätestens seit Kant bekannten Herausforderung jeder Pädagogik, „wie man die Unterwerfung unter den gesetzlichen Zwang mit der Fähigkeit, sich seiner Freiheit zu bedienen, vereinigen könne“ (Kant 1983, S. 711; Tenorth 2002), kommt pädagogische Praxis nicht darum herum, neben den Anliegen und Erwartungen der älteren Generation bzw. der Gesellschaft die Perspektive der Kinder und Jugendlichen zu einem zentralen Ausgangspunkt ihres Handelns zu machen. Bezogen auf Gesundheit und Krankheit bedeutet dies, dass jede Form der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe die entsprechenden Vorstellungen von Kindern und Jugendlichen berücksichtigen muss. Sie kann sich also in ihrem Handeln nicht einfach von medizinischen Risikodiagnosen und salutogenetischen Befähigungsfaktoren leiten lassen, sondern sie muss diese situativ einbetten und dabei Kinder und Jugendliche als Akteure begreifen und ihre Sichtweisen und Bewältigungsstrategien zum Bezugspunkt ihres Handelns machen.

Darin liegen ihre Chancen, aber auch ihre Grenzen. Zwei Beispiele mögen dies verdeutlichen: Weil viele gesundheitliche Herausforderungen in der Zukunft liegen, stoßen sich entsprechende Präventionsansätze nicht selten an dem ausgeprägten Gegenwartsbezug und den aktuell positiven körperlichen Selbstwahrnehmungen von Kindern und Jugendlichen. Oder um ein anderes Beispiel zu nennen: Weil Risikohandeln und das Austesten von Grenzen des eigenen Körpers und gesellschaftlicher Regeln Formen der alterstypischen Identitätssuche von Jugendlichen darstellen, prallen alle Informationen über die Gefahren etwa von Drogenkonsum oder Alkoholmissbrauch weitgehend ab, solange nicht diese Momente jugendlichen Alltags mit seinen einflussreichen Peer-Kulturen in die pädagogische Praxis einbezogen werden.

Im Hinblick auf Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention bietet das fachliche Profil der Kinder- und Jugendhilfe, neben der bereits erwähnten *Akteursperspektive,* eine Reihe aussichtsreicher Zugänge, die genutzt werden können und sollten. Dazu gehört das *Bemühen um die Niedrigschwelligkeit* vieler Angebote, die Erreichbarkeit, Zugänge, Akzeptanz und gegenseitiges Vertrauen erleichtert. Nicht minder bedeutsam sind die Ansätze, die *Sozialräume* von Kindern und Jugendlichen systematisch zu berücksichtigen. Im Hinblick auf die in diesem Bericht herausgestellte Bedeutung von Selbstwirksamkeitserfahrungen für eine gesundheitsförderliche Sozialisation ist einmal mehr auf *Beteiligung* hinzuweisen, die eine wesentliche Voraussetzung dafür darstellt und zudem ein in der Kinder- und Jugendhilfe weithin anerkannter, wenn auch noch nicht überall wirklich realisierter, Standard ist. Unter dem Vorzeichen von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung gewinnen schließlich Fachstandards wie die *Lebensverlaufsperspektive, Geschlechter- und interkulturelle Sensibilität* und die *Förderung von Inklusion* besondere Bedeutung.

22 Zwölf Leitlinien

Wiederholt wurde in diesem Bericht die Bedeutung des salutogenetischen Blicks als konzeptionellem Rahmen für Ansätze gesundheitsbezogener Prävention und der Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe hervorgehoben. Die Stärkung von Lebenskohärenz und die Ermöglichung von Selbstwirksamkeitserfahrungen bei Heranwachsenden mit dem Ziel von mehr Befähigungsgerechtigkeit werden damit zu zentralen fachlichen Anliegen der Kinder- und Jugendhilfe.

In den folgenden zwölf Leitlinien wird eine Grundhaltung formuliert, die die Basis für die im Anschluss (vgl. Kap. 23) folgenden Empfehlungen dieses Berichtes bildet; zugleich wird damit auch der Versuch unternommen, den salutogenetischen Blick als Fachstandard in der Kinder- und Jugendhilfe zu konkretisieren.

Erste Leitlinie: Stärkung der Lebenssouveränität

Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen zielen auf eine Stärkung der Lebenssouveränität von Heranwachsenden durch die Verminderung bzw. den gekonnten Umgang mit Risiken und eine Förderung von Verwirklichungschancen, Entwicklungs- und Widerstandsressourcen.

Zweite Leitlinie: Gesellschaftsbezug

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogenen Prävention müssen Antworten auf die Fragen beinhalten, in welche Gesellschaft Kinder und Jugendliche hineinwachsen und welche Ressourcen sie benötigen, um sich an dieser Gesellschaft aktiv beteiligen zu können. Sie benötigen also eine zeitdiagnostische Komponente.

Dritte Leitlinie: Lebenswelt- und Kontextbezug

Die Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention der Kinder- und Jugendhilfe sind lebensweltbezogen zu entwickeln. Sie sind an den sozialräumlichen Kontexten der Heranwachsenden zu orientieren. Mädchen und Jungen sollten nicht lediglich als individualisierte Träger von medizinisch diagnostizierten Symptomen wahrgenommen und allein medizinisch bzw. medikamentös behandelt werden.

Vierte Leitlinie: Förderung positiver Entwicklungsbedingungen

Kinder und Jugendliche wachsen in ihrer großen Mehrheit gesund, selbstbewusst und kompetent auf. Sie dürfen nicht unter einer generalisierten Risikoperspektive gesehen werden; notwendig sind vielmehr der Blick auf die positiven Entwicklungsbedingungen der nachwachsenden Generationen und Antworten auf die Frage, wie solche Bedingungen für *alle* Kinder und Jugendlichen gefördert werden können bzw. welcher unterstützender Strukturen und gesellschaftlicher Investitionen es dazu bedarf. Im Wissen, dass sich ein gesundes Leben und Aufwachsen nicht einfach „naturwüchsig“ entwickeln, ist es ratsam, dass im Sinne von „*good governance*“ die schon geleisteten gesellschaftlichen Anstrengungen verdeutlicht und bestehende Errungenschaften gepflegt und ggf. ausgebaut werden.

Fünfte Leitlinie: Befähigungsgerechtigkeit

Es gibt gesellschaftliche Segmente, in denen ein gesundes Aufwachsen bedroht ist, weil in ihnen die erforderlichen Entwicklungs- und Widerstandsressourcen nicht vorhanden sind bzw. nicht an Heranwachsende weitergegeben werden können. Hier ist vor allem die wachsende Armut zu nennen, die in überproportionaler Weise Kinder und Jugendliche betrifft. Die Orientierung am Ziel der Befähigungsgerechtigkeit verpflichtet zu Fördermaßnahmen, die allen Heranwachsenden die Chance zum Erwerb der Entwicklungsressourcen geben, die zu einer selbstbestimmten Lebenspraxis erforderlich sind. Dabei gilt es, aktiv an den vorhandenen Ressourcen gerade sozial benachteiligter Heranwachsender anzuknüpfen, statt diese implizit und explizit zu entwerten.

Sechste Leitlinie: Bildungsgerechtigkeit

Alle verfügbaren Daten belegen einen engen Zusammenhang nicht nur zwischen Einkommensarmut, sondern auch zwischen dem Bildungsgrad von Eltern und ihren Kindern und dem Grad an objektiver und subjektiver Gesundheit. Es gilt daher, allen Kindern und Jugendlichen möglichst früh formelle und informelle Bildungsmöglichkeiten zu eröffnen, um damit sozialer Ungleichheit entgegenzuwirken und gesundheitliche Ressourcen zu stärken.

Siebte Leitlinie: Inklusion

Im Sinne der UN-*Kinderrechtskonvention* (§ 24) haben alle Kinder, unabhängig von ihrem Rechtsstatus, ein Recht „auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit“. Insofern sind alle Maßnahmen an einer Inklusionsperspektive auszurichten, die keine Aussonderung akzeptiert. Inklusionsnotwendigkeiten bestehen vor allem für Kinder, die in Armut aufwachsen, für Heranwachsende mit Migrationshintergrund und für Mädchen und Jungen mit behinderungsbedingten Handlungseinschränkungen. Sprach-, Status- und Segregationsbarrieren sind abzubauen und die Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung sind in allen Planungs- und Entscheidungsprozessen zu berücksichtigen (*disability mainstreaming)*.

Achte Leitlinie: Achtsamer Körperbezug, kommunikativer Weltbezug, reflexiver Bezug

In jedem Lebensalter haben Mädchen und Jungen spezifische Kompetenzen zu erwerben, die für ein gesundes Heranwachsen von zentraler Bedeutung sind und die in ihrer Gesamtheit ihre Handlungsbefähigung ausmachen. Wie in den „gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen“ (vgl. Teil B) ausgeführt, reichen diese von frühem Aufbau von sicheren Bindungen über Autonomiegewinnung, Er-

werb von Sprache und Möglichkeiten kommunikativer Verständigung, Bewegungskompetenz, Beziehungsgestaltung, Welterschließung, Beheimatung im eigenen Körper, Umgang mit Grenzerfahrungen und Identitätsbildung bis hin zu Entscheidungsfähigkeit und Verantwortungsübernahme. Diese gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen, die von Mädchen und Jungen unterschiedlich umgesetzt werden, lassen sich unter drei Perspektiven bündeln, die für die Gesundheitsförderung eine besondere aktuelle Relevanz haben:

– ein achtsamer Körperbezug,

– ein kommunikativer Weltbezug,

– ein reflexiver Bezug auf das eigene Selbst.

Neunte Leitlinie: Lebensverlaufsperspektive

Gesundheitsförderung, die sich an einer Lebensverlaufsperspektive ausrichtet, wird der Förderung altersspezifischer Entwicklungsressourcen in den frühen Lebensphasen besondere Priorität einräumen, um möglichst gute Bedingungen für die weitere Entwicklung zu schaffen. Sie darf trotzdem die späteren Lebensphasen nicht vernachlässigen. Gerade das Schul- und Jugendalter zeigt einen besonderen Förder- und Unterstützungsbedarf im Sinne der Erhöhung von Verwirklichungschancen, um die anstehenden gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen für sich selbst und bezogen auf die gesellschaftlichen Anforderungen befriedigend bewältigen zu können.

Zehnte Leitlinie: Interprofessionelle Vernetzung

Die bestehenden Systeme der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitswesens und der Eingliederungshilfe und Rehabilitation müssen in einer Vernetzung auf kommunaler Ebene weiterentwickelt werden, sodass – bezogen auf die jeweiligen Personen und Gruppen – bedarfsgerechte, passgenaue Förderkonzepte gemeinsam gestaltet und realisiert werden können.

Elfte Leitlinie: Von einer Anbieter- zu einer Akteursperspektive

Notwendig ist ein Paradigmenwechsel von einer Anbieter- zu einer Akteursperspektive. Förderprogramme haben sich an den Bedürfnissen und Handlungsmöglichkeiten von Heranwachsenden und deren Familien auszurichten. In der Konsequenz bedeutet dies eine verbindliche Partizipation der Heranwachsenden und ihrer Familien an den Leistungsangeboten der Kinder- und Jugendhilfe und der anderen Akteure.

Zwölfte Leitlinie: Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Gesundheitsförderung und Prävention bedürfen einer gesellschaftspolitischen Rahmung und Prioritätensetzung. In vielen Konstellationen, in denen Heranwachsende Förderung und Unterstützung benötigen und die in hohem Maße gesundheitsrelevant sind (Sozialpolitik, Armutsbekämpfung, Integration von Migrantinnen und Migranten und Menschen mit Behinderung, Bildung, Ökologie), ist eine integrierte Gesamtpolitik erforderlich. Die Handlungsmächtigkeit der Kinder- und Jugendhilfe, der Eingliederungshilfe und Rehabilitation sowie des Gesundheitssystems sind begrenzt und bedürfen einer gezielten Unterstützung der anderen Politikfelder.

23 Empfehlungen

Die folgenden Empfehlungen richten sich an die Fachpraxis der Kinder- und Jugendhilfe bzw. die beteiligten Akteure an den jeweiligen Schnittstellen einerseits und die Politik auf kommunaler, Landes- und Bundesebene andererseits. Damit formuliert die Kommission im Sinne „nächster Schritte“ die aus ihrer Sicht wichtigsten Herausforderungen in den Bereichen gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung als Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe. Im Aufbau dieser Empfehlungen bildet zunächst (1) die Fachebene der Kinder- und Jugendhilfe den zentralen Fokus, wobei es um die Möglichkeiten und Notwendigkeiten ihrer Beteiligung an einer qualitativen Verbesserung der gesundheitlichen Chancen von Kindern und Jugendlichen geht Eine nachhaltig wirksame Beteiligung der Kinder- und Jugendhilfe an der Gesundheitsförderung ist aber an (2) arbeitsfeldübergreifende Voraussetzungen gebunden, die durch verbindliche Kooperationsformen und Netzwerkbildungen der Systeme der Kinder- und Jugendhilfe, der Gesundheitsversorgung und der Eingliederungshilfe zu schaffen sind. Und schließlich sind auch (3) Herausforderungen an die Politik auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene zu formulieren, ohne die die Kinder- und Jugendhilfe in ihren Leistungen nicht die Wirksamkeit entfalten kann, die für eine Verbesserung gesundheitsbezogener Chancen von Heranwachsenden notwendig ist.

23.1 Kinder- und Jugendhilfe

23.1.1 Gesundheitsförderung als fachlicher Standard

Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen muss ein Ziel fachlichen Handelns in der Kinder- und Jugendhilfe werden. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen darf nicht als Voraussetzung der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe verstanden werden; vielmehr muss die Frage im Mittelpunkt stehen, wie in dem jeweiligen Handlungsfeld, ggf. im Zusammenspiel mit anderen Akteuren, altersgerecht die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gefördert und gesundheitliche Belastungen vermieden werden können. Stärker als bisher bedarf es der Berücksichtigung der gesundheitsbezogenen Folgen von sozioökonomischer und -kultureller Benachteiligung und der Entwicklung entsprechend gegensteuernder Angebote in der Kinder- und Jugendhilfe.

23.1.2 Förderung eines achtsamen Körperbezugs

Achtsamkeit von Mädchen und Jungen gegenüber dem eigenen Körper – wie auch dem Körper anderer – und eine geschlechterdifferenzierende Achtsamkeit der Fachkräfte gegenüber der Körperlichkeit und ihrer Bedeutung

für die individuelle Identitätsentwicklung Heranwachsender müssen deutlicher als bisher Inhalt pädagogischen Handelns in der Kinder- und Jugendhilfe werden. Dies gilt vor allem für Fälle, in denen der Körper Medium von geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Grenzerfahrungen ist, also z. B. von traditionell männlichem Risikoverhalten, Magersucht bei Mädchen oder von beschädigenden Körperinszenierungen. Dies gilt aber ebenso auch für den unauffälligen Alltag. Der Umgang mit dem eigenen Körper sowie bewusste achtsame Körpererfahrungen sind ein wichtiger Aspekt individueller Bildungsprozesse, und dafür sollte Sensibilität gefördert werden.

Aufseiten der Fachpraxis gilt es zu verstehen, dass sich Mädchen und Jungen auch mit Hilfe ihres Körpers im sozialen Feld positionieren. Für die Kinder- und Jugendhilfe ist es eine wichtige Aufgabe, die körperbezogenen Symbolisierungen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in ihren gesellschaftlichen Kontexten zu entziffern. Sie sollte in der Lage sein, diese Symbolisierungen als Zeichen, z. B. von Szenezugehörigkeiten, des Wohlbefindens, aber auch der Belastung oder Überforderung (z. B. im Fall von psychosomatischen Stresssymptomen) zu verstehen und sie in Beziehung mit der sozialen Lage, der Lebensgeschichte und dem sozialen Geschlecht zu setzen. Daraus sollten entsprechende Angebote resultieren, um diese Zeichen und Symbolisierungen als Ressource für die Ausbildung stabiler Identitäten zu nutzen.

23.1.3 Förderung eines kommunikativen Weltbezugs

Aneignung von Welt und Bildung sind ohne Kommunikation nicht denkbar; Gesundheit und Wohlbefinden hängen eng mit ihrem Gelingen zusammen. Von daher trägt die Förderung der Aneignung von Sprache und Kommunikationskompetenz fundamental zu Gesundheit und Wohlbefinden bei.

In den Angeboten und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sind Mädchen und Jungen und deren Eltern anzutreffen, die eine oder mehrere andere Sprachen sprechen, der deutschen jedoch noch nicht hinreichend mächtig sind. Diese Mehrsprachigkeit ist als Ressource zu betrachten und als erweiterte Kompetenz beim Lernen einer zusätzlichen Sprache zu berücksichtigen. Förderung von Sprache sollte in den Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe so in den Alltag integriert werden, dass Sprache erlernbar ist als Bestandteil einer sinnhaften Kommunikation, die ihre Entsprechung in den Anforderungen des Alltags erfährt. Das Erlernen von Sprache stellt einen komplexen Vorgang dar, in dem Bedeutungen (vor allem am Beginn des Sprachlernens) auch erfahrbar werden müssen über Mimik und Gestik der Sprechenden und über die Orte, an denen Worte und Begriffe verwendet werden. Eine solche Sprachaneignung fördert Selbstständigkeit, Selbsttätigkeit und einen kommunikativen Weltbezug. Sie ist Sprachkursen vorzuziehen, die wenig Verbindung zum Alltag der Sprachlernenden herstellen.

Die Förderung der Sprache im Alltagsgeschehen ermöglicht es zudem, alle Kinder eines Gruppenverbandes (Kindertagesstätten, Schulen, Freizeitgruppen etc.) einzubeziehen und verhindert so eine Vereinzelung von Kindern in „Risikogruppen“ (im Sinne eines Etikettierungsvorgangs), in denen die sprachlichen Anregungen zudem auf die jeweiligen spezifischen Erfahrungshintergründe eingeschränkt werden.

Sprachentwicklungsförderung sollte so früh wie möglich einsetzen. Kindertagesstätten und Tagespflege stellen wichtige Lernorte für diejenigen Kinder dar, die nicht mit Deutsch als Familiensprache begonnen haben bzw. in ihren Familien zu wenig Sprachförderung erfahren. Voraussetzung dafür sind eine ausreichende Zahl von Plätzen in der Kinderbetreuung sowie eine fachliche Sensibilisierung und kontinuierliche Fortbildung aller beteiligten Fachkräfte und Betreuungspersonen.

23.1.4 Förderung eines reflexiven Bezugs auf das eigene Selbst

Der salutogenetische Ansatz rückt das Kohärenzgefühl im Sinne eines reflexiven Bezugs auf das eigene Selbst als zentrale Bedingung für psychische und körperliche Gesundheit in den Mittelpunkt aller Überlegungen zur Gesundheitsförderung. Als Kohärenzsinn wird ein positives Bild der eigenen Handlungsfähigkeit verstanden, das von der Erwartung bewältigbarer Anforderungen und der Gewissheit der Selbststeuerungsfähigkeit sowie der Gestaltbarkeit der eigenen Lebensbedingungen getragen ist. Der Kohärenzsinn ist zudem durch das Bestreben charakterisiert, den eigenen Erfahrungen einen subjektiven Sinn zu geben und sie mit den eigenen Wünschen und Bedürfnissen in Einklang zu bringen. In der Gewinnung eines reflexiven Bezugs auf das eigene Selbst ist die Erfahrung von äußeren und inneren Grenzen ebenso wichtig wie die Chance, eigene Identitätsgrenzen zu erkunden und zu behaupten. Das Kohärenzgefühl repräsentiert die Überzeugung, eine für sich selbst stimmige Passung zwischen der inneren und äußeren Realität erreicht zu haben. Je weniger es dagegen gelingt, für sich Lebenssinn zu konstruieren, desto weniger besteht die Möglichkeit, sich für oder gegen etwas zu engagieren und Ressourcen zur Realisierung spezifischer Ziele zu mobilisieren.

Die Angebote der Kinder- und Jugendhilfe sollten für Heranwachsende altersadäquate Gelegenheitsstrukturen schaffen, Kohärenzgefühl und Kompetenzen zu erwerben, die widerstandsfähiger gegen psychosoziale Belastungen machen. Junge Menschen sind dadurch auch zu einem achtsamen, selbstreflexiven Umgang mit der eigenen Person zu befähigen, um ihre Entwicklungspotenziale optimal entfalten und ausschöpfen zu können.

23.1.5 Stärkere Berücksichtigung unterschiedlicher Entwicklungspfade und Ressourcen

Gesundheitliche Entwicklung folgt je nach Alter, sozialer Lage, Geschlecht, sozioökonomischem und kulturellem

Hintergrund sowie verfügbaren individuellen und institutionellen, privaten und öffentlichen Ressourcen unterschiedlichen Entwicklungspfaden. In allen Feldern der Kinder- und Jugendhilfe bedarf es einer stärkeren konzeptionellen Orientierung der Strategien zur gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung an diesen Unterschieden. Besondere Bedeutung kommt dabei den – geschlechtsspezifisch zu differenzierenden – Bedingungen des Aufwachsens in Armutslagen, mit Migrationshintergründen und mit Behinderung zu, auf die im Folgenden kurz eingegangen wird.

23.1.5.1 Aufwachsen in Armutslagen

Für sozial benachteiligte Kinder, Jugendliche und ihre Familien ist ein niedrigschwelliger Zugang zu allen Angeboten gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung sicherzustellen. Der Ausbau der öffentlichen Angebote des Erziehungs- und Bildungssystems (z. B. Ganztagsbetreuung bzw. -schulen) ist ebenso notwendig wie die Integration dieser Kinder und Jugendlichen in die Freizeitangebote der Kinder- und Jugendhilfe (z. B. in Form zielgruppenspezifischer Sportangebote).

- Dazu ergänzend sind überall dort Möglichkeiten der Kostenerstattung zu schaffen, wo Kinder und Jugendliche aus finanziellen Gründen von gesundheitsfördernden Angeboten ausgeschlossen sind, z. B. von Angeboten gesundem Mittagessen in Ganztagseinrichtungen, von Sportvereinen oder Ferienerholungsangeboten.

- Weiter sollten kompensatorische Programmansätze erarbeitet werden, die zur Überwindung der gesellschaftlichen Segregation von Kindern und Jugendlichen beitragen, indem die Programmansätze auf ihre Zugangsbarrieren für bestimmte Gruppen überprüft und diese beseitigt werden (so sollten z. B. Ferienangebote wohnortnah und gut erreichbar sein, damit auch benachteiligten Familien oder Familien mit Migrationsgeschichte ihre Nutzung erleichtert wird).

Zur Verbesserung der Erreichbarkeit müssen niedrigschwellige, aufsuchende Dienste zur Unterstützung von Erziehung und Sozialisation der Kinder aus sozial benachteiligten Familien – von der Schwangerschaft bis zur Vorschulerziehung – zum Regelangebot in jedem Jugendamtsbezirk werden.

Angebote gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter müssen darauf abzielen, dass die mit Armut bei Kindern und Jugendlichen einhergehenden gesundheitlichen Belastungen und Einschränkungen nicht als unveränderbare Normalität erfahren werden. Es ist deshalb eine wichtige Aufgabe der Fachpraxis, das Erfahren und Einüben einer gesundheitsbezogenen Lebensführung und der Achtsamkeit gegenüber dem eigenen Körper zu ermöglichen. Zudem ist frühzeitig die Erfahrung von Selbstwirksamkeit zu fördern, um den Folgen von Ausgrenzungs- und Mangelerfahrungen zu begegnen.

23.1.5.2 Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund

Wie viele andere öffentliche, politische und fachliche Debatten läuft auch die Diskussion zum Thema Gesundheit und Migration Gefahr, die Aspekte Migrationshintergrund und Staatsangehörigkeit zu stark zu gewichten und die soziale Lage von Migrantinnen und Migranten zu wenig zu berücksichtigen. Gegenüber dieser Kulturalisierung bzw. Ethnisierung der gesundheitlichen Belastungen von Heranwachsenden mit Migrationshintergrund muss betont werden, dass bei der zweiten und dritten Generation die Migrationsgeschichte zunehmend hinter die soziale Ungleichheit zurücktritt.[205] Gerade im Hinblick auf die Weiterentwicklung differenzierter, bedarfsgerechter Ansätze gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe muss diese Einsicht stärker als bisher orientierend wirken.

Notwendig ist eine Perspektive auf Heranwachsende mit Migrationshintergründen, die sich von der Annahme löst, dass sie spezifische Identitätsprobleme haben müssten, da ihre bi- oder multikulturellen Bezugssysteme automatisch zu einem Hindernis würden. Erst in jüngerer Zeit wird anerkannt, wie sehr Identitätsarbeit unter Bedingungen der Spätmoderne für alle Heranwachsenden der Herstellung eines Patchworks gleicht, so dass „hybride Identitäten“ eher die Regel geworden sind. Die darin enthaltene Mehrfachzugehörigkeit kann eine wichtige Ressource für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sein, bedarf aber der gesellschaftlichen Anerkennung.

Alle Heranwachsenden mit Migrationshintergrund und ihre Familien müssen unabhängig von ihrem Rechtsstatus Zugang zu Angeboten gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung erhalten.

Es bedarf zudem der Verbesserung des Angebots von Dolmetscherdiensten, vor allem für den Bereich der Frühförderstellen, Kindertagesstätten, Schulen, beruflichen Bildungseinrichtungen sowie für Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe wie Allgemeiner Sozialer Dienst, Elternberatung oder Hilfeplanung. Über diese „Brücke“ könnten für die betroffenen Familien, Jugendlichen und jungen Erwachsenen auch die Zugänge in das Gesundheitssystem und die Eingliederungshilfe erleichtert bzw. in vielen Fällen überhaupt erst eröffnet werden.

23.1.5.3 Kinder und Jugendliche mit Behinderungen

Angebote der Kinder- und Jugendhilfe können am ehesten dann auf die individuellen Fördernotwendigkeiten von Kindern und Jugendlichen, die mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen, Ressourcen und Lebensstilen aufwachsen, abgestimmt werden, wenn die Heranwachsenden als Experten in eigener Sache gesehen und sie bzw. ihre Familien und Interessenvertretungen vor Ort in alle sie unmittelbar oder mittelbar betreffenden Planungen und deren Umsetzung einbezogen werden. Dabei ist ins-

[205] Vgl. auch Bundesjugendkuratorium 2008.

besondere ihre Kompetenz zur Selbsthilfe wertzuschätzen. Als Leitprinzip hat die „Barrierefreiheit“ in einem umfassenden Sinn zu gelten.

Die besonderen Kompetenzen von Familien mit behinderten Kindern müssen respektiert und ihre Expertise für das gesunde Aufwachsen ihrer Kinder als Ressource erschlossen werden, indem ihnen beispielsweise ein besserer Zugang zu den allgemeinen Beratungsangeboten der Kinder- und Jugendhilfe eröffnet wird bzw. sie darin bestärkt werden, Erziehungs- und Familienberatungsstellen als ein Angebot wahrzunehmen, das auch an sie adressiert ist.

Im Bereich der bereits realisierten Kooperationen (insbesondere bei den Angeboten der frühen Förderung bzw. der Frühförderung) müssen Beratung, Begleitung und Unterstützung von Erzieherinnen durch Frühförderinnen im Integrationsgeschehen der Kindertagesstätte finanziert werden; Entsprechendes gilt für Mehraufwendungen für die Begleitung von Heranwachsenden mit Behinderungen in Bildungseinrichtungen oder auch in Freizeitangebote.

Für den pädagogischen Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit (drohender) seelischer Behinderung in den Erziehungs- und Eingliederungshilfen sind dringend Verbesserungen in der Qualifizierung der Fachkräfte notwendig (vor allem in den Bereichen Traumasensibilität und Traumapädagogik, Umgang mit Bindungsstörungen, systemische Familienarbeit).

23.1.5.4 Kinder von psychisch, sucht- und chronisch erkrankten Eltern oder von Eltern mit Behinderungen sowie Heranwachsende mit behinderten Geschwistern

Die Kinder- und Jugendhilfe muss über ein profundes Wissen um die jeweiligen Kompetenzen und Aufgaben der Erwachsenenpsychiatrie bzw. der Suchthilfe und anderer Bereiche des Gesundheitssystems verfügen. Ebenso müssen diese Disziplinen mit den Kompetenzen und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe vertraut sein. Dieser Informationsaustausch und der Erwerb von Kooperationswissen sollten Gegenstand der jeweiligen kommunalen Kooperations- und Netzwerkarbeit werden. So muss in der Behandlung und Beratung von psychisch oder suchtkranken Eltern regelhaft die Frage gestellt werden, ob sie Kinder haben und ob diese ausreichend betreut werden, um ggf. den Kontakt zur Kinder- und Jugendhilfe herstellen zu können. Die Kinder- und Jugendhilfe sollte ihrerseits in Kliniken und Arztpraxen auf ihre Angebote hinweisen und in Kliniken auch zugehende Angebote machen – auch um den Eltern die Angst vor „dem Jugendamt, das die Kinder wegnimmt“, zu nehmen. Denn diese Angst ist neben mangelnder Information der Eltern ein Grund dafür, dass die Kinder- und Jugendhilfe – zum Nachteil der Kinder – zu wenig in Anspruch genommen wird.

Für die betroffenen Kinder und Jugendlichen sollte es zudem in Kindertagesstätten und Schulen die Möglichkeit geben, sich über Angebote der Kinder- und Jugendhilfe zu informieren, und sie sollten unterstützt werden, sich ggf. auch an die Kinder- und Jugendhilfe zu wenden. Zudem sollten Kindertagesstätten und Schulen altersgerecht für die Kinder und Jugendlichen sowie in der Elternarbeit die Themen „psychische, Sucht- und chronische Erkrankungen und Behinderungen“ aufgreifen, da diese Problemlagen einen hohen und zunehmenden Verbreitungsgrad haben.

Geschwister von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung bedürfen dann der besonderen Aufmerksamkeit der Kinder- und Jugendhilfe, wenn die Gefahr besteht, dass sie aufgrund der verständlichen vorrangigen Sorge der Eltern für das behinderte Geschwisterkind vernachlässigt oder überfordert werden.

23.1.6 Kindheit bis 12 Jahren: Erziehungspartnerschaften, frühe Förderung und Herausforderungen der Gesundheitsförderung mit dem Schuleintritt

Die für das weitere Leben so bedeutsame Entwicklung einer sicheren Bindung und eines angemessenen Autonomiestrebens als den zentralen gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen der ersten Lebensjahre erfordert zwingend eine frühe Förderung aller Kinder. Dazu ist es notwendig, dass die unterschiedlichen Formen der psychosozialen Familienbildung und -förderung und der Betreuung, Erziehung und Bildung von Kindern zusammengeführt und stärker aufeinander bezogen werden. So können universell und breit angelegte Angebote für Eltern geschaffen werden, die es ermöglichen, die Beziehungs- und Erziehungskompetenzen der Eltern zu stärken, wobei die Eltern als wichtige Unterstützer der Entwicklung ihrer Kinder und als im Prinzip kompetente Partner der Professionellen anzusprechen sind. Angesichts wachsender Herausforderungen und damit einhergehender Verunsicherungen von Eltern liegen besondere Chancen darin, diejenigen Eltern, die für Unterstützung offen sind, frühzeitig in ihren Erziehungs- und Beziehungskompetenzen zu stärken. Dabei sollte positives Elternverhalten gefördert und möglichen Entwicklungs- und Gesundheitsproblemen ihrer Kinder vorgebeugt werden. Die vielfältigen in Modellprojekten erprobten Angebote der Familienbildung (z. B. *Das Baby verstehen*, *Auf den Anfang kommt es an*, *Wir werden Eltern*, *Opstapje*, *Rucksack*, *HIPPY*, *Elterntalk*) sind möglichst zu einem für alle Familien erreichbaren und zugänglichen Standardangebot zu entwickeln. Modellhaft ist zu erproben, derartige Programme flächendeckend anzubieten. Die aktive Einbeziehung der Eltern und die Nutzung ihrer Selbsthilfepotenziale bzw. des „*helper-principle*“, das in einigen dieser Programme enthalten ist, sind besonders geeignet, auch Familien mit Migrationshintergrund und Prekariatserfahrungen zu erreichen. Das „*Early excellence*“-Konzept oder daran angelehnte Programme wie das der Kindertageszentren liefern sinnvolle Rahmenkonzepte für solche integrativen Gesamtangebote und sollten zu einem verbindlichen Ansatz beim Aufbau von Angeboten der frühen Förderung werden. Der Unterstützungsbedarf von Eltern reicht, da Grenzen zwischen Normalität, Belastung und Entwicklungsgefährdung fließend sind, von Informa-

tionen über die Entwicklung, die Bedürfnisse und das Verhalten von Säuglingen und Kleinkindern über gezielte Unterstützung und Anleitung bis hin zur Prävention von Kindeswohlgefährdung.

Auf diesen Wegen lassen sich auch Familien, in denen Kinder durch (drohende) Misshandlung oder Vernachlässigung gefährdet sind, soweit als möglich verlässlich erreichen. Diese letztgenannte und relativ zur Gesamtbevölkerung kleine Gruppe von hoch belasteten Familien kann auf diese Weise frühzeitig, niedrigschwellig und nicht stigmatisierend angesprochen und ggf. für weitergehende und spezifisch angelegte Hilfen gewonnen werden.

Frühe Förderung und präventiver Kinderschutz bedürfen einer fallbezogenen intelligenten Kombination von wirksamen allgemeinen Angeboten, die sich an alle Familien richten (universelle Förderung), und darauf aufbauender Angebote, die spezifisch auf die jeweils besonderen Problemlagen von Eltern zugeschnitten sind (selektive Förderung für Eltern mit psychischer oder Suchterkrankung, jugendliche und alleinerziehende Mütter etc.).

Die frühe Förderung von Säuglingen und Kleinkindern ist ebenso wie der Kinderschutz eine interdisziplinäre und interprofessionelle Aufgabe, die nicht mit den Kompetenzen einer isolierten Disziplin oder nur einer professionellen bzw. institutionellen Zuständigkeit abgedeckt und gelöst werden kann.

Ziel muss es sein, passgenaue Angebote für die frühe Kindheit vorzuhalten und die bestehenden Angebotsstrukturen zu optimieren und ggf. zu ergänzen. Daher müssen hohe Anforderungen an Kooperation und Vernetzung zwischen Helfern und Hilfesystemen gestellt werden.

Im Bereich der frühen Kindheit ist es insbesondere wichtig, Angebote von Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitssystem und ggf. Frühförderung systematisch miteinander zu koordinieren und auf der Basis bestehender sozialrechtlicher Grundlagen, Leistungsansprüche und vorhandener Angebote bzw. Zuständigkeiten auf Praxistauglichkeit und Wirksamkeit zu prüfen.

Vernetzungsstrukturen sollen ausdrücklich auf bestehenden Regelstrukturen aufbauen und in diese eingebunden werden. In den ersten Lebensmonaten von Säuglingen haben oft nur Professionelle im Gesundheitssystem (das Personal in Geburtskliniken, Hebammen oder Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte) Kontakt zu jungen Eltern. Zuständig für weitergehende Hilfen ebenso wie für die Sicherung des Kindeswohls durch den Schutz von Kindern vor Vernachlässigung und Misshandlung ist jedoch die Kinder- und Jugendhilfe. Hier ist eine enge Kooperation mit geregelten und verlässlichen Absprachen und Verfahrenswegen zwingend. Dies betrifft auf der sozialrechtlichen Ebene die Schnittstelle zwischen dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) für den Gesundheitsbereich und dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) für den Bereich der Kinder- und Jugendhilfe. Für Kinder mit Behinderungen betrifft es die Schnittstelle zum Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) mit den Regelungen zu Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.

In Bezug auf Kinderschutz – der nicht nur für Kleinkinder, sondern für Heranwachsende aller Altersstufen zu gewährleisten ist – sind einzelne punktuelle Maßnahmen wie verpflichtende Früherkennungsuntersuchungen unzureichend. Lokale Netzwerkstrukturen, die etwa über Runde Tische als ein Instrument interdisziplinärer und interprofessioneller Einbindung von Personen und Institutionen organisiert sind, sowie ergänzende kleinere arbeitsfähige Arbeitsgruppen zur Planung und Steuerung scheinen sich zu bewähren. Für einen nachhaltigen und über die frühe Kindheit hinausreichenden Kinderschutz und die dauerhafte Etablierung entsprechender Strukturen ist unbedingt eine administrative und finanzielle Verankerung und Steuerung in der Kommune ebenso wie durch die Länder notwendig. Nur dadurch lassen sich die erforderlichen Netzwerkstrukturen verbindlich auch flächendeckend und nachhaltig etablieren. Erste Beispiele finden sich etwa im Kinderschutzgesetz des Landes Rheinland-Pfalz oder den Förderrichtlinien des Landes Bayern.

Die gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen für das Alter von 3- bis 6 Jahren beziehen sich auf die Bereiche Sprechen, Bewegen und Achtsamkeit bzw. soziales Lernen, die sich in dieser Altersstufe entscheidend ausdifferenzieren. Dabei sind die Entwicklungen in den drei Bereichen eng verknüpft. So ist, wie in Kapitel 6 und 22.1.3 schon deutlich wurde, die Förderung von Sprach- oder anderen Kommunikationsfähigkeiten nicht nur unabdingbar für die Entwicklung eines kommunikativen Weltbezugs, sondern auch für die Ausbildung sozialer Achtsamkeit. Die Förderung der Freude an Bewegung und genussvoller, gesunder Ernährung ist nicht nur notwendig für die Entwicklung eines achtsamen und positiven Körperbezugs (vgl. Kap. 23.1.2), sondern auch für die Entwicklung von Handlungskompetenzen und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen. Die Unterstützung aller Kinder dieses Alters beim Erwerb ausreichender Ressourcen in den genannten Bereichen ist deshalb unverzichtbar, weil sie von großer Bedeutung für die gesamte körperliche, kognitive und psychosoziale Entwicklung im weiteren Lebensverlauf sind.

Mädchen und Jungen im Schulalter stehen vor der Aufgabe, sich ihre Welt anzueignen, sie zu gestalten, Beziehungen einzugehen und sich im System der Schule zu bewähren. Wie die Daten zeigen, steigt die gesundheitliche Belastung der Kinder – und besonders der Jungen – nach dem Schuleintritt an. So haben Ernährungsprobleme, Übergewicht, chronische Erkrankungen wie etwa Allergien sowie psychische Probleme bzw. Verhaltensauffälligkeiten wie Aufmerksamkeits-Defizit-/Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) oder die sogenannten Störungen des Sozialverhaltens einen immer höheren Anteil an schulbezogenen Problemdiagnosen. Hier vollzieht sich eine problematische Entwicklung an der Schnittstelle von alltäglicher und schulischer Lebenswelt, die oft zu schnell medikalisiert wird. Der alleinige Einsatz von pharmazeutischen Mitteln, die zudem nicht immer leitlinienorientiert bzw. ohne begleitende Elternberatung und Therapie

durchgeführt werden, spiegelt auch den hohen Leidensdruck der Beteiligten wider. Dennoch muss die einseitige Betrachtung von Defiziten ergänzt werden um die Wertschätzung der Stärken und Bewältigungsstrategien der betroffenen Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien. Es bedarf gezielter psychologisch-pädagogischer Beratungs- und Trainingsangebote sowie der Anregung von Eltern, sich in Selbsthilfegruppen handlungsorientiert mit den Problemerfahrungen der Kinder und der Familien auseinanderzusetzen.

Dem Anstieg gesundheitlicher Belastungen im Schulalter ist seitens der Kinder- und Jugendhilfe und besonders in ihrer Kooperation mit der Schule vermehrt Aufmerksamkeit zu schenken. Vor allem muss die Thematik kontinuierlich in den Ganztagsangeboten aufgegriffen werden, wobei eine verbindliche Einbindung des Gesundheitssystems, speziell des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes sinnvoll und aussichtsreich erscheint. Nach den vergleichsweise breit angelegten öffentlich unterstützten Angeboten gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in den Kindertagesstätten bietet sich an dieser Stelle eine gute Anschlussmöglichkeit zur Gesundheitsförderung im Schul- und Jugendalter und damit eine Chance für frühzeitige Prävention von gesundheitlichen Belastungen, die bis ins Erwachsenenalter hineinwirken bzw. sich erst dann zu ernsthaften Beeinträchtigungen entwickeln.

Erforderlich ist also eine Verbesserung der Gesundheitsförderung im Bereich Ganztagbetreuung einschließlich der Schaffung guter Bedingungen für stabile Kooperationen zwischen Kindertagesstätte, Schule, Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem, insbesondere des jugendmedizinischen Dienstes im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

23.1.7 Jugendalter: Unterstützung bei der Entwicklung von Lebenskohärenz und Selbstwirksamkeit

Es bedarf einer stärkeren fachlichen (und politischen) Aufmerksamkeit für die gesundheitlichen Herausforderungen und Risiken des Jugendalters. Die in diesem Bericht genannten alterstypischen Entwicklungsthemen (Körper spüren, Ausloten von Grenzen, Entwicklung einer eigenen Identität) und die beschriebenen Potenziale und Risiken im Jugendalter erfordern es, dass dieser Altersgruppe gerade unter dem Vorzeichen Gesundheit zukünftig eine der frühen Kindheit vergleichbare Aufmerksamkeit gewidmet wird.

Die vorliegenden Daten zeigen, dass im Jugendalter psychosoziale Probleme wie Suchtphänomene, Essstörungen und Depressionen zunehmen. Diese Zunahme verweist auf spezielle Risikokonstellationen, die das Aufwachsen unter spätmodernen Bedingungen kennzeichnen. Neben jugendtypischen Formen der Identitätsarbeit, zu denen es auch gehört, die Grenzen der Entwicklungs- und Gestaltungsmöglichkeiten in der eigenen Lebenswelt auszutesten, gibt es zeittypische gesellschaftliche Bedingungen, die suchtfördernden Charakter haben, so z. B. Angebote zu exzessivem Alkoholkonsum und Möglichkeiten exzessiver Mediennutzung.

Die Verunsicherungen in Bezug auf realistische und erreichbare Lebensziele, die scheinbare Grenzenlosigkeit von Konsumangeboten oder die – nicht selten illusionäre – Vermehrung von Optionen erschweren die Arbeit an der eigenen Identität und an einer tragfähigen Lebenskohärenz und den damit verbundenen Grenzmarkierungen.

In den Zusammenhang risikoreicher jugendlicher Erfahrungswelten sind auch die steigenden Depressionsraten von Heranwachsenden einzuordnen. Generell wird von einer „Volkskrankheit Depression“ gesprochen, die allerdings gerade bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen noch über den Bevölkerungsdurchschnitt hinaus erhöhte Zuwachsraten zeigt. In diesem Phänomen spiegelt sich ein gesellschaftliches Anforderungsprofil an Heranwachsende, das ihre Bewältigungsressourcen übersteigt und ihnen das Gefühl vermittelt, gestellten Aufgaben nicht gewachsen zu sein bzw. nicht auf die benötigte soziale Unterstützung zurückgreifen können. Hier ist die Kinder- und Jugendhilfe zu speziellen Angeboten für die Jugendlichen aufgerufen, die ihnen die Chance geben, realistische Lebenspläne und sinnvolle Grenzziehungen in der eigenen Lebensgestaltung zu entwickeln und wirksame Formen der Alltagsbewältigung zu realisieren. Es ist auch notwendig, ein kritisches Bewusstsein der Jugendlichen dafür zu fördern, welche Menschenbilder und Konsumstile ihnen begegnen, welche ideologischen Programmierungen damit verbunden sind und wie man sich diesen entziehen kann.

Zur Unterstützung bei der Bewältigung von Übergängen (z. B. von der Schule in den Beruf) ist eine intensive Kooperation zwischen (Berufs-)Schule, Berufsbildungswerken, Jugendhilfe und Gesundheitswesen vonnöten.

Die gesundheitlichen Herausforderungen und Risiken des Jugendalters stehen in engem Zusammenhang mit der abnehmenden Bedeutung der familialen Lebenswelt und der wachsenden Bedeutung außerfamilialer Lebenswelten (u. a. Peer Group, Medien, Schule), die neue, vor allem soziale Entwicklungsaufgaben stellen. Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention müssen dies altersgruppenbezogen, geschlechtssensitiv sowie die jeweiligen kulturellen und sozioökonomischen Hintergründe einbeziehend berücksichtigen. Gefördert werden müssen Angebote der Lebensberatung, die dem Prinzip des „*Peer Counseling*“ folgen (z. B. Jugendtelefonberatung, moderierte lebensweltnahe Internetforen), also einen hohen Anteil an Selbsthilfe bzw. -organisation beinhalten.

Da Jugendliche in ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen zur Erziehung in der Regel stärker als Gleichaltrige in körperlicher und psychischer Hinsicht gesundheitlich belastet sind und über weniger personale und soziale Ressourcen verfügen, ist es notwendig, ihnen von Anfang an genügend intensive, aber an ihre Lebenswelt anschlussfähige, nicht ausgrenzende und gut mit dem Gesundheitssystem vernetzte Hilfen zu gewähren,

um Abbrüche von Hilfen und „Verschiebebahnhöfe“ zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie zu vermeiden. Von daher sollten die mit der Durchführung der Hilfen betrauten Fachkräfte besser aus- und fortgebildet werden und zudem über die notwendigen Zeitressourcen verfügen, um einerseits mit den Bedürfnissen und Auffälligkeiten dieser jungen Menschen besser umgehen und andererseits die Kooperation mit dem Gesundheitssystem „auf gleicher Augenhöhe“ leisten zu können. Verstärkt werden müssen auch die Anstrengungen, Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund die für sie erforderlichen Hilfen zur Erziehung zugänglich zu machen, wobei besonderes Augenmerk auf die Überwindung von sprachlichen und kulturellen Hürden und auf die Herstellung einer guten Kooperation mit den Eltern gelegt werden muss.

Die Weiterentwicklung der fachlichen Ansätze der Arbeit mit Jugendlichen bedarf einer größeren Aufmerksamkeit und Impulsgebung durch öffentliche Darstellung von „*Best practice*“- Beispielen, die auch Anlässe für die notwendige positive Identifikation mit den dringenden Aufgaben in dieser Altersstufe bieten.

23.1.8 Junge Erwachsene: Übergänge unterstützen

Gesundheitsrisiken und gesundheitliche Beeinträchtigungen junger Erwachsener stellen einen besonderen Handlungsbedarf dar, der verstärkte Aktivitäten der Kinder- und Jugendhilfe erforderlich macht, um materielle, soziale, psychische, intellektuelle und körperliche Ressourcen zu unterstützen und allen jungen Menschen einen Berufseinstieg und eine möglichst selbstständige Lebensführung zu ermöglichen. In besonderer Weise sind Selbstwirksamkeitserfahrungen von jungen Frauen und Männern mit Armuts-, Migrations- und/oder Behinderungserfahrungen zu fördern.

Junge volljährige schwangere Frauen, die sich in belastenden, unsicheren Lebenssituationen befinden, bedürfen, ggf. zusammen mit ihrem Partner, ergänzend zur medizinischen Schwangerschaftsvorsorge der besonderen Unterstützung. Viele von ihnen übernehmen die Verantwortung, ihr Kind alleine zu versorgen und zu erziehen. Sie gehen damit das höchste Armutsrisiko in unserer Gesellschaft ein, und ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden und auch das ihrer Kinder sind häufig in hohem Maße bedroht. Im Interesse der gesunden Entwicklung und zum Schutz des Kindes stellt sich der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem eine komplexe Aufgabe, die sowohl die berufliche und psychosoziale Förderung der Mütter als auch die Entwicklungsförderung der Kinder einschließt. Es bedarf der gesetzlichen Regelung, dass diese notwendige Unterstützung zukünftig vonseiten der Kinder- und Jugendhilfe in verbindlicher Kooperation mit dem Gesundheitssystem regelhaft erbracht werden kann.

Überdies geht es grundsätzlich darum, junge Erwachsene darin zu unterstützen, die Entwicklungsthemen ihres Lebensalters ohne allzu große Belastungen zu bewältigen: nämlich in guter Weise die nötigen Entscheidungen zu treffen, Intimität zu leben und Verantwortung zu übernehmen. Da die Familie für ein gesundes Aufwachsen unverzichtbar bleibt, sollte jungen Erwachsenen, insbesondere mit Armuts-, Migrations- und Behinderungserfahrungen, in Kooperation von Gesundheitshilfe mit Familienbildungsstätten verstärkt angeboten werden, sich auf das Zusammenleben mit Partner und Kind(ern) in einer eigenen Familie vorzubereiten.

23.1.9 Fort-, Aus- und Weiterqualifizierung der Fachkräfte

Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe erfordern eine reflexive Professionalität. Die Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe bedürfen gezielter Aus-, Fort- und Weiterbildung in gesundheitswissenschaftlichen Grundlagen (z. B. Salutogenese, Empowerment, *New Public Health*, Transfer der medizinischen und entwicklungspsychologischen Forschungsergebnisse in die Praxis) sowie in Kooperationswissen in Bezug auf Gesundheitsdienste, Eingliederungshilfe und Rehabilitation. Fort- und Weiterbildungsbedarf besteht auch für die Planung, Durchführung und Evaluation von Projekten der Gesundheitsförderung sowie – besonders dringend – im interprofessionellen Bereich zu früher Förderung. Die Fort- und Weiterbildung sollte in Zusammenarbeit mit den Landesvereinigungen für Gesundheit bzw. den entsprechenden Einrichtungen auf Landesebene erfolgen. Ein zukunftsträchtiges Modell interdisziplinärer Fort- und Weiterbildung mit dem Vorteil der Breitenwirkung und des systematischen *Up-Dating* sind *E-Learning*-Angebote und die Entwicklung von Kompetenznetzstrukturen. Hier sollten ggf. Schwerpunktstudiengänge mit Bachelor- und Masterabschluss etabliert werden.

23.1.10 Gesundheitsfördernde institutionelle Kulturen in den Einrichtungen und Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe

Gesundheitsfördernde und präventive Programme müssen eingebettet sein in unterstützende institutionelle Kulturen. Neben der Verankerung von Verfahren und Regelungen in den Einrichtungen und Angeboten gehören dazu auch (analog der Diskussion zur Schulkultur) die entsprechenden institutionellen Ressourcen und Rahmenbedingungen für die Fachkräfte, sowie Qualifikationen und Formen professionellen Handelns. Besondere Bedeutung kommt dabei dem Leitungshandeln zu. Diese Aspekte scheinen in vielen Projekten, die im hohen Maße auf die Kinder bzw. Jugendlichen bezogen sind, bislang weitgehend außer Acht gelassen worden zu sein.

23.1.11 Wirkungsorientierte Qualitätsentwicklung und die Entwicklung von Standards und Leitlinien

Um die Nachhaltigkeit der eigenen Bemühungen zu sichern, bedarf es eines verbindlichen gesundheitsbezogenen Qualitätsmanagements in der Kinder- und Jugendhilfe, das sich an den disziplinären und professionellen Eckpunkten der sozialen Arbeit wie kontextualisierter Wirksamkeit (Frage nach der Wirksamkeit vor Ort) und

der Einbeziehung sozialer Dimensionen der Nutzerinnen und Nutzer (Lebenslage, Biografie, soziales Geschlecht etc.) orientiert. Versuche, die Wirksamkeit spezifischer Maßnahmen nachzuweisen, ohne damit den Anforderungsnormen der Evidenzbasierung im biomedizinischen Sinne zu folgen, sind im *Public Health*-Kontext unternommen worden. Im Rahmen der Entwicklung eines alternativen Nachweiskonzepts und alternativer Verfahren, mithilfe derer handlungsleitendes Wissen für die Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention generiert werden kann, wurde u. a. vorgeschlagen, zwischen „nachgewiesen wirksamen“ und „vielversprechenden“ Interventionen zu unterscheiden. Damit kann auch für Evaluationen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe der Einsicht Rechnung getragen werden, dass die Wirksamkeit von Interventionen der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung prinzipiell nur begrenzt nachweisbar ist. Zudem muss bei solchen Evaluationen konzeptionell berücksichtigt werden, dass die Wirkung von Interventionen lokal sehr unterschiedlich sein kann, der lokale Kontext aber sehr bedeutsam für Gestaltung und Wirkung von Interventionen ist.[206]

Eine zentrale Herausforderung im Bereich gesundheitsbezogener Evaluation besteht dabei in der Entwicklung *gemeinsamer* Standards der Bewertung von Angeboten und Maßnahmen sowie von Leitlinien in der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitssystem und Kinder- und Jugendhilfe.

23.1.12 Forschungsbedarfe und Evaluation

Über salutogenetisch wirksame Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe ist wenig bekannt. Es bedarf empirischer Studien, um zu zeigen, wie die Praxen der Kinder- und Jugendhilfe Beiträge zur Förderung der Gesundheit und Lebenskohärenz der unterschiedlichen Gruppen von Adressatinnen und Adressaten sowie zur Stärkung von Schutzfaktoren leisten.

Da bislang über das Zusammenwirken von familialen Lebensbedingungen, die von sozialer Ungleichheit geprägt sind, und den sozialen Lebenswelten Jugendlicher (Peer Groups, Medien, Schule) keine empirisch gesicherten Ergebnisse vorliegen, besteht hier ein weiterer vorrangiger Forschungsbedarf. Solche Ergebnisse sind für die Gestaltung einer gesundheitsbezogenen Kinder- und Jugendhilfe von zentraler Bedeutung.

Im Einzelnen sind erforderlich:

– Systematische Evaluationen bestehender Programme: Derzeit ist nicht gesichert, ob und inwiefern die Programme, die etwa im Bereich der Förderung der Gesundheit, der Familienbildung oder auch der Frühen Förderung eingesetzt wurden, die in sie gesetzten Erwartungen einlösen. Erste Ansätze werden gerade im Rahmen des Aktionsprogramms des Bundes „Soziale Frühwarnsysteme und Frühe Hilfen für Familien“ umgesetzt. Insgesamt fehlt es jedoch in der Kinder- und Jugendhilfe an einer systematischen Anstrengung und an Strategien zur Evaluation angewandter Programme.

– Ressortübergreifende und nachhaltig angelegte Forschung: Derzeit sind Forschungsaktivitäten in Deutschland punktuell und zu wenig programmatisch und nachhaltig angelegt. Ein wegweisender Anstoß wäre ein gemeinsam vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bzw. dem Robert-Koch-Institut (RKI) sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) initiiertes Forschungsprogramm, das Grundlagen- und Praxisforschung verknüpft.

– Dokumentation und Evaluation der vorhandenen Netzwerke für eine verbesserte Kooperation zwischen Gesundheitswesen, Eingliederungshilfe, Kinder- und Jugendhilfe und den Aktivitäten der Selbsthilfe: Derzeit gibt es noch keinen evaluierten Überblick über die Topografie und Wirkung der Netzwerke in Deutschland. Die Etablierung und Überprüfung von Netzwerken ist notwendige Voraussetzung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Kinder- und Jugendhilfe im Bereich der gesundheitsbezogenen Prävention.

23.2 Arbeitsfeldübergreifende Herausforderungen

23.2.1 Strategien kommunaler Inklusion

Bei der kommunalen Planung sollen prinzipiell alle Kinder und Jugendlichen in den Blick genommen werden. Dies muss Teil und eine zentrale Aufgabe eines konsequenten „*Disability mainstreaming*“ in den Kommunen sein. Angebote sollten auf die individuellen Fördernotwendigkeiten der Kinder und Jugendlichen, die mit unterschiedlichen Behinderungen und Beeinträchtigungen, aber auch mit verschiedenen Ressourcen und Lebensstilen aufwachsen, abgestimmt sein, wobei ihre Kompetenz zur Selbsthilfe wertzuschätzen ist. Solche Angebote lassen sich dann am ehesten verwirklichen, wenn die Heranwachsenden und ihre Familien als Experten in eigener Sache sowie ihre Interessenvertretungen vor Ort in alle sie betreffenden Planungen einbezogen werden.

Familien mit behinderten Kindern ebenso wie Jugendliche mit Behinderung haben derzeit einen hohen Aufwand zu erbringen, um über Systemgrenzen zwischen Gesundheits-, Eingliederungshilfe, Bildungssystem hinweg in ausreichendem Maße die von ihnen gewünschten und passgenauen Beratungen, Unterstützungen und Teilhabegelegenheiten für ein gesundes Aufwachsen zu realisieren. Deswegen bedarf es einer zentralen und unabhängigen „Plattform“ die Beratung und Navigationshilfe bietet durch das Strukturdickicht verschiedener Leistungsansprüche, Leistungsgesetze und Hilfeangebote und die vor allem auch individuelle Leistungsansprüche steuerbar macht (z. B. über Geldleistungen wie das *Persönliche Budget*). Mittels solcher „Plattformen“ könnte – wie es

[206] Vgl. hierzu die Position des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

eigentlich generell vom Gesetzgeber bei den Servicestellen vorgesehen ist – für Kinder und Jugendliche mit (drohender) Behinderung ein individuelles Management (über Verfahren individueller Förderpläne) ermöglicht werden, das ihre Chancengleichheit im weiteren Lebensverlauf fördert. Hier wäre eine Konstruktion wie bei den gemeindepsychiatrischen Verbünden denkbar.

23.2.2 Strategien kommunaler Armutsbekämpfung

Die Lebenslagen von Armut betroffenen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen können nur durch abgestimmte kommunale Strategien der Armutsbekämpfung aussichtsreich verbessert werden. In betroffenen Stadtteilen und strukturschwachen ländlichen Regionen bedarf es dazu eines Ausbaus der Infrastruktur an gesundheitsförderlichen Betreuungs-, Bildungs- und Freizeitangeboten für Kinder und Jugendliche sowie an zielgruppenbezogenen Versorgungsangeboten im Gesundheitsbereich.

Die Schule kann gesundheitliche Ungleichheit verstärken oder aber im positiven Sinne einen Beitrag zum Abbau ungleicher Lebenschancen leisten. Für Letzteres ist es unerlässlich, dass Schule, schulbezogene Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen (z. B. der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst) auf Augenhöhe verbindlich kooperieren, um ihre jeweiligen Aufgaben und Strategien zusammenzuführen.

Von Armut betroffenen Familien sollte ebenso wie vielen Familien mit Migrationshintergrund ein Orientierungswissen vermittelt werden, das ihnen den Zugang zu den Hilfesystemen, speziell zur Kinder- und Jugendhilfe und zum Gesundheitssystem, erleichtert und durch Transparenz den Abbau von Misstrauen und die Angst vor Kontrolle reduziert.

23.2.3 Gesundheitsberichterstattung/ Monitoring

Eine regelmäßige Gesundheitsberichterstattung in Form eines Monitorings muss nachhaltig im Hinblick auf psychosoziale und medizinische Indikatoren durchgeführt werden. Dafür sind die notwendigen Rahmenbedingungen der Finanzierung, der Kontinuität und der multidiziplinären inhaltlichen Qualitätssicherung zu schaffen. Der mit dem Kinder- und Jugend-Gesundheits-Survey (KIGGS) geschaffene positive Ansatz ist weiterzuführen und weiterzuentwickeln. Die Datenerhebung sollte möglichst an international gültigen Klassifikationssystemen ausgerichtet sein, z. B. „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“/Jugend (ICF/ICF-CY) und differenzierte Auswertungen auf der Bundes-, Regional- und kommunalen Ebene ermöglichen.

Wichtig dabei sind folgende Aspekte:

– Gesundheitsberichterstattung sollte insbesondere die Bereiche Ernährung/Bewegung, Sprach- und Kommunikationskompetenz sowie psychosoziale Entwicklung erheben und verbindliche Indikatoren hierzu schaffen.

– Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischem Status, Migrationshintergrund und Behinderung sollten in der Gesundheitsberichterstattung besondere Berücksichtigung finden.

– Die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene müssen dialogisch der Politik und Fachpraxis zur Verfügung gestellt werden, damit dort die erforderlichen Konsequenzen gezogen werden können.

– Die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung sollten mit denen anderer Berichte (u. a. Familienbericht, Sozialbericht, Reichtums- und Armutsbericht) verknüpft werden sowie in die regionalen und lokalen Planungen (Bildungsplanung, Stadtplanung, Kinder- und Jugendhilfeplanung etc.) eingehen.

– Erforderlich ist ein bundesweites Register zur Kindesmisshandlung und –vernachlässigung. Bis heute gibt es keine belastbaren Daten über das tatsächliche Ausmaß von Vernachlässigung und Misshandlungen von Heranwachsenden in Deutschland, sodass man nach wie vor auf näherungsweise Schätzungen angewiesen ist.[207] Erst auf der Basis eines derartigen Registers könnte man verlässlich Auskunft über die Höhe und die Entwicklung der Zahlen der Opfer von Vernachlässigung und Misshandlung geben[208] sowie über die Statistiken über gefährdete Kinder und Jugendliche, die bei den Jugendämtern geführt werden,

23.2.4 Netzwerkbildung

Um das Ziel verbesserter Angebote und Strategien zur Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogenen Prävention für Kinder und Jugendliche erreichen zu können, sind Netzwerke für eine verbesserte Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitssystem und Eingliederungshilfe erforderlich. In diesen vernetzten Strukturen sind zielgenaue Handlungsstrategien bezogen auf den jeweiligen Sozialraum, die speziellen Problemkonstellationen und unter Berücksichtigung der Erfahrungen und Kompetenzen der beteiligten Systeme zu entwickeln, durchzuführen und zu evaluieren. Zu den Aufgaben der Netzwerke gehören Infrastrukturplanung, Gesundheitsberichterstattung, Teilhabeplanung und Projektförderung. Dafür sind auf der institutionellen und fachlichen Ebene die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen.

Diese Netzwerke sind von besonderer Bedeutung in den Bereichen

– Frühe Förderung,

– Kindertagesbetreuung,

– Schnittstelle Schule – Kinder und Jugendhilfe,

– Jugendliche in belastenden Lebenslagen,

– Kinder und Jugendliche mit Behinderung.

---

[207] Vgl. KomDat Jugendhilfe, Oktober 2006
[208] Vgl. Kolvenbach, F.-J./Pothmann 2008.

Die Koordination dieser Netzwerke sollte das Kinder- und Jugendhilfesystem übernehmen. Es bedarf der institutionellen Sicherung der Kooperationsbeziehungen, vor allem in Bezug auf die Beteiligung der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte. Für diese Einbeziehung und die gesamte Netzwerkarbeit ist eine finanzielle Absicherung unverzichtbar.

In einem Modellverbund sollten für die genannten Punkte Fördergelder zur Verfügung stehen (orientieren könnte man sich dabei an dem Projekt „Guter Start ins Kinderleben", an dessen Finanzierung sich bereits vier Bundesländer beteiligen). Nach fünf Jahren sollten die Erfahrungen dieses Modells ausgewertet, evaluiert und in einer nachhaltig wirksamen Regelung institutionell abgesichert werden.

23.3 Herausforderungen an die Politik auf Bundes- Landes- und kommunaler Ebene

23.3.1 Verringerung ungleicher Gesundheitschancen als vorrangiges nationales Gesundheitsziel

Es bedarf des entschiedenen politischen Willens, damit die Verminderung sozialer Ungleichheit als gemeinsame Aufgabe der vorrangig verantwortlichen Ressorts (z. B. Bildungs-, Arbeits- und Sozialpolitik, Familien-, Kinder- und Jugendpolitik sowie Finanz- und Wirtschaftspolitik) anerkannt wird. Die Verbesserung der materiellen Lage armer Haushalte mit Kindern und der gesundheitlichen Bedingungen des Aufwachsens, unter besonderer Berücksichtigung der sozioökonomischen Lage von Alleinerziehenden, Arbeitslosen, von Migrantinnen und Migranten müssen dabei Vorrang haben. Anzustreben ist aber auch die allgemeine Verbesserung der materiellen Ressourcen von Haushalten mit Kindern.

23.3.2 Erhalt eines universellen Zugangs zum Gesundheitssystem und gesunder Lebensbedingungen für alle Eltern und Kinder

Als ein wichtiger Schritt hierfür muss die Verordnung und damit Kostenerstattung von nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten über die Altersgrenze von zwölf Jahren hinaus möglich sein. Zudem muss der Ausbau der gesetzlichen Kinderfrüherkennungsuntersuchungen auch im Grundschulalter für gesetzlich Krankenversicherte durchgesetzt werden. Darüber hinaus ist der Erhalt oder Aufbau kostenloser oder kostengünstiger Angebote der gesundheitsrelevanten Infrastruktur in den Gemeinden (Grünflächen, Sportanlagen, Freizeitangebote) zu sichern.

Im Rahmen der Fortführung des Programms *Soziale Stadt* soll der Akzent stärker als bisher auf die Schaffung gesundheitsförderlicher Wohnverhältnisse gesetzt werden.

Verstärkt werden müssen die Maßnahmen zur Eindämmung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen von Schwangeren, jungen Eltern, Kindern und Jugendlichen. Möglichkeiten eröffnen neben der Preispolitik Werbeverbote, die Unterstützung sozialen Marketings sowie die Förderung vitaminreicher Nahrungsmittelangebote.

23.3.3 Verbesserung von Voraussetzungen für Netzwerkbildung und von deren Absicherung

Viele, vor allem in den letzten Jahren im Rahmen der Diskussion zu den frühen Hilfen sowie bereits aus anderen Anlässen entstandene Netzwerke und Kooperationen agieren auf sehr fragilen Grundlagen. Zum Teil werden sie über zeitlich befristete Modellprogramme oder Förderungen von Stiftungen finanziert; zum Teil leben sie vom ehrenamtlichen Engagement der unmittelbar vor Ort Beteiligten. Es bedarf der politischen Unterstützung und der finanziellen bzw. institutionellen Absicherung auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene, damit diese Netzwerke längerfristig erhalten werden und so nachhaltig wirken können.

Bereits bestehende Kooperationsverbünde (z. B. in Zusammenhang mit „*Gesundheitsziele. de*") auf Landes- und regionaler Ebene (z. B. *„regionale Knoten"*) sollten angeregt werden, die Kinder- und Jugendhilfe intensiver miteinzubeziehen.

23.3.4 Gesetzesfolgenabschätzung und Prüfaufträge

Es gilt zu prüfen, ob und inwiefern die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Förderung von Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Prävention im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenalter dienlich sind. Geprüft werden muss im Rahmen einer empirischen Gesetzesfolgenabschätzung einerseits, ob und inwiefern die gesetzlichen Vorgaben ausreichend und angemessen umgesetzt werden. Dies gilt vor allem für den § 20 SGB V, für die sogenannten Komplexleistungen entsprechend SGB XI, für die Anwendung des § 35a SGB VIII, aber auch im Hinblick auf das derzeit als Entwurf vorliegende neue Bundeskinderschutzgesetz. Nach dessen Verabschiedung bedarf es der empirischen Überprüfung, ob und inwieweit sich vorgesehene Regelungen (z. B. im Hinblick auf die professionsbedingte Verschwiegenheitspflicht und die Inaugenscheinnahme der betroffenen Kinder) bewähren und welche – ggf. nicht beabsichtigten – Nebenfolgen auftreten.

Andererseits bedarf es vor dem Hintergrund der Ergebnisse dieses Berichtes und der vorgelegten Expertisen der Überprüfung, an welchen Stellen gesetzliche Vorgaben und Finanzierungsbedingungen die als notwendig erachteten Kooperationen zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Schule, Gesundheitssystem und Behindertenhilfe ermöglichen und befördern können.

Es ist darauf zu achten, dass die Anschlussstellen zwischen dem Gesundheitssystem und der Kinder- und Jugendhilfe gesichert werden. Dies gilt insbesondere für die weitere Befassung mit dem nach wie vor im Raum stehenden Bundespräventionsgesetz.

Für Eltern mit Behinderungen und gravierenden chronischen Krankheiten sollte – entsprechend den „Empfehlungen der 18. Konferenz der Gleichstellungs- und Frauenministerinnen, -minister, -senatorinnen und -senatoren der Länder auf der Hauptkonferenz vom 23./24.10.2008“ – ein Rechtsanspruch auf „Elternassistenz“ bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages geschaffen werden. Dafür sollte die gesetzliche Zuständigkeit eindeutig geregelt werden, damit der Zuständigkeitskonflikt zwischen den Trägern der Sozialhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe nicht länger auf dem Rücken der betroffenen Eltern und ihrer Kinder ausgetragen wird.

23.3.5 Verbesserung der Voraussetzungen für die Kooperation von Schule, Gesundheitssystem und Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen der Ganztagsangebote und der Schulsozialarbeit

Diese vornehmlich an die für die Schulpolitik verantwortlichen Länder und die Kommunen adressierte Forderung zielt auf die Verbesserung der Ressourcen und Rahmenbedingungen, um in allen Schulen dauerhaft und ergänzend zum schulischen Unterricht selektive Präventionsmaßnahmen insbesondere für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund bzw. mit niedrigem sozioökonomischem Status für die Themenfelder Bewegung und Ernährung, Sprechen/Kommunikation und soziale Kompetenz etablieren zu können.

Zur Erprobung derartiger Angebote im Kontext lokaler Bildungslandschaften und Netzwerke sind beispielgebende Modellprogramme mit entsprechend sorgfältiger Evaluation erforderlich. Darüber hinaus muss das Thema Gesundheit stärker als bisher leitend für die Schulentwicklung werden (im Sinne einer „guten gesunden Schule“ bzw. von Ganztagsschulen als Full-Service-Einrichtungen).[209]

23.3.6 Förderung eines achtsamen Körperbezugs als Bildungsziel

Die eher universellen Bemühungen im Bereich Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogener Prävention sollten gebündelt und nachhaltig angelegt werden. Als ein erster Schritt sollten in den nächsten vier Jahren die Bildungs- und Erziehungspläne für die Kindertagesbetreuung in den Ländern im Hinblick auf Gesundheitsförderung präzisiert und konkreter operationalisiert und als Handlungsziele der Kinder- und Jugendhilfe etabliert werden. Dabei sollten die in Teil B dieses Berichtes beschriebenen gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen priorisierte Förderfelder darstellen.

Durch eigene Maßnahmen im Rahmen ihrer Anregungsfunktion in der Kinder- und Jugendhilfe sollte die Bundesregierung diese Bemühungen unterstützen. Geeignete Maßnahmen in Rahmen der Zuständigkeiten des Bundes und der Länder wären

- eine stärkere Aufmerksamkeit für die Themen Bewegung und Ernährung, Sprechen/Kommunikation und psychosoziale Entwicklung in den Leitlinien des Kinder- und Jugendplanes des Bundes;
- eigene Modell- und Aktionsprogramme, die Einrichtung entsprechender Fachforen und Arbeitsstellen sowie eine stärkere Akzentuierung dieser Themen in bereits laufenden Programmen in allen Feldern des BMFSFJ (z. B. *.Mehrgenerationenhäuser*, *Bundesinitiative Verantwortung Erziehung*, *Lokale Bündnisse für Familie* u. a.) und der anderen Ressorts.

23.3.7 Sicherstellung der strukturellen Arbeitsbedingungen für gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in den Arbeitsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe

Die Erwartungen an die Kinder- und Jugendhilfe, sich verstärkt an Maßnahmen zur Verbesserung von Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogener Prävention zu beteiligen, sich auf neue Formen der Netzwerkarbeit einzulassen und auch entsprechende Qualifizierungsangebote zu nutzen, müssen mit der Forderung verbunden werden, dass ihre beruflichen Aufgabenprofile entsprechend verändert werden und für neue Aufgaben auch die notwendigen Personalaufstockungen erfolgen. Die Voraussetzung dafür, dass Berufsgruppen aus der Kinder- und Jugendhilfe qualifizierte Angebote der Gesundheitsförderung konzipieren und realisieren können, ist, dass ihre eigenen Arbeitsbedingungen gesundheitsförderlich sind.

23.4 Gesundheitsziele und überprüfbare Fortschritte

Angesichts der Fülle von zu bewältigenden Aufgaben, die in den formulierten Empfehlungen benannt wurden, um ein verbessertes Angebot an Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogener Prävention durch die Kinder- und Jugendhilfe zu ermöglichen, ist es der Berichtskommission wichtig, fünf Ziele zu benennen, die eine besondere Dringlichkeit aufweisen und deren Umsetzung überprüft werden soll.

Die Kommission ist sich bewusst, dass die Kinder- und Jugendhilfe ebenso wenig wie ein Ministerium diese Probleme allein lösen kann. Interministerielle Absprachen und abgestimmte Vorgehensweisen sind ebenso notwendig wie konkrete Pläne in der interprofessionellen Umsetzung, bei denen die Kinder- und Jugendhilfe ihren Beitrag leisten kann und soll.

Voraussetzung für die Erreichung der im Folgenden genannten Ziele ist die Netzwerkbildung insbesondere auf der kommunalen, aber auch auf Landesebene zwischen der Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheitssystem und den Eingliederungshilfen mit einer klaren Inklusions-

[209] Vgl. hierzu z. B. das Projekt „*Arzt in der Schule*“ des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte und das Handbuch „Arzt und Schule“

perspektive. Dabei müssen die jeweiligen Zielsetzungen definiert und überprüft werden.

Um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nachhaltig zu verbessern, fordert die Kommission, innerhalb der kommenden fünf Jahre folgende Maßnahmen vordringlich zu ergreifen:

1. Frühe Förderung der Entwicklung von Kindern

Eine breit angelegte und umfassende kommunale Infrastruktur zur frühen Förderung von Kindern und Unterstützung von allen Familien von der Schwangerschaft bis ins Vorschulalter soll flächendeckend auf- und ausgebaut werden.

– Ziel: Systematische und frühe Förderung der Entwicklung von Kindern und Reduktion der Fälle von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung in den nächsten fünf Jahren (Überprüfung der Reduktion der Fälle auf der Basis des einzurichtenden bundesweiten Monitorings Kindeswohlgefährdung (vgl. Kap. 21.5.2.3).

2. Ernährung und Bewegung

Kontinuierliche, fachlich qualifizierte Angebote der Bewegungsförderung und kostenfreie, gesunde Verpflegung für alle Heranwachsenden in Kindertagesbetreuung und Schule, ohne dass dies zu Kürzungen an anderer Stelle führt (vor allem im Rahmen des Arbeitslosengeldes II nach SGB II).

– Ziel: In fünf Jahren nimmt Übergewicht bei Heranwachsenden nicht weiter zu (gemessen z. B. auf Grundlage einer KiGGS- Nachfolgeerhebung).

3. Sprache/Kommunikation

Verbesserung der frühen Sprachförderung, mit dem Ziel der Steigerung der Sprachkompetenzen, insbesondere von Kindern aus belastenden Lebenslagen und mit Migrationshintergrund.

– Ziel: 95 Prozent aller Kinder sollen bei der Einschulung über adäquate Sprachkompetenzen verfügen. Überprüfung des erreichten Standes bei der Schuleingangsuntersuchung mit Rückkoppelung an die jeweiligen Orte der Förderung zur Optimierung ihrer Konzepte.

4. Schulbezogene Gesundheitsförderung

Flächendeckender Auf- und Ausbau der Angebote und Netzwerke der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung von Heranwachsenden im Schulalter im Rahmen von Maßnahmen und Angeboten schulbezogener Kinder- und Jugendhilfe.

– Ziel: Beginnend mit dem Primärbereich und insbesondere in der schulischen Ganztagsbetreuung muss die schulbezogene Kinder- und Jugendhilfe im Bereich der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung ausgebaut und in fünf Jahren in mindestens 25 Prozent aller Schulen und Schultypen aufgebaut werden.

5. Psychosoziale Entwicklung im Jugend- und jungen Erwachsenenalter

Jugendliche und junge Erwachsene müssen in einer immer komplexen werdenden Gesellschaft in ihrer psychosozialen Entwicklung umfassender unterstützt werden.

– Ziel: Die psychosozialen Auffälligkeiten von Jugendlichen sollen in fünf Jahren um 10 Prozent vermindert und bei der nächsten umfassenden Untersuchung überprüft werden (gemessen z. B. auf der Basis einer KiGGS-Fortschreibung in Bezug auf die Auftretenshäufigkeiten von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten).

24 Literaturverzeichnis

Abbate, L. (2007): A report on early intervention. Longmeadow, MA: Willie Ross School for the Deaf

Ahnert, L./Gunnar, M./Lamb, M./Barthel, M. (2004): Transition to child care: Associations with infant-mother attachment, infant negative emotion, and cortisol elevations. In: Child Development, 75, S. 639–650

Ainsworth, M. D. S./Blehar, M. C./Waters, E./Wall, S. (1978): Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, N. J., Erlbaum

van Aken, M. A. G./Asendorp, J. B./Wilpers, S (1996): Das soziale Unterstützungsnetzwerk von Kindern: Strukturelle Merkmale, Grad der Unterstützung, Konflikt und Beziehungen zum Selbstwertgefühl. In: Psychol. Erz. Unterr., 43, S. 114–126

Aktas, N./Vergili, E. (2007): Wie geht es bei dir? Eindrücke aus der sexualpädagogischen Arbeit mit Jugendlichen aus dem islamischen Kulturkreis in Berlin. In: Pro Jugend, 3, S. 14–18

Albrecht, G. L./Seelman, K. D./Bury, M. (Eds.) (2003): Handbook of disability studies. London, Sage

Alt, C. (Hrsg.) (2008): Kinderleben – Individuelle Entwicklungen in sozialen Kontexten. Persönlichkeitsstrukturen und ihre Folgen. Bd. 5, Wiesbaden

Alt, C. (2008a): Kinder in Deutschland. http://www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=538&Jump1=LINKS&Jump2=275; 28.01.2009

Altgeld, T. (2004): Gesundheitsfördernde Settings in benachteiligten städtischen Quartieren. Expertise im Auftrag der Regiestelle E&C der Stiftung SPI. Berlin

Altgeld, T. (2008): Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche spielt im Gesundheitswesen noch keine Rolle. In: Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis. Prävention und Gesundheitsförderung, 53, 4, S. 99–102

Amorosa, H. (2008²): Umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprache. In: Herpertz-Dahlmann, B./Resch, F./Schulte-Markwort/Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Stuttgart, S. 570–589

Amyna e. V. (2008): Mein Körper gehört mir. http://www.lvkm.de/fileadmin/user_upload/lvkm/InfoBayern_Feb08_WEB.pdf, 23.07.2008

Andres, B./Laewen, H.-J. (1992): Ich verstehe besser, was ich tue … Erfahrungen mit dem Eingewöhnungsmodell. Berlin

Antonovsky, A. (1979): Health, Stress and Coping: New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco, Jossey-Bass Inc.

Antonovsky, A. (1988): Unraveling the Mystery of Health. San Francisco, Jossey-Bass Inc.

Antonovsky, A. (1993): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, A./Broda, M. (Hrsg.) (1993): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen, S. 3–14

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen

Apeltauer, E. (2004): Beobachten oder Testen? Möglichkeiten zur Erfassung des Sprachentwicklungsstandes von Vorschulkindern mit Migrationshintergrund. Flensburger Papiere zur Mehrsprachigkeit und Kulturenvielfalt im Unterricht. Flensburg

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) (2008): Kooperation von Jugendhilfe und Ganztagsschule: Eine empirische Bestandsaufnahme im Prozess des Ausbaus der Ganztagsschulen in Deutschland. Berlin

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) (2008a): Anforderungen an Personalentwicklung in der Kinder- und Jugendhilfe vor dem Hintergrund demografischer Entwicklungen – Positionspapier

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) und Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (2008): Gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen – Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe. Gemeinsame Handlungsempfehlungen. http://www.agj.de/pdf/5/Handlungsempfehlungen_Gesundheit.pdf, 13.10.2008

Arbeitsstelle Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention (2007): Strategien der Gewaltprävention im Kindes- und Jugendalter. Eine Zwischenbilanz in sechs Handlungsfeldern. München, zu bestellen über www.dji.de/jugendkriminalitaet

Arnoldt, B./Quellenberg, H./Züchner, I. (2007): Ganztagsschulen verändern die Bildungslandschaft. In: DJI Bulletin, 78, S. 9–14

von Aster, M. (2008²): Umschriebene Rechenstörung. In: Blanz, B./Remschmidt, H./Schmidt, M./Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Stuttgart, S. 590–599

von Aster, M./Schweitzer, M./Weinhold-Zulauf, M. (2007): Rechenstörungen bei Kindern: Vorläufer, Prävalenz und psychische Symptome. In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 39, S. 85–96

Baacke, D. (1997): Medienpädagogik. Tübingen

Baacke, D. (2001²): Die 6- bis 12-Jährigen: Einführung in die Probleme des Kindesalters. Weinheim.

Bäcker, G./Naegele, G./Bispinck, R./Hofemann, K./Neubauerm, J. (Hrsg.) (2008): Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Bd. 2: Gesundheit, Familie, Alter und Soziale Dienste. Wiesbaden

Bajanowski, T./Poets, C. (2004): Der plötzliche Säuglingstod. In: Deutsches Ärzteblatt, 101, S. A3185–A3190

Bals, T./Hanses, A./Melzer, W. (Hrsg.) (2008): Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings. Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten. Weinheim/München

Baltes, M./Silverberg, S. (1994): The dynamics between dependency and autonomy: Illustrations across the life span: In: Eatherman, D. L. F/Lerner, R. M./Perlmutter, M. (Eds.): Life span development and behavior, Vol. 12, Hillsdale N. J., Erlbaum, S. 41–90

Bandura, A. (1982): Self-efficacy mechanisms in human agency. In: American Psychologist, 37, S. 122–147

Bandura, A. (1997): Self Efficacy: The Exercise of Control. New York, Palgrave

Bange, D./Deegener, G. (1996): Sexueller Missbrauch an Kindern. Ausmaß, Hintergründe, Folgen. Weinheim

Bangkok-Charta (2005): http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_German_version.pdf, 07.01.2009

Barkmann, C./Romer, G./Watson, M./Schulte-Markwort, M. (2007): Parental physical illness as a risk for psychosocial maladjustment in children and adolescents: Epidemiological findings from a national survey in Germany, In: Psychosomatics, 48, S. 476–481

Bauch, J. (2007): Vorwort. In: Hafen, M. (Hrsg.): Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese. Heidelberg, S. 3–7

Bauer, U./Bittlingmayer, U. H. (2006): Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K./Laaser, U./Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim/München, S. 781–818

Baum, D./Nikles, B. W./Müller, G. F. (2001): Vom ordnungsrechtlichen zum erzieherischen Jugendschutz. Landau

Bauman, Z. (2000): Liquid modernity. Cambridge: Polity Press

Bauman, Z. (2005): Verworfenes Leben. Die Ausgegrenzten der Moderne. Hamburg

Bauman, Z. (2007): Leben in der flüchtigen Moderne. Frankfurt/M.

Bauman, Z. (2008): Flüchtige Zeiten. Leben in der Ungewissheit. Hamburg

Baumeister, S./Kraus, L./Stonner, T./Metz, K. (2008): Tabakkonsum, Nikotinabhängigkeit und Trends: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. In: Sucht, 54 (Sonderheft 1), S. S26–S35

Baur, J./Braun, S. (2000): Über das Pädagogische einer Jugendarbeit im Sport. In: Deutsche Jugend, 9, S. 378–386

Beck, I. (2002): Die Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung und ihrer Familien in Deutschland: Soziale und strukturelle Dimensionen. In: Sachverständigenkommission 11. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.), Gesundheit und Behinderung im Leben von Kindern und Jugendlichen, Bd. 4. München, S. 175–315

Beck, U. (Hrsg.) (1997): Kinder der Freiheit. Frankfurt/M.

Beck, U./Bonß, W./Lau, C. (2004): Entgrenzung erzwingt Entscheidung: Was ist neu an der Theorie reflexiver Modernisierung? In: Beck, U./Lau, C., (Hrsg.): Entgrenzung und Entscheidung Frankfurt/M., S. 13–62

Becker, D. (2006): Die Erfindung des Traumas. Verflochtene Geschichten. Freiburg

Becker, D./Weyermann, D. (2006): Gender, Konflikttransformation und der psychosoziale Ansatz. Arbeitshilfe. Bern, Huber

Becker, K./Müssig-Zufika, M./Conrad, A./Lüdecke, A./Schulz, C./Seiwert, M./Kolossa-Gehring, M. (2007): Kinder-Umwelt-Survey 2003/06 – KUS. Human-Biomonitoring. Stoffgehalte in Blut und Urin der Kinder in Deutschland. WaBoLu-Hefte 1

Beeghly, M./Cicchetti, D. (1996): Child maltreatment, attachment, and the self-system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. In: Hertzig, M. E./Farber, E. A. (eds.): Annual progress in child psychiatry and child development. Philadelphia, S. 127–166

Beelmann, A./Raabe, T. (2007): Dissoziales Verhalten von Kindern und Jugendlichen: Erscheinungsformen, Entwicklung, Prävention und Intervention. Göttingen

Beelmann, A./Stemmler, M./Lösel, F./Jaursch, S. (2007): Zur Entwicklung externalisierender Verhaltensprobleme im Übergang vom Vor- zum Grundschulalter. Risikoeffekte des mütterlichen und väterlichen Erziehungsverhaltens. In: Kindheit und Entwicklung, 16, S. 229–239

Behle, H. (2005): Moderators and mediators on the mental health of young participants in active labour market programmes: Evidence from East and West Germany. In: International Review of Psychiatry, 17, S. 337–345

Behle, H. (2006): Veränderungen der seelischen Gesundheit durch Teilnahme an arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen: Evaluationsergebnisse zum Sofortprogramm zum Abbau der Jugendarbeitslosigkeit (JUMP). In: Hollederer, A./Brand, H. (Hrsg.), Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern, Huber, S. 113–122

Behrens, U./Höhler, L. (2007): Mobile Risiken: Jugendschutzrelevante Aspekte von Handys und Spielekonsolen. In: Medien + Erziehung, 51, S. 20–26

Behringer, L. (1998): Lebensführung als Identitätsarbeit der Menschen im Chaos des modernen Alltags. Frankfurt/M.

Bender, D./Lösel, F. (2005): Misshandlung von Kindern: Risikofaktoren und Schutzfaktoren. In: Deegener, G./Körner, W. (Hrsg.): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Göttingen, S. 317–346

Benecke, A./Vogel, H. (2005): Übergewicht und Adipositas: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Heft 16). Berlin

Bengel, J./Koch, U. (Hrsg.) (2000): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften: Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung. Berlin

Bengel, J./Strittmatter, R./Willmann, H. (1998): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Bd. 6. Köln

Berger, P. L./Neuhaus, R. J. (1977): To empower people. The role of mediating structures in Public Policy. Washington, D. C., American Enterprise Institute for Public Policy Research

Bergmann, K. E./Bergmann, R. L./Ellert, U./Dudenhausen, J. W. (2007): Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 670–676

Berk, L. (2005[3]): Entwicklungspsychologie. München.

Berth, H./Förster, P./Brähler, E. (2003): Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit bei jungen Erwachsenen. In: Das Gesundheitswesen, 65, S. 555–560

Berth, H./Förster, P./Stöbel-Richter, Y./Balck, F./Brähler, E. (2006): Arbeitslosigkeit und psychische Belastung: Ergebnisse einer Längsschnittstudie 1991 bis 2004. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 15, S. 111–116

Bertram, H. et al. (2008): Mittelmaß für Kinder. Der UNICEF Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland. München

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) (2007): Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland. http://www.bdp-verband.org/bdp/politik/2007/Kinder-Jugendgesundheit-BDP-Bericht-2007.pdf, 28.01.2009

Bettge, S. (2004): Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. http://edocs.tu-berlin.de/diss/2004/bettge_susanne.pdf, 30.12.2008

Beyer, A./Lohaus, A. (2007): Konzepte zur Stressentstehung und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter. In: Seiffge-Krenke, I./Lohaus, A. (Hrsg.): Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen, S. 11–27

Bialas, W. (1997): Kommunitarismus und neue Kommunikationsweise. Versuch einer Kontextualisierung neuerer philosophischer Diskussionen um das Identitätsproblem. In: Keupp, H./Höfer, R. (Hrsg.): Identitätsarbeit heute. Frankfurt/M., S. 40–65

Bien, W./Riedel, B./Rauschenbach, T. (2006): Wer betreut Deutschlands Kinder? Die DJI-Kinderbetreuungsstudie. Berlin

Biermann, A. (2008): Schwermehrfachbehinderung. In: Nußbeck, S./Biermann, A./Adam, H. (Hrsg.): Sonderpädagogik der geistigen Entwicklung. Handbuch der Sonderpädagogik Bd. 4. Göttingen, S. 56-69

Bilz, L. (2008): Schule und psychische Gesundheit: Risikobedingungen für emotionale Auffälligkeiten von Schülerinnen und Schülern. Wiesbaden

Bissinger, S./Böllert, K./Liebig, R./Lüders, C./Marquard, P./Rauschenbach, T. (2002): Grundlagen der Kinder- und Jugendhilfe. Strukturanalysen zu fachlichen Eckwerten, Organisation, Finanzen und Personal. In: Sachverständigenkommission 11. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.): Strukturen der Kinder- und Jugendhilfe. Eine Bestandsaufnahme (Materialien zum Elften Kinder- und Jugendbericht, Bd. 1). München, S. 9–104

Bittlingmayer, U. H. (2008): Blaming, Producing und Activating the Victim. Materialistisch inspirierte Anmerkungen zu verdrängten Dimensionen sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit. In: Hensen, G./Hensen, P. (Hrsg.): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Wiesbaden, S. 239–258

Blanz, B./Remschmidt, H./Schmidt, M./Warnke, A. (2006): Depressive Episoden. In: Blanz, B./Remschmidt, H./Schmidt, M./Warnke, A.: Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart, S. 357–363

Blanz, B./Remschmidt, H./Schmidt, M./Warnke, A. (2006): Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart

Blanz, B./Schneider, S. (2008[2]): Angststörungen. In: Blanz, B./Remschmidt, H./Schmidt, M./Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Stuttgart, S. 744–770

Block, K./Matthiesen, S. (2007): Teenagerschwangerschaften in Deutschland: Studienergebnisse zu Risikofaktoren und Verhütungsfehlern bei Schwangerschaften minderjähriger Frauen. In: Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, 2, S. 12–17

Blomeyer, D./Laucht, M./Hohm, E./Dyer, A./Schmidt, M. (2007): Exzessiver Alkoholkonsum bei 15-Jährigen mit externalen Störungen im Kindes- und Jugendalter. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 55, S. 145–154

Blos, P. (1973): Adoleszenz. Eine psychoanalytische Interpretation. Stuttgart

Blossfeld, H.-P./Hofäcker, D./Hofmeister, H./Kurz, K. (2008): Globalisierung, Flexibilisierung und der Wandel von Lebensläufen in modernen Gesellschaften. In: Szydlik, M. (Hrsg.): Flexibilisierung. Folgen für Arbeit und Familie. Wiesbaden, S. 23–46

Bock, K. (2008): Junge Erwachsene in Ost und West. In: Rietzke, T./Galuske, M. (Hrsg.): Lebensalter und Soziale Arbeit: Junge Erwachsene. Bd. 4. Baltmannsweiler, S.70–81

Bödeker, W. (2008): Ziele der gesetzlichen Krankenversicherung für die primäre Prävention und Gesundheitsförderung. In: Die BKK, 3, S. 152–158

Bodenmüller, M. (2002): Wenn Jugendliche auf der Straße erwachsen werden. In: SozialExtra, 26, S. 27–31

Böhnisch, L. (2008): Lebensbewältigung im Erwachsenenalter. In: Schröer, W./Stiehler, S. (Hrsg.): Soziale Arbeit und Lebensalter: Erwachsene. Bd. 5. Baltmannsweiler, S. 10–20

Böhnisch, L./Arnold, H./Schröer, W. (1999): Sozialpolitik. Eine sozialwissenschaftliche Einführung. Weinheim/München

Böhnisch, L./Gängler, H./Rauschenbach, T. (Hrsg.) (1991): Handbuch Jugendverbände. Zur Ortsbestimmung der Jugendverbandsarbeit in Analysen und Selbstdarstellungen. Weinheim/München

Böhnke, P. (2005): Am Rande der Gesellschaft. Risiken sozialer Ausgrenzung. Opladen

Bohus, M./Schmahl, C. (2006): Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Deutsches Ärzteblatt, 103, S. A3345–A3352

Bohus, M./Schmahl, C. (2007): Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Der Nervenarzt, 78, S. 1069–1081

Bonß, W./Esser, F./Hohl, J./Pelizäus-Hoffmeister, H./Zinn, J. (2004): Biographische Sicherheit. In: Beck, U./Lau, C. (Hrsg.): Entgrenzung und Entscheidung. Frankfurt/M., S. 211–233

Bös, K. (2003): Motorische Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen. In: Schmidt, W./Hartmann-Tews, I./Brettschneider, W.D. (Hrsg.): Erster Kinder- und Jugendsportbericht. Schorndorf, S. 85–109

Bös, K./Brehm, W./Opper, E./Saam, J. (1999): Gesundheitsorientierte Sportprogramme im Verein – Eine Expertise im Auftrag des Deutschen Sportbunds (DSB). In: Deutsche Vereinigung für Sportwissenschaft (Hrsg.), 14, S. 34–38.

Bös, K./Worth, A./Opper, E./Oberger, J./Romahn, N./Wagner, M./Woll, A. (2007): Motorik-Modul (MoMo): Eine Studie zur motorischen Leistungsfähigkeit und körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin

Bourdieu, P. (1982): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt/M.

Bourdieu, P. (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckel, R. (Hrsg.): Soziale Ungleichheiten (Sonderband 2 der Sozialen Welt). Göttingen, S. 183–198

Bourdieu, P. (1998): Praktische Vernunft. Zur Theorie des Handelns. Frankfurt/M.

Bovier, P./Chamot, E./Perneger, T. (2004): Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. In: Quality of Life Research, 13, S. 161–170

Brakemeier, E.-L./Normann, C./Berger, M. (2008): Ätiopathogenese der unipolaren Depression: Neurobiologische und psychosoziale Faktoren. In: Bundesgesundheitsblatt, 51, S. 379–391

Brand, H./Schmacke, N./Brand, A. (2003): Der öffentliche Gesundheitsdienst. In: Schwartz, F. W. (Hrsg): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München

Braun, F./Lex, T. (2006): Die Rolle der Jugendsozialarbeit im Übergangssystem Schule – Beruf. In: Friedrich-Ebert-Stiftung – Wirtschafts- und sozialpolitisches Forschungs- und Beratungszentrum (Hrsg.): Übergänge zwischen Schule und Beruf und darauf bezogene Hilfesysteme in Deutschland. Bonn, S. 59–65

van Brederode, M. (2006): Weiterentwicklung der Hilfen für suchtkranke Minderjährige. In: Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.): Suchterkrankungen im Jugendalter: Dokumentation der Kooperationsveranstaltung am 9. März 2005 in den Rheinischen Kliniken Essen – Kliniken/Institut der Universität Duisburg-Essen. Köln, S. 6–17

Brettschneider, W.-D. (2001): Jugendarbeit in Sportvereinen: Anspruch und Wirklichkeit. Paderborn

Brisch, K. H. (2007): Unterbrechung der transgenerationalen Weitergabe von Gewalt: Primäre Prävention durch „SAFE® – Sichere Ausbildung für Eltern“. Psychologie in Österreich 1, S.62–68

Brisch, K. H./Hellbrügge, T. (Hrsg.) (2003): Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart

Bröckling, U. (2007): Fallstricke der Bemächtigung. Zwischen Gegenmacht und Sozialtechnologie. In: Zukünfte. Zeitschrift für Zukunftsgestaltung und vernetztes Denken, 18 (57), S. 16–20

Bröckling, U. (2007a): Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform. Frankfurt/M.

Bröckling, U. (2008a): Empowerment: Fallstricke der Bemächtigung. Zwischen Gegenmacht und Sozialtechnologie. In: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 31 (1), S. 2–6

Bronfenbrenner, U. (1986): Recent Advances in Research on the Ecology of Human Development. In: Silbereisen, R.-K./Eyferth K./Rudinger, G. (eds.): Development as Action in Context – Problem Behaviour and Normal Youth Development. Berlin. S. 287–310

Bruch, H. (1991): Eßstörungen. Frankfurt/M.

Bründel, H. (2004): Jugendsuizidalität und Salutogenese. Stuttgart

Bruner, C. F. (2005): KörperSpuren: Zur Dekonstruktion von Körper und Behinderung in biografischen Erzählungen von Frauen. Bielefeld

Brunner, R./Parzer, P./Haffner, J./Steen, R./Roos, J./Klett, M./Resch, F. (2007): Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. In: Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 161, S. 641–649

Brunner, R./Parzer, P./Resch, F. (2001): Dissoziative Symptome und traumatische Ereignisse bei Jugendlichen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie, 5, S. 4–12

Brunner, R./Resch, F. (2008[2]): Dissoziative und somatoforme Störungen. In: Blanz, B./Remschmidt, H./Schmidt, M./Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Stuttgart, S. 940–968

Brunstein, J./Maier, G. (2002): Das Streben nach persönlichen Zielen: Emotionales Wohlbefinden und proaktive Entwicklung über die Lebensspanne. In: Jüttemann, G./Thomae, H. (Hrsg.): Persönlichkeit und Entwicklung. Weinheim, S. 157–190

Bude, H. (2008): Die Ausgeschlossenen. Das Ende vom Traum einer gerechten Gesellschaft. München

Bude, H./Lantermann, E.-D. (2006): Soziale Exklusion und Exklusionsempfinden. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 2 (58), S. 232–252

Bude, H./Willisch, A. (Hrsg.) (2007): Exklusion: Die Debatte über die „Überflüssigen". Frankfurt/M.

Bundesagentur für Arbeit (BA) (2008): Bestand an Arbeitslosen nach Bundesländern und ausgewählten Altersgruppen – Zeitreihe. Berechnungen für den 13. KJB

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (2007): Pränataldiagnostik: Informationen über Beratung und Hilfen bei Fragen zu vorgeburtlichen Untersuchungen. Berlin

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2008): Gemeinsames Rahmenkonzept der gesetzlichen Krankenkassen und der gesetzlichen Rentenversicherung für die Durchführung stationärer und medizinischer Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche. www.bar-frankfurt.de, 25.09.2008

Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie/Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie/Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.) (2007[3]): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln

Bundesärztekammer (BÄK) (2008): Ärztinnen/Ärzte nach Bezeichnungen und ärztlichen Tätigkeitsbereichen am 31.12.2007. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat07Tabelle3.pdf, 08.08.2008

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2008): Erwerb von Methylphenidat durch Apotheken in Form von Fertigarzneimitteln. Persönliche Kommunikation

Bundesjugendkuratorium (BJK) (2001): Zukunftsfähigkeit sichern! – Für ein neues Verhältnis von Bildung und Jugendhilfe. Eine Streitschrift des Bundesjugendkuratoriums. http://www.bundesjugendkuratorium.de/pdf/1999-2002/bjk_2001_stellungnahme_zukunftsfaehigkeit_sichern.pdf, 15.08.2008

Bundesjugendkuratorium (BJK) (2005): Die Zukunft der Städte ist multiethnisch und interkulturell. Stellungnahme des Bundesjugendkuratoriums zu Migration, Integration und Jugendhilfe. http://www.bundesjugenkuratorium.de, 01.08.2008

Bundesjugendkuratorium (BJK) (2008): Pluralität ist Normalität für Kinder und Jugendliche. Vernachlässigte Aspekte und problematische Verkürzungen im Integrationsdiskurs. Stellungnahme des Bundesjugendkuratoriums http://www.bundesjugenkuratorium.de, 01.08.2008

Bundesjugendkuratorium(BJK)/Sachverständigenkommission für den elften Kinder- und Jugendbericht/Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe (2002):Bildung ist mehr als Schule. Leipziger Thesen zur aktuellen bildungspolitischen Debatte. http://www.bundesjugendkuratorium.de/pdf/1999-2002/bjk_2002_bildung_ist_mehr_als_schule_2002.pdf, 06.01.2009

Bundesministerium des Innern (BMI) (2006): 11. Sportbericht der Bundesregierung. Berlin

Bundesministerium des Innern/Bundesministerium der Justiz (BMI/BMJ) (2006): Zweiter Periodischer Sicherheitsbericht. Berlin

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2005): Einrichtungen und Stellen der Frühförderung in der Bundesrepublik Deutschland, http://www.bmas.de/coremedia/generator/3138/property=pdf/einrichtungen__und__stellen__der__391.pdf, 02.01.2008

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2008): Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2006: 18. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks. www.bmbf.de/pub/wsldsl_2006.pdf, 21.07.2008

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.) (1999): Jugendliche ohne Berufsausbildung. Eine BiBB/EMNID-Untersuchung. Bonn

Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV)/Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2008): IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. bmelv.de/cln_044/nn_749110/DE/03-Ernaehrung/01-Aufklaerung/AktionsplanErnaehrung__InForm/D-InFormBringen.html__nnn=true, 09.01.2009

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2007): Übereinkommen über die Rechte des Kindes. UN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut mit Materialien. Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2002): Elfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2005): Nationaler Aktionsplan: Für ein kindgerechtes Deutschland 2005–2010. Berlin, www.bmfsfj.de/Politikbereiche/kinder-und-jugend,did=31372.html, 09.01.2009

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2008): Entwicklung nationaler Gesundheitsziele. http://www.bmg.bund.de/cln_043/nn_1168278/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/G/Glossarbegriff-Gesundheitsziele.html; 15.07.2008

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2008a): Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit. Berlin. http://www.bmg.bund.de/cln_117/SharedDocs/Publikationen/DE/Praevention/Strategie-Kindergesundheit,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Strategie-Kindergesundheit.pdf, 18.08.2008

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (2005): Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2008): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008 (Kurzbericht). http://www.bzga.de/?uid=4990f32045fb9e8cb3d8ff5e1c36b342&id=Seite1417; 18.11.2008

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2006): Jugendsexualität 2006: Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern. Köln. http://www.bzga.de/?uid=23dfd88eac948f896911dd0919f07cf4&id=medien&sid=-1&idx=817, 29.05.2008

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2007a): Aufklärung und Sexualverhalten junger Migrantinnen und Migranten: Untersuchung von 14- bis 17-Jährigen Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Köln. http://www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/Jugendsexualitaet_Migranten.pdf, 29.05.2008

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2007d): Cannabiskonsum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Repräsentativbefragungen der BZgA (Kurzbericht). Köln. http://www.bmg.bund.de/nn_604826/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Drogen-und-Sucht/Cannabis/kurzbericht-cannabis,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/kurzbericht-cannabis.pdf, 29.05.2008

Burkitt, I. (1999): Bodies of thought. Embodiment, identity and modernity. London, Sage

Butler, J. (1991): Das Unbehagen der Geschlechter. Frankfurt/M.

Butler, J. (1997): Körper von Gewicht. Die diskursiven Grenzen des Körpers. Frankfurt/M.

Cahill, L. T./Kaminer, R. K./Johnson, P. G. (1999): Developmental, cognitive, and behavioral sequelae of child abuse. In: Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 8, S. 827–843

Callies, O. (2004): Konturen sozialer Exklusion. In: Mittelweg 36. Hamburg, 4, S. 16–35

Caplan, G. (1964): Principles of Preventive Psychiatry, New York, Basic Books

Carlson, V./Cicchetti, D./Barnett, D./Braunwald, K. (1989): Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. In: Developmental Psychology, 25, S. 525–531

Castells, M. (1991): Informatisierte Stadt und soziale Bewegungen. In: Wentz, M. (Hrsg.): Die Zukunft des Städtischen. Frankfurt am Main, S. 137–147

Cefai, C. (2007): Resilience for all: A study of classrooms as protective contexts. In: Emotional and Behavioural Difficulties, 12, S. 119–134

Chisholm, K. (1998): A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. In: Child Development, 69, S. 1092–1106

Chisholm, L./Hurrelmann, K. (1995): Adolescence in modern Europe: Pluralized transition patterns and their implications for personal and social risks. In: Journal of Adolescence, 18, S. 129–158

Christenson, S./Sheridan, S. (2001): Schools and families: Creating essential connections for learning. New York: Guilford

Cibis, A./Bramesfeld, A./Blume, A./Havers, I./Hegerl, U. (2008): Optimierte Versorgung depressiv Erkrankter: Das Deutsche Bündnis gegen Depression. In: Bundesgesundheitsblatt, 51, S. 430–435

Cicchetti, D./Hinshaw, S. P. (2002): Prevention and intervention science: Contributions to developmental theory. In: Development and Psychopathology, 14, S. 667–671

Cicchetti, D./Rappaport, J./Sandler, I./Weissberg, R. P. (Eds.) (2000): The promotion of wellness in children and adolescents. Washington, D. C.: CWLA Press

Cicchetti, D./Toth, S. (1995): Developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, S. 541–565

Cierpka, M./Reich, G./Massing, A. (2007): Praxis der psychoanalytischen Familien- und Paartherapie. Stuttgart

Cockerham, W. C. (2007): Social causes of health and disease. Cambridge: Polity

Coleman, J. S. (1996): Der Verlust sozialen Kapitals und seine Auswirkungen auf die Schule. In: Leschinsky, A. (Hrsg.): Die Institutionalisierung von Lehren und Lernen (34. Beiheft der Zeitschrift für Pädagogik). Weinheim, S. 99–106

Conradi, E. (2001): Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Frankfurt/M./New York, Campus

Côté, J. E. (1997): An empirical test of the identity capital model. In: Journal of Adolescence, 20, S. 577–597

Côté, J. E./Levine, C. (2002): Identity Formation, Agency and Culture. A Socialpsychological Synthesis. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum

Criss, M./Pettit, G./Bates, J./Dodge, K./Lapp, A. (2002): Family adversity, positive peer relationships, and children's externalizing behavior: A longitudinal perspective on risk and resilience. In: Child Development, 73, S. 1220–1237

Crossley, N. (2006): Reflexive embodiment in contemporary society. Maidenhead, Open University Press

Dauber, H. (2007): Achtsamkeit in der Pädagogik – zur Dialektik von Selbstverwirklichung und Selbsthingabe. https://kobra.bibliothek.uni-kassel.de/bitstream/urn:nbn:de:hebis:34-2007042017768/1/DauberAchtsamkeitPaedagogik.pdf, 13.10.2008

Dederich, M. (2007): Körper, Kultur und Behinderung. Eine Einführung in die Disability Studies. Bielefeld

Deneke, C. (2005): Gesundheitsarbeit in der Jugendhilfe. In: Ortmann, K./Waller, H. (Hrsg.): Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder. Hohengehren, S. 114–127

Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) (Hrsg.) (2007): Drogensituation in Deutschland 2006/2007: Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen. Bericht 2007 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. http://www.dbdd.de/Download/REITOX_D2007_D.pdf; 25.07.2008

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) (2000): Ernährungsbericht 2000. Frankfurt/M.

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (2008): Öffentlicher Kinder- und Jugendgesundheitsdienst. www.dgspj.de/publichealth.php, 21.10.2008

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2000): Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe. Positionspapier 2001. Geesthacht

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2000): Soziotherapie chronisch Abhängiger: Ein Gesamtkonzept. Geesthacht. http://www.dhs.de/makeit/cms/cms_upload/dhs/positionspapier.2001.pdf, 23.09.2008

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2008): Basisinformationen Medikamente. http://www.dhs.de/web/daten/DHS_Basisinfo_Medikamente_10_05.pdf; 29.07.2008

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2008a): Glücksspiel. http://www.dhs.de/web/suchtstoffe/gluecksspiel.php; 25.09.2008

Deutsche Pfadfinderschaft St. Georg (DPSG) (2008): Programmheft der DPSG-Jahresaktion 2009 „Leben ist mehr – Abenteuer Begegnung". Neuss

Deutscher Bundestag (1980): Bericht über Bestrebungen und Leistungen der Jugendhilfe – Fünfter Jugendbericht. Drucksache 8/3685 20.02.1980. Bonn. http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/08/036/0803685.pdf, 10.10.2008

Deutscher Bundestag (1990): Bericht über Bestrebungen und Leistungen der Jugendhilfe – Achter Jugendbericht. Deutscher Bundestag, Drucksache 11/6576 vom 06.03.90. Bonn. http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/11/065/1106576.pdf, 10.10.2008

Deutscher Bundestag (2002): Bericht über die Lebenslagen junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Elfter Kinder- und Jugendbericht. BT 14/8181 vom 04.02.2002. Berlin. http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/14/081/1408181.pdf, 10.10.2008

Deutscher Bundestag (2005a): Zweite Beschlussempfehlung und zweiter Bericht des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (12. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 15/3676, 15/3986, 15/4045 – Entwurf eines Gesetzes zum qualitätsorientierten und bedarfsgerechten Ausbau der Tagesbetreuung und zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe (Tagesbetreuungsausbaugesetz – TAG): Deutscher Bundestag Drucksache 15/5616 vom 01.05.2005. Berlin: http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/056/1505616.pdf, 10.10.2008

Deutscher Bundestag (2005b): Bildung, Betreuung und Erziehung vor und neben der Schule. Zwölfter Kinder- und Jugendbericht. BT 15/6014 vom 10.10.2005. Berlin, http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/060/1506014.pdf, 10.10.2008

Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) (1995): „Gesundheitspolitische Konzeption des Deutschen Sportbundes". Politische Verankerung der Gesundheitsförderung in den Sportorganisationen; Interessenvertretung des Sports im Rahmen einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik. Frankfurt/M.

Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) (2006): Qualitätsmanagement-Handbuch Sport. Pro Gesundheit. Frankfurt/M.

Deutsches Jugendinstitut e. V (DJI): Datenbank prokita, www.dji.de/prokita

Deutsches Jugendinstitut e. V./Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik (2008): Zahlenspiegel – Kindertagesbetreuung im Spiegel der Statistik. www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=107256.html

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (2008): Rauchende Kinder und Jugendliche in Deutschland: Leichter Einstieg, schwerer Ausstieg. http://www.tabakkontrolle.de/pdf/Rauchende_Kinder_und_Jugendliche_Band_8.pdf, 28.01.2009

Diakonischer Bundesverband (2008): Stellungnahme zum Fachgespräch im Rahmen der Erstellung des 13. Kinder- und Jugendberichts: Teilhabe von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung. Unveröffentlichtes Manuskript

Diedrichsen, I. (1990). Ernährungspsychologie. Berlin

Dill, H./Höfer, R./Keupp, H. (1999): Jugendgesundheit zwischen den Kulturen: Eine Befragung an Münchner Berufsschulen. http://www.ipp-muenchen.de/texte/jugendgesundheit.pdf, 02.07.2008

Diller, A. (2006): Eltern-Kind-Zentren. Grundlagen und Rechercheergebnisse. München

Diller, A. (2007): Kinder- und Familienzentren in Deutschland. Fachpolitischer Kontext und Entwicklungslinien. Referat im IFP München. http://www. Ifp.bayern.de, 11.11.2008

Diller, A./Heitkötter, M./Rauschenbach, T. (Hrsg.) (2008): Familie im Zentrum. Kinderfördernde und elternunterstützende Einrichtungen – aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen. München

Dittrich, G. (2008): Entwicklung pädagogischer Qualität in integrativen Kindertagesstätten. In: Kreuzer, M./ Ytterhus, B. (Hrsg.): Dabei sein ist nicht alles. Inklusion und Zusammenleben im Kindergarten. München/Basel

Dittrich, G./Bopp, C. (2008): Befragung von Frühförderstellen. Unveröffentlichtes Manuskript

Dittrich, G./Riedel, B. (2008): So war es nicht gedacht! Betreuungsplätze für Kinder unter Drei. In: Welt des Kindes, 1, (2). München

Dlubis-Mertens, K. (2003): Suizidforen im Internet: Ernst zu nehmende Beziehungen. In: Deutsches Ärzteblatt, 100, S. B325

Döpfner, M. (2008): Therapie von hyperkinetischen Störungen. Beitrag auf dem 14. Münchner kinder- und jugendpsychiatrischen Frühjahrssymposium über Entwicklungsstörungen. München, 8. März 2008

Dörr, M. (2008): Gesundheitsförderung in stationären Angeboten der Jugendhilfe: Heime als Orte für Salutogenese. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript

Dragano, N./Lampert, T./Siegrist, J. (2008): Wie baut sich soziale Ungleichheit im Lebenslauf auf? Expertise für den 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript

Dreas, A./Spiegel, M.A./Hassel, H. (2008): Recherche zu Präventionsprogrammen in KiTas mit dem Schwerpunkt: Bewegung, gesunde Ernährung und Entwicklung eines gesunden Körpergewichts. Bremen

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2008b): Drogen und Sucht im Fokus der Politik. Vortrag im Rahmen des „Bonner Politik-Forum“ am 22.8.2008. www.bonner-politik-forum.de/fileadmin/uploads/Drogen_und_Sucht.pdf, 06.02.2009

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2008): Drogen- und Suchtbericht 2008. Berlin. http://www.bmg.bund.de/nn_600172/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Drogen-und-Sucht/Drogen-Suchtbericht-08,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Drogen-Suchtbericht-08.pdf, 17.06.2008

Düx, W./Prein, G./Sass, E./Tully, C. (2008): Kompetenzerwerb im freiwilligen Engagement. Eine empirische Studie zum informellen Lernen im Jugendalter. Wiesbaden

Eckert, A. (2008): Familie und Behinderung. Studien zur Lebenssituation von Familien mit einem behinderten Kind. Hamburg

Eckert, J./Reimer, C./Strauß, B. (2006): Primärprävention bei Essstörungen. In: Psychotherapeut, 51, S. 187–196

Egeland, B./Sroufe, L. A. (1981): Attachment and early maltreatment. In: Child Development, 52, S. 44–52

Egger, A./Wohlschläger, E./Rüdiger, H. W./Wolf, C./ Kundi, M./Trimmel, M. (2006): Gesundheitliche Auswirkungen von Arbeitslosigkeit. In: Arbeitsmedizin – Sozialmedizin – Umweltmedizin, 41, S. 16–20

Egle, U/Hoffmann, S.-O. (20002): Pathogenese und protektive Entwicklungsfaktoren in Kindheit und Jugend. In: Egle, U./Hoffmann, S.-O./Joraschky, P. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung. Stuttgart, S. 3–22

van Egmond-Fröhlich, A./Mößle, T./Ahrens-Eipper, S./ Schmid-Ott, G./Hüllinghorst, R./Warschburger, P. (2007): Übermäßiger Medienkonsum von Kindern und Jugendlichen: Risiken für Psyche und Körper. In: Deutsches Ärzteblatt, 104, S. A2560–A2564

Ehrenberg, A. (2004): Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt/M.

Eiermann, N./Häussler, M./Helfferich, C. (2000): Leben und Interessen vertreten: Frauen mit Behinderung. Lebenssituationen, Bedarfslagen und Interessensvertretungen von Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen. Stuttgart

Eissler, K. (1963): Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muß ein Mensch symptomfrei ertragen, um eine normale Konstitution zu haben? In: Psyche, 17, S. 240–291

Ellert, U./Neuhauser, H./Roth-Isigkeit, A. (2007): Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Prävalenz und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 711–717

Engelen, U. (2006): Chancen und Grenzen der Jugendhilfe. In: Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.), Suchterkrankungen im Jugendalter: Dokumentation der Kooperationsveranstaltung am 9. März 2005 in den Rheinischen Kliniken Essen – Kliniken/Institut der Universität Duisburg-Essen. Köln, S. 28–31

Engfer, A. (1997): Gewalt gegen Kinder in der Familie. In: Egle, U. T./Hoffmann, S. O./Joraschky, P. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen. Stuttgart/ New York, S. 21–34

Engfer, A. (2005): Formen der Misshandlung von Kindern – Definition, Häufigkeiten, Erklärungsansätze. In: Egle, U. T./Hoffmann, S.-O./Joraschky, P. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. Stuttgart, S. 3–19

Erdheim, M. (1983): Adoleszenz zwischen Familie und Kultur. Ethnopsychoanalytische Überlegungen zur Funktion der Jugend in der Kultur. In: Psychosozial, 6, S. 104 – 116

Erikson, E. (1968): Identity: Youth and Crisis. New York, Norton

Eriksson, M. (2007) (Hrsg.): Unraveling the Mystery of Salutogenesis. Vasa, Abo Akademi

Eriksson, M./Lindström, B. (2007): Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. In: Eriksson, M. (Hrsg.): Unraveling the Mystery of Salutogenesis. Vasa, Abo Akademi

Essau, C./Conradt, J./Reiss, B. (2003): Klassifikation, Epidemiologie und diagnostisches Vorgehen. In Schneider S. (Hrsg.): Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen: Grundlagen und Behandlung. Berlin, S. 80–102

Essau, C./Karpinski, N./Petermann, F./Conradt, J. (1998): Häufigkeit und Komorbidität psychischer Störungen bei Jugendlichen. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 46, S. 105–124

Esser, G. (2002): Umschriebene Entwicklungsstörungen. In: Esser, G. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Stuttgart, S. 134–151

Esser, G./Ihle, W. (2008): Abhängigkeit von legalen und illegalen psychotropen Substanzen. In: Kindheit und Entwicklung, 17, S. 1–4

Esser, G./Ihle, W./Schmidt, M./Blanz, B. (2000): Der Verlauf psychischer Störungen vom Kindes- zum Erwachsenenalter. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 29, S. 276–283

Esser, H. (2006): Migration, Sprache und Integration. AKI-Forschungsbilanz 4. http://www.wzb.eu/zkd/aki/files/aki_forschungsbilanz_4.pdf, 07.05.2008

Ettrich, C./Prothmann, S./Krumbiegel, P./Ettrich, K.-U. (2002): Biopsychosoziale Einflüsse auf die kognitive und soziale Entwicklung von Klein- und Vorschulkindern. In: Kindheit und Entwicklung, 11, S. 21–28

Europarat (2008): Child and teenage suicide in Europe: A serious public health issue. Parlamentarische Versammlung, Resolution 1608. http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta08/ERES1608.htm, 17.06.2008

Ewald, F. (1993): Der Vorsorgestaat. Frankfurt/M.

Ezzell, C./Swenson, C./Brondino, M. (2000): The relationship of social support to physically abused children's adjustment. In: Child Abuse and Neglect, 24, S. 641–651

Faltermaier, T. (2005): Gesundheitspsychologie. Grundriss der Psychologie, Bd. 21. Stuttgart

Fauser, K./Fischer, A./Münchmeier, R. (2006a): Jugendliche als Akteure im Verband. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung der Evangelischen Jugend (Jugend im Verband 1). Opladen/Farmington Hills

Fauser, K./Fischer, A./Münchmeier, R. (Hrsg.) (2006b): „Man muss es selbst erlebt haben….." Ergebnisse einer empirischen Untersuchung der Evangelischen Jugend (Jugend im Verband 2). Opladen/Farmington Hills

Fegert, J. (2003): Schnittstellen unterschiedlicher fachlicher und administrativer Zuständigkeiten, Verknüpfung und Vernetzung. In: Fegert, J./Ziegenhain, U. (Hrsg.): Hilfen für Alleinerziehende. Weinheim, S. 20 ff

Fegert, J. M. (2004): Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch. In: Eggers, C./Fegert, J. M./Resch, F. (Hrsg.), Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Heidelberg, S. 497–516

Fegert, J. M./Besier, T. (2008): Heimkinder und andere psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen – Eine Expertise zur Zusammenarbeit der Systeme nach der KICK-Reform. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript

Fegert, J. M./Buchmann, J. (2004): Umschriebene Entwicklungsstörungen und Sinnesstörungen. In: Eggers, C./Fegert, J. M./Resch, F. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Berlin, S. 751–771

Fegert, J. M./Glaeske, G./Janhsen, K./Ludolph, A./Ronge, C. (2002): Untersuchung zur Arzneimittelversorgung von Kindern mit hyperkinetischen Störungen anhand von Leistungsdaten der GKV. Berlin

Fegert, J. M./Jeschke, K./Thomas, H./Lehmkuhl, U. (Hrsg.) (2006): Sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Gewalt: Ein Modellprojekt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung. Weinheim

Fegert, J. M./Schrapper, C. (Hrsg.) (2004): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. München

Fend, H. (1988): Sozialgeschichte des Aufwachsens. Bedingungen des Aufwachsens und Jugendalters im zwanzigsten Jahrhundert. Frankfurt/M.

Fend, H. (2001): Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Ein Lehrbuch für pädagogische und psychologische Berufe. Opladen

Fendrich, S. (2008): Hilfen zur Erziehung – eine Trendwende bei der Personalentwicklung. Rückbau und Umstrukturierung der Beschäftigten in einem expandierenden Leistungsbereich. In: KomDat Jugendhilfe, 1/2, S. 9–11

Ferber, C. von (1971): Gesundheit und Gesellschaft. Haben wir eine Gesundheitspolitik? Stuttgart

Fergusson, D. M./Horwood, L. J./Swain-Campbell, N. R. (2003): Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people. In: Psychological Medicine, 2003, 33, S. 15–21

Fichter, M. (2005): Anorektische und bulimische Essstörungen. In: Der Nervenarzt, 76, S. 1141–1153

Fischer, G./Riedesser, P. (1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München/Basel

Flammer, A. (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Bern, Huber

Flammer, A./Alsaker, F.D. (2002): Entwicklungspsychologie der Adoleszenz. Bern, Huber

Flick, U. (2002): Innovation durch New Public Health. Göttingen

Flick, U./Röhnsch, G. (2006a): „Lieber besoffen. Oder bekifft. Dann kann man's wenigstens noch aushalten." Zum Alkohol- und Drogenkonsum obdachloser Jugendlicher. In: Diskurs Kindheits- und Jugendforschung, 1, S. 261–280

Flick, U./Röhnsch, G. (2006b): „Ich vertrau der anderen Person eigentlich…": Armut und Obdachlosigkeit als Kontexte sexuellen Risiko- und Schutzverhaltens von Jugendlichen. In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 26, S. 171–187

Flick, U./Röhnsch, G. (2008): Gesundheit auf der Straße. Gesundheitsvorstellungen und Umgang mit Krankheit im Kontext von Jugendobdachlosigkeit. München/Weinheim

Fonagy, P./Gergely, G./Jurist, Elliot L./Target, M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart

Forsthoff, A./Hummel, B./Möller, H.-J./Grunze, H. (2005): Suizidalität und Internet: Gefahren durch neue Medien. In: Der Nervenarzt, 77, S. 343–345

Fraiberg, S. (1982): Pathological defenses in infancy. In: Psychoanalysis Quarterly, 51, S. 612–635

Frank, R. (Hrsg.) (2005a): Rehabilitation von Jugendlichen mit neuropsychiatrischen Erkrankungen. Freiburg

Frank, R. (2005b): Selbstverletzendes Verhalten. In: Monatsschrift für Kinderheilkunde, 11, S. 1082–1086

Frank, R. (2005c): Suizidalität von Kindern und Jugendlichen: Erkennen, Einschätzen, Vorgehen. In: Notfall & Rettungsmedizin, 8, S. 216–222

Frank, R. (Hrsg.): (2006): Geistige Behinderung. Verhaltensmuster und Verhaltensauffälligkeit. Freiburg

Franke, A. (1993): Die Unschärfe des Begriffs „Gesundheit" und seine gesundheitspolitischen Auswirkungen. In: Franke, A./Broda, M. (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit. Tübingen, S. 15–34

Franke, A. (1997): Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenesekonzepts. In: Antonovsky, A. (Hrsg.): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen, S. 169–190

Franz, M. (2005): Die Belastungen von Kindern psychisch kranker Eltern: Eine Herausforderung zur interdisziplinären Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. In: Kind, Jugend, Gesellschaft, 50, S. 82–86

Franzkowiak, P. (1998): Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit zwischen Public Health und Gesundheitswissenschaft. In: neue praxis, 28, S. 171–179

Franzkowiak, P. (2006): Präventive Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. München

Freytag, T. (2008): Der unternommene Mensch. Eindimensionalisierungsprozesse in der gegenwärtigen Gesellschaft. Weilerswist

Friederich, T. (2008): Die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertageseinrichtungen. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript

Friedman, T. L. (2006): Die Welt ist flach. Eine kurze Geschichte des 21. Jahrhunderts. Frankfurt/M.

Fröhlich-Gildhoff, K./Rönnau, M./Dörner, T./Kraus-Gruner, G./Engel, E.-M. (2008): Kinder Stärken! Resilienzförderung in der Kindertageseinrichtung. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 57, S. 98–116

Frühauf, T. (2002): Behinderungen. In: Schröer, W./Struck, N./Wolff, M. (Hrsg.): Handbuch Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim/München

Frye, C./Heinrich, J. (2003): Trends and predictors of overweight and obesity in East German children. In: International Journal of Obesity, 27, 963–969

Fuchs, H. (2004): Prävention und medizinische Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen durch die Träger der Renten- und Krankenversicherung. Geschichtliche Entwicklung, rechtliche Rahmenbedingungen und Grundlagen für Konzepte und Qualität der Leistungserbringung unter besonderer Berücksichtigung der Frühförderung. Schriften aus dem Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin, Bd. 1. Aachen

Fuchs, H. (2008): Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen zwischen gesundheitspolitischer Aufgabe, Rechtsanspruch und Kassenlage. In: Diakonie für Kinder und Jugendliche (Hrsg.): Gesunde Kinder – gesunde Zukunft? Zukunftsaufgabe Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. Fachtagung. Berlin

Fuchs-Rechlin, K. (2006): Kindestötungen: Was sagt die Statistik? In: KOMDAT Jugendhilfe, 9, S. 3-5

Fuhrer, U./Trautner, H.-M. (2005): Entwicklung und Identität. In: Asendorpf, J. (Hrsg.): Soziale, emotionale und Persönlichkeitsentwicklung. Göttingen, S. 335–424

Fuhs, B. (1996): Das außerschulische Kinderleben in Ost- und Westdeutschland. In: Büchner, P./Fuhs, B./Krüger, H.-H. (Hrsg.): Vom Teddybär zum ersten Kuss. Wege aus der Kindheit in Ost- und Westdeutschland. Opladen, S. 129–158

Gabriel, B./Bodenmann, G. (2006): Befinden, Partnerschafts- und Elternzufriedenheit bei Eltern im Zusammenhang mit kindlichem Verhalten. In: Psychologie in Erziehung und Unterricht, 53, S. 213–225

Gadow, T. (2007): Soziales Lernen bei aggressiven und hyperaktiven Kindern: Entwicklungsbedingungen sozialer Kompetenz. Saarbrücken

Gaensbauer, T. J. (1982): Regulation of emotional expression in infants from two contrasting caretaking environments. In: Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21, S. 163–170

Galm, B./Herzig, S./Lillig, S./Stötzel, M. (2007): Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung. In: Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.): Strategien der Gewaltprävention im Kindes- und Jugendalter. Eine Zwischenbilanz in sechs Handlungsfeldern. München, S. 31–59

Gaschke, S. (2001): Die Erziehungskatastrophe. Kinder brauchen starke Eltern. München/Stuttgart

Gaupp, N. (2006): Leben ohne Arbeit: Ein Jugendtraum? Hauptschülerinnen und Hauptschüler an der Schwelle zur Berufsausbildung. Jahrestagung Gemeindepsychiatrie, Magdeburg, 21. Juni 2006

Gaupp, N./Hofmann-Lun, I./Lex, T./Reißig, B. (2006). Hauptschüler: Schwierige Übergänge von der Schule in die Berufsausbildung. In: Lehren und Lernen, 8/9, S. 34–43

Gavranidou, M. (2008a): Gesundheit von Migrantenkindern. In: Beiheft Pädiatrische Praxis, in Druck

Gavranidou, M.(2008b): Gesundheitsförderung für MigrantInnen (WS 8). Workshop auf dem Internationalen Symposium „Perspektive Gesundheit“ vom 17.–18. April 2008 in München. Unveröff. Manuskript

Gehres, W./Müller, B./Siegler, M. (2001): Möglichkeiten und Grenzen interdisziplinärer Kooperation bei der Frühförderung. Einige empirische Ergebnisse. In: Gemeinsam leben 9, S. 21–24

Gehrmann, J. (2007): Kindeswohlgefährdung aus ärztlicher Sicht. Jugendhilfe, 45, S. 4

Geiger, I.-K./Razum, O. (2006): Migration: Herausforderungen für die Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K./Laaser, U./Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim/München, S. 719–743

Geisen, T./Riegel, C. (Hrsg.) (2007): Jugend, Zugehörigkeit und Migration. Wiesbaden

Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA (2008): Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) In: Bundesanzeiger 2008, Nr. 146: S. 3484

Gensicke, T./Picot, S./Geiss, S. (2006): Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999–2004. Wiesbaden

GEO Wissen (2008): Themenheft Pubertät, 41, 05/08

George, C./Main, M. (1979): Social interactions of young abused children: Approach, avoidance, and aggression. In: Child Development, 50, S. 306–318

Gerlach, M./Wewetzer, C. (2008²): Entwicklungspsychopharmakologie. In: Blanz , B./Remschmidt, H./Schmidt, M./Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Stuttgart, S. 372–407

Gerlinghoff, M./Backmund, H. (2004): Essstörungen im Kindes- und Jugendalter: Anorexia nervosa, Bulimia, nervosa, Binge Eating Disorder. In: Bundesgesundheitsblatt, 47, S. 246–250

Gerth, U./Menne, K. (2008): Der Beitrag der Erziehungsberatung zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript

Gerth, U./Menne, K. (2008a):Nachtrag zur Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript

Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) (2007): Psychiatrie in Deutschland: Leistungen, Strukturen und Perspektiven. http://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_80-GMK_Top1002_Anlage1_Psychiatrie-Bericht.pdf, 22.09.2007

Gesundheitsziele.de (2003): Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung. www.gesundheitsziele.de

Geyer, S. (2000): Antonovsky’s sense of coherence – ein gut geprüftes und empirisch bestätigtes Konstrukt? In: Wydler, H./Kolip, P./Abel, T. (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Weinheim/München, S. 71–84

Giddens, A. (1992): Kritische Theorie der Spätmoderne. Wien

Giddens, A. (1995): Konsequenzen der Moderne. Frankfurt/M.

Giddens, A. (1997): Die Konstitution der Gesellschaft. Grundzüge einer Theorie der Strukturierung. Frankfurt/M.

Gilles, C. (1998): Gesundheitsförderung in der Offenen Kinder- und Jugendarbeit. In: Deutsche Jugend, 46, 1998, 12, S. 521–528

Gisdakis, B. (2007): „Oh, wie wohl ist mir in der Schule …“: Schulisches Wohlbefinden – Veränderungen und Einflussfaktoren im Laufe der Grundschulzeit. In: C. Alt (Hrsg.): Kinderleben, Bd. 3: Start in die Grundschule. Wiesbaden, S. 107–136

Glaeske, G./Janhsen, K. (2007): GEK-Arzneimittel-Report 2007. St. Augustin

Göckenjan, G. (1985): Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt. Frankfurt/M.

Gogoll, A./Kurz, D./Menze-Sonneck, A. (2003): Sportengagement Jugendlicher in Westdeutschland. In: Schmidt, W./Hartmann-Tews, I./Brettschneider, W.-D. (2003): Erster Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht. Schorndorf, S. 145–165

Gold, C./Hertwig, R. (2008): Gesunde Lebenswelten für Kinder und Jugendliche. In: Unsere Jugend, 6, S. 257–268

Goldbeck, L./Fegert, J.M. (2008): Abschlussbericht: Evaluation eines aufsuchenden, multimodalen ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte. Download als PDF unter: www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatrie psychotherapie/home/forschung/projekte-dissertationen/heimprojekt.html, 09.01.2009

Goldbeck, L./Schulze, U./Fegert, J. M. (2004): Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Fegert, J. M./Schrapper, C. (Hrsg.) (2004): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim/München, S. 259–264

Göppel, R. (2007): Aufwachsen heute. Veränderungen der Kindheit – Probleme des Jugendalters. Stuttgart

Gordon, R. S. (1983): An operational classification of disease prevention. In: Public Health Reports, 98, S. 107–109.

Gorges, R. (2004): Waldkindergarten und Schulfähigkeit. Eine Untersuchung an der FH Darmstadt. http://db.dji.de/cgi-bin/db/dbrecout.php?db=5&dbsuche=5&tabelle=db_stamm&rowid=2916&reiter=3, 13.10.2008

Gragert, N./Peucker, C./Pluto L./Seckinger, M. (2009): Kindertagesbetreuung unter der Lupe. Befunde zu Ansprüchen an eine Förderung von Kindern, München (in Druck)

Green, J./Labonté, R. (Eds.) (2008): Critical perspectives in Public Health. London/New York: Routledge

Gregor, A./Cierpka, M. (2004): Das Baby verstehen. Das Handbuch zum Elternkurs für Hebammen. Bensheim

Grossmann, K./Grossmann, K. (2007²): Die Entwicklung von Bindungen: Psychische Sicherheit als Voraussetzung für psychologische Anpassungsfähigkeit. In: Opp. G./Fingerle, M. (Hrsg.), Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München, S. 279–298

Grundmann, M. (2006): Sozialisation. Skizze einer allgemeinen Theorie. Konstanz

Grundmann, M. (2008): Handlungsbefähigung – Eine sozialisationstheoretische Perspektive. In: Otto, H.-U./Ziegler, H. (Hrsg.): Capabilities – Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft. Wiesbaden, S. 131–142

Grundmann, M./Dravenau, D./Bittlingmayer, U. H./Edelstein, W. (2006): Handlungsbefähigung und Milieu. Zur Analyse milieuspezifischer Alltagspraktiken und ihrer Ungleichheitsrelevanz. Münster

Grunow, D./Grunow-Lutter, V. (2000): Der öffentliche Gesundheitsdienst im Modernisierungsprozess. Weinheim/München

Gugutzer, R. (2002): Leib, Körper und Identität. Eine phänomenologisch-soziologische Untersuchung zur personalen Identität. Wiesbaden

Gugutzer, R. (2004): Soziologie des Körpers. Bielefeld

Günter, M. (2004): Chronische Krankheiten und psychische Beteiligung. In: Eggers, C./Fegert, J. M./Resch, F. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Heidelberg, S. 615–633

Guralnick, M. (2001): Early childhood inclusion: Focus on change. Baltimore: Brookes

Hafeneger, B./Schröder, A. (2005): Jugendarbeit. In: Otto, H.-U./Thiersch, H. (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik. München/Basel, S. 840–850

Hahlweg, K./Heinrichs, N./Bertram, H./Kuschel, A./Widdecke, N. (2008): Körperliche Bestrafung: Prävalenz und Einfluss auf die psychische Entwicklung bei Vorschulkindern. In: Kindheit und Entwicklung, 17, S. 46–56

Hahn, A./Jerusalem, M. (2001): Internetsucht: Jugendliche gefangen im Netz. In: Raithel, J. (Hrsg.): Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Opladen, S. 279–294

Hähne, C.; Dümmler, K. (2008): Einflüsse von Geschlecht und sozialer Ungleichheit auf die Wahrnehmung und den Umgang mit dem Körper im Jugendalter. In: Richter, M. et al. (Hrsg.): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Weinheim, München, S. 93–115

Hampel, P./Kropf, V./Dikici, S./König, L./Gloger-Tippelt, G./Petermann, F. (2007): Kognitive Entwicklung und sozial-emotionale Kompetenzen bei Frühgeborenen mit unterschiedlichen Bindungsrepräsentationen. In: Kindheit und Entwicklung, 16, S. 220–228

Hans-Bredow-Institut (Hrsg.) (2007): Analyse des Jugendmedienschutzsystems – Jugendschutzgesetz und Jugendmedienschutz-Staatsvertrag. Endbericht. (Projektteam: Brunn, I./Dreier, H./Dreyer, S./Hasebrink, U./Held, T./Lampert, C./Schulz, W.). Hamburg. www.hans-bredow-institut.de/forschung/recht/071030Jugendschutz-Gesamtbericht.pdf, 6.2.2009

Hanses, A./Sander, K.(2008): Gesundheitsförderung in der außerschulischen Jugendarbeit unter Berücksichtigung der Lebens- und Risikolagen der Adressaten und dem(etwaigen) Unterschied zwischen Ost- und West-Deutschland. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript

Hanses, A./Sander, K. (2008a): Evaluation und wissenschaftliche Begleitung zum Modellprojekt „BodyGuard – Das IB-Gesundheitsprogramm für Jugendliche“. Unveröff. Manuskript

Harder, T./Bergmann, R./Kallischnigg, G./Plagemann, A. (2005): Duration of breastfeeding and risk of overweight: A meta-analysis. In: Am. J. Epidemiol., 162, S. 397–403

Harter, S. (1998): The development of self-representations. In: Damon, W. (Series Ed.)/Eisenberg, N. (Vol. Ed.): Handbook of child psychology, Vol. 3: Social, emotional, and personality development. New York, Wiley, S. 553–617

Hartnuss, B./Maykus, St. (Hrsg.) (2004): Handbuch Kooperation von Jugendhilfe und Schule. Ein Leitfaden für Praxisreflexionen, theoretische Verortungen und Forschungsfragen. Freiburg/Br.

Hassel, H. (1996): Gesundheitsförderung – Bausteine für ein didaktisches Modell „Gesunde Gewichtsentwicklung von Kindern (6–10 Jahre)“. Berlin

Hasselhorn, M./Grube, D. (2008): Individuelle Voraussetzungen und Entwicklungsbesonderheiten des Lernens im Vorschul- und frühen Schulalter. In: Empirische Pädagogik, 22, S. 113–126

Hauner, H. (2000): Adipositas: Die neue Herausforderung. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 125, S. 255

Havighurst, R. J. (1972): Developmental tasks and education. New York: McKay

Hayer, T./Scheithauer, H./Petermann, F. (2005): Bullying: Schüler als Täter – Lehrer als Opfer?! In: Ittel, A./von Salisch, M. (Hrsg.): Lügen, Lästern, Leiden lassen: Aggressives Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Stuttgart, S. 237–255

Hebenstreit-Müller, S. (2006): Andere Länder machen es uns vor: Kleine Kinder brauchen Exzellenzzentren. In: Thinktank. www.berlinpolis.de

Heckhausen, H. (1977): Achievement motivation and its constructs: A cognitive model: Motivation and Emotion, 1, 283–329

Heckmann, Chr. (2004): Die Belastungssituation von Familien mit behinderten Kindern. Soziales Netzwerk und professionelle Dienste als Bedingungen für die Bewältigung. Heidelberg

Heinrichs, J.-H. (2006): Grundbefähigungen. Zum Verhältnis von Ethik und Ökonomie. Paderborn

Heller, S./Larrieu, J./D'Imperio, R./Boris, N. (1999): Research on resilience to child maltreatment: Empirical considerations. In: Child Abuse and Neglect, 23, S. 321–338

Hengst, H./Zeiher, H. (2005): Kindheit Soziologisch. Wiesbaden

Hensen, G./Hensen, P. (Hrsg.) (2008a): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Wiesbaden

Hensen,G./Hensen, P. (2008b): Einführung. In: Hensen, G./Hensen, P. (Hrsg.): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Wiesbaden, S. 13–38

Hering, S./Münchmeier, R. (Hrsg.) (2003): Geschichte der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Weinheim/München

Herman, J. (1993): Die Narben der Gewalt. München

Hermes, G./Rohrman, E. (Hrsg.) (2006): Nichts über uns – ohne uns. Disability Studies als neuer Ansatz emanzipatorischer und interdisziplinärer Forschung über Behinderung. Wasserburg, AG SPAK

Herpertz-Dahlmann, B./Herpertz, S. (2008[2]): Persönlichkeitsstörungen. In: B. Blanz/H. Remschmidt/M. Schmidt/A. Warnke (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Stuttgart, S. 1052–1077

Herriger, N. (2006[3]) Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart

Herzlich, C./Pierret, J. (1991): Kranke gestern, Kranke heute. Die Gesellschaft und das Leiden. München

Herzog, D./Greenwood, D./Dorer, D./Flores, A./Ekeblad, E./Richards, A./Blais, M./Keller, M. (2000): Mortality in eating disorders: A descriptive study. In: International Journal of Eating Disoders, 28, S. 20–26

Hildenbrand, B. (2008): Resilienz in sozialwissenschaftlicher Perspektive. In: Welter- Enderlin, R./Hildenbrand, B. (Hrsg.): Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg, S. 20–27

Hintermair, M. (2006): Elterliches Belastungserleben, elterliche Ressourcen und psychische Entwicklung hörgeschädigter Kinder. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete, 75, S. 25–39

Hintermair, M./Tsirigotis, C. (Hrsg.) (2008): Wege zu Empowerment und Ressourcenorientierung in der Zusammenarbeit mit hörgeschädigten Menschen. Heidelberg

Hinz, A. (1993): Heterogenität in der Schule: Integration – interkulturelle Erziehung – Koedukation. Hamburg

Hinz, A./Katzenbach, D./Rauer, W./Schuck, Karl D./Wocken, H./Wudtke, H. (1998): Die Integrative Grundschule im sozialen Brennpunkt. Ergebnisse eines Hamburger Schulversuchs. Hamburg

Hinz, Andreas (2005). Schulenwicklung hin zur Teilhabe aller Schüler(innen). Der Index für Inklusion – Lernen und Teilhabe in der Schule der Vielfalt entwickeln. In: E. Wacker et al. (Hrsg.). Teilhabe. Wir wollen mehr als nur dabei sein. Lebenshilfe-Verlag, S.55-66

Hoehne, R. (2005): Gesundheitsarbeit in Kindergärten. In: Ortmann, K./Waller, H. (Hrsg.): gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder. Hohengehren, S. 102–113

Höfer, R. (2000a): Kohärenzgefühl und Identitätsentwicklung. Überlegungen zur Verknüpfung salutogenetischer und identitätstheoretischer Konzepte. In: Wydler, H./Kolip, P./Abel, T. (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Weinheim/München, S. 57–69

Höfer, R. (2000b): Jugend, Gesundheit und Identität. Studien zum Kohärenzgefühl. Opladen

Höfer, R. (2007): Zwischen erster und zweiter Moderne. Identifikationsprozesse in zivilgesellschaftlichen Organisationen am Beispiel der Naturfreunde. In: Forschungsjournal Neue Soziale Bewegungen, 2, S. 102–110

Höfer, R./Behringer, L. (2008): Interdisziplinäre Frühförderung – Angebot und Leistungen. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript

Höfer, R./Straus, F. (2004): Was Eltern über den Elterntalk denken ... Wissenschaftliche Begleitstudie zum Projekt „Elterntalk“. München: Aktion Jugendschutz Bayern

Hohm, E./Trautmann-Villalba, P./Schwarz, M./Hornstein, C. (2008). Stationäre Mutter-Kind Behandlung bei postpartalen psychischen Erkrankungen – ein Beitrag zur Prävention im Säuglingsalter. In: Nervenheilkunde 6, im Druck

Hollenweger, J. (2008): Die WHO veröffentlicht eine ICF-Version für Kinder und Jugendliche (ICF-CY). In: Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik, 1, S. 11–16

Hollenweger, J. (2007): Frühförderung und ICF. Überlegungen zur Anwendung der ICF in der frühen Kindheit. In: Frühförderung interdisziplinär, 4, S. 149–157

Hölling, H./Erhart, M./Ravens-Sieberer, U./Schlack, R. (2007): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen: Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 784–793

Hölling, H./Schlack, R. (2007): Essstörungen im Kindes- und Jugendalter: Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 794–799

Hölling, H./Schlack, R. (2008): Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter: Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: Das Gesundheitswesen, 70, S. 154–163

Hölling, H./Schlack, R./Dippelhofer, A./Kurth, B.-M. (2008): Personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren und gesundheitsbezogene Lebensqualität chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. In: Bundesgesundheitsblatt, 51, S. 784–793.

Holodynski, M. (2005): Am Anfang war der Ausdruck. Meilensteine und Mechanismen der Emotionsentwicklung. In: Psychologie in Erziehung und Unterricht, 52, S. 229–249

Holthusen, B./Schäfer, H. (2007): Strategien der Gewaltprävention in der Kinder- und Jugendhilfe im Jugendalter. In: Arbeitsstelle Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention (Hrsg.): Strategien der Gewaltprävention im Kindes- und Jugendalter. Eine Zwischenbilanz in sechs Handlungsfeldern. München, S. 131–168

Holtkamp, K./Herpertz-Dahlmann, B. (2001): Suizide und Suizidversuche im Kindes- und Jugendalter. In: Monatsschrift für Kinderheilkunde, 149, S. 717–729.

Holtkamp, K./Herpertz-Dahlmann, B. (2005): Anorexia und Bulimia nervosa im Kindes- und Jugendalter. In: Deutsches Ärzteblatt, 102, S. A50–A58

Holtmann, M./Laucht, M. (2007²): Biologische Aspekte der Resilienz. In: Opp, G./Fingerle, M. (Hrsg.): Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München, S. 32–44

Homfeldt, H. G. (1999): Sozialer Brennpunkt Körper. Körpertheorethische und praktische Grundlagen für die Soziale Arbeit. Baltmannsweiler

Homfeldt, H. G. (2004): Gesundheitsförderung und Schulsozialarbeit. In: Hartnuß, B./Maykus, S. (Hrsg.): Handbuch Kooperation von Jugendhilfe und Schule. Frankfurt/M., S. 371–388

Homfeldt, H. G. (2005): Gesundheitsförderung in der Ganztagsschule. Beiträge zu einer schulbezogenen Jugendhilfe. In: Spies, A./Stecklina, G. (Hrsg.): Die Ganztagsschule, Bd. 2: Keine Chance ohne Kooperation. Handlungsformen und institutionelle Bedingungen. Bad Heilbrunn, S. 120–133

Homfeldt, H. G./Laaser, U./Prümel-Philippsen, U./Robertz-Grossmann, B. (Hrsg.) (2002): Studienbuch Gesundheit. Soziale Differenzen – Strategien – Wissenschaftliche Disziplinen. Neuwied

Homfeldt, H. G./Schröer, W./Schweppe, C. (Hrsg.) (2008): Vom Adressaten zum Akteur. Soziale Arbeit und Agency. Opladen/Farmington Hill

Homfeldt, H. G./Schulze, J./Schenk, M./Seyl, S./Michels, C. (1995): Jugendverbandsarbeit auf dem Prüfstand. Die Jugendfeuerwehr – Perspektiven für das verbandliche Prinzip der Jugendarbeit. Weinheim/München

Homfeldt, H. G./Sting, S. (2006): Soziale Arbeit und Gesundheit – Eine Einführung. München

Hoops, S./Permien, H. (2006): „Mildere Maßnahmen sind nicht möglich“ Freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1631b BGB in Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. München: DJI-Materialien. Zu beziehen über: permien@dji.de

Horn, W.-R. (2008): Cannabis: Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2008. Geesthacht, S. 96–105

Hornstein, W./Bäuerle, W./Greese, D./Lempp, P./Mollenhauer, P./Prott, J./Sommerkorn, G. (1982): Situation und Perspektiven der Jugend. Problemlagen und gesellschaftliche Maßnahmen. Fünfter Jugendbericht der Bundesregierung. Weinheim/Basel

Hurrelmann, K. (2006⁸): Einführung in die Sozialisationstheorie. Weinheim/Basel.

Hurrelmann, K./Laaser, U./Razum, O. (Hrsg.) (2006⁴): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim

Huss, M. (2008): ADHS bei Kindern: Risikofaktoren, Schutzfaktoren, Versorgung, Lebensqualität. In: Bundesgesundheitsblatt, 51, S. 602–605

Hüther, G. (2007²): Resilienz im Spiegel entwicklungsneurobiologischer Kenntnisse. In: Opp, G./Fingerle, M. (Hrsg.): Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München, S. 45–56

Ihle, W./Ahle, M. E./Jahnke, D./Esser, G. (2004): Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter: Ein evidenzbasierter Diskussionsvorschlag. In: Kindheit und Entwicklung, 13, S. 64–79

Ihle, W./Esser, G. (2002): Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. In: Psychologische Rundschau, 53, S. 159–169

Ihle, W./Esser, G./Schmidt, M./Blanz, B. (2002): Die Bedeutung von Risikofaktoren des Kindes- und Jugendalters für psychische Störungen von der Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter. In: Kindheit und Entwicklung, 11, S. 201–211

Ihle, W./Jahnke, D./Esser, G. (2008): Spezielle Risikogruppen: Sucht und Depression. In: Thomasius, R./ Schulte-Markwort,M./Küstner, U./Riedesser, P. (Hrsg.): Handbuch der Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart, S. 69–74

van Ijzendoorn, M. H./Schuengel, C./Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999): Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. In: Development and Psychopathology, 11, S. 225–249

Infans, Institut für angewandte Sozialisationsforschung/ Frühe Kindheit e. V. (Hrsg.) (o. J.): Die ersten Tage in der Krippe. Kommentierte Videodokumentation zweier Eingewöhnungsverläufe. Berlin

Infans, Institut für angewandte Sozialisationsforschung/ Frühe Kindheit e. V. (2008): Die Eingewöhnung von Kindern in Kindertageseinrichtungen. http://www.infans.de/pdf/Eingewoehnung.pdf, 04.11.2008

Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (2008): Datenerhebung zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Köln: ISG-Bericht

Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen (IGfH) (2008): IGfH-Veranstaltungsprogramm 2009. Frankfurt/M.

Ittel, A./Scheithauer, H. (2007[2]): Geschlecht als „Stärke“ oder „Risiko“? Überlegungen zur geschlechtsspezifischen Resilienz. In: Opp, G./Fingerle, M. (Hrsg.): Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München, S. 98–115

Jacobi, F./Hoyer, J./Wittchen, H.-U. (2004): Seelische Gesundheit in Ost und West: Analysen auf der Grundlage des Bundesgesundheitssurveys. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 33, S. 251–260

Jakob, M. (2006): Soziale Arbeit zwischen Hilfe und Kontrolle – Mögliche Auswirkungen des § 8a SGB VIII auf die Träger der Jugendhilfe. Diplomarbeit zur Diplomprüfung an der FH Münster, FB Sozialwesen. (unveröffentlicht)

Jampert, K. (2002): Schlüsselsituation Sprache. Opladen

Jampert, K. (2008): Interview in der SZ: Lernziel Deutsch. Schon Vierjährige müssen zu Sprachtests antreten – der Nutzen ist fraglich. http://www.sueddeutsche.de/jobkarriere/berufstudium/artikel/465/181902/, 13.10.2008

Jampert, K./Leukefeld, K./Zehnbauer, A./Best, P. (2006): Sprachliche Förderung in der Kita. Wie viel Sprache steckt in der Musik, Bewegung, Naturwissenschaften und Medien? Weimar/Berlin

Jampert, K./Best, P./Guadatiello, A./Holler, D./Zehnbauer, A. (2007): Schlüsselkompetenz Sprache. Sprachliche Bildung und Förderung im Kindergarten. Konzepte – Projekte – Maßnahmen. Weimar/Berlin

Jampert, K./Zehnbauer, A./Best, P./Sens, A./Laier, M. (2009): Kinder – Sprachen stärken! Sprachliche Forderung in der Kindertagesstätte. Berlin

Jané-Llopis, E./Braddick, F. (Eds.) (2008): Mental Health in Youth and Education. Consensus paper. Luxembourg: European Communities. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_youth_en.pdf, 13.10.2008

Janhsen, K. (2008): Arzneimitteltherapie im Kindes- und Jugendalter. In: Gmünder Ersatzkasse (GEK) (Hrsg.), GEK-Arzneimittel-Report 2008. St. Augustin, S. 98–111

Jaritz, C./Wiesinger, D./Schmid, M.(2008): Traumatische Lebensereignisse bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe. Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung. In: Trauma und Gewalt, 4, S. 266–277

Jehle, M. (2007): Psychose und souveräne Lebensgestaltung. Erfahrungen langfristig Betroffener mit Gemeindepsychiatrie und Selbstsorge. Bonn

Jordan, E. (2005): Kinder- und Jugendhilfe. Einführung in Geschichte und Handlungsfelder, Organisationsformen und gesellschaftliche Problemlagen. Weinheim/München

Jugendministerkonferenz (JMK) (2006): Beschluss TOP 9: Kinder und Gesundheit. Jugendministerkonferenz am 18./ 19. Mai 2006 in Hamburg. http://www.fruehehilfen.de/1991.0.html, 21.07.2008

Jungaberle, H. (2007): Qualitative Drogen- und Suchtforschung – am Beispiel eines kulturwissenschaftlichen Forschungsprojekts. In: Dollinger, B./Schmidt-Semisch, H. (Hrsg.): Sozialwissenschaftliche Suchtforschung. Wiesbaden, S. 169–194

Junge, T./Schmincke, I. (Hrsg.) (2007): Marginalisierte Körper. Beiträge zur Soziologie und Geschichte des anderen Körpers. Münster

Jungmann, T. (2006): Unreife bei der Geburt: Ein Risikofaktor für Sprachentwicklungsstörungen? In: Kindheit und Entwicklung, 15, S. 182–194

Kahl, H./Dortschy, R./Ellsäßer, G. (2007a): Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1–17 Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys. In: Bundesgesundheitsblatt 50, S. 718–727

Kahl, H./Schaffrath Rosario, A./Schlaud, M. (2007): Sexuelle Reifung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 677–685

Kahn, R. L./Antonucci, T. C. (1980): Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. In: Baltes, P. B./Brim, O. G. (Eds.): Life-span development and behaviour, Vol. 3, New York, Academic Press, S. 253–286

Kamtsiuris, P./Atzpodien, K./Ellert, U./Schlack, R./ Schlaud, M. (2007): Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 686–700

Kamtsiuris, P./Bergmann, E./Rattay, P./Schlaud, M. (2007a): Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 836–850

Kamtsiuris, P./Lange, M./Schaffrath Rosario, A. (2007): Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS): Stichprobendesign, Response und Nonresponse. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 547–556

Kant, Immanuel (1983): Über Pädagogik. In: Ders.: Werke in 10 Bänden. Hrsg. Von Wilhelm Weischedel, Band 10, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, S. 691–764

Kaplan, S. J./Pelcovitz, D./Labruna, V. (1999): Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years, part I: Physical and emotional abuse and neglect. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38, S. 1214–1222

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2008): An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den Kassenärztlichen Vereinigungen zum 31.12.2007. http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=7558ad164ea745a061c431967c5fc18a&DocId=003756651&Page=1, 10.10.2008 oder http://daris.kbv.de/daris.asp

Kaufmännische Krankenkasse (KKH) (2008): KKH meldet Zunahme der Krankheit ADHS um 50 Prozent. Presseerklärung vom 09.06.2008. http://www.kkh.de/fileserver/kkh2006/FILES/Pressemitteilung_KKH_107996_898.pdf, 18.07.2008

Kazin, V. (2006): Untersuchung an opiatabhängigen und nicht-opiatabhängigen männlichen russlanddeutschen Spätaussiedlern. http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=982298447&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=982298447. pdf, 24.07.2008

Keilson, H./Sarphatie, H. R. (1979): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Stuttgart

Keppeler, S./Specht, W. (2005[3]): Mobile Jugendarbeit. In: Otto, H.-U./Thiersch, H. (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik, München/Basel, S. 1223–1235

Kersting, M./Clausen, K. (2002): Ernährung in Kindertagesstätten: Bundesweite Datenerhebung und praktische Empfehlungen. In: Kinderärztliche Praxis. Sonderheft Ernährung: Prävention & Chance, S. 43–46

Kersting, M./Clausen, K. (2007): Wie teuer ist eine gesunde Ernährung für Kinder und Jugendliche? Ernährungs-Umschau 9, S. 508–513

Kersting, M./Dulon, M. (2002): Fakten zum Stillen in Deutschland. Ergebnisse der SuSe-Studie. In: Monatsschrift Kinderheilkunde, 150: S. 1196–1201

Kessl, F. (2005): Der Gebrauch der eigenen Kräfte. Eine Gouvernementalität Sozialer Arbeit. Weinheim/München

Keupp, H. (1988): Riskante Chancen. Das Subjekt zwischen Psychokultur und Selbstorganisation. Heidelberg

Keupp, H. (1999): Die Hoffnung auf den Körper. Jugendliche Lebensbewältigung als riskante Chance. In: Becker P./ Koch, J. (Hrsg.): Was ist normal? Normalitätskonstruktionen in Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Weinheim, S. 47–64

Keupp, H. (2000a): Identitäten in Bewegung – und die illusionäre Hoffnung auf den Körper. In: Motorik. Zeitschrift für Motopädagogik und Mototherapie, 23, 3, S. 113–122

Keupp, H. (2006a): Identitätsarbeit durch freiwilliges Engagement. Schlüsselqualifikationen in der Zivilgesellschaft. In: Tully, C. (Hrsg.): Lernen in flexibilisierten Welten. Weinheim, S. 23–40

Keupp, H. (2007): Und die im Dunklen sieht man nicht: Von der alten und der neuen Armut und ihren psychosozialen Konsequenzen. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 39, S. 9–24

Keupp, H. (2008): Erziehungsberatung in bewegten Zeiten. In: Erziehungsberatung, aktuelle Mitteilungen der LAG Bayern, 2, S. 21–31

Keupp, H. (Hrsg.) (1974): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. München

Keupp, H./Ahbe, T./Gmür, W. (1999): Identitätskonstruktionen: Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne. Reinbek

Keupp, H./Höfer, R./John, R./Knothe, H./Kraus, W./ Straus, F. (2004): Selbstverortung im bürgerschaftlichen Engagement. Zur Ambivalenz subjektiver Konstruktionen von Gemeinschaft. In: Beck, U./Lau, C. (Hrsg.): Entgrenzung und Entscheidung. Frankfurt/M., S. 234–257

Keupp, H./Hohl, J. (Hrsg.) (2006): Subjektdiskurse im gesellschaftlichen Wandel: Zur Theorie des Subjekts in der Spätmoderne. Bielefeld

Kieselbach, T./Beelmann, G. (2006): Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Stand der Forschung. In: Hollederer, A./ Brand, H. (Hrsg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern, Huber, S. 13–31

Kilian S./Becker T. (2008). FIPS – ein Beratungs- und Unterstützungsangebot für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. In: Nervenheilkunde 27, S. 541–544

Kinder und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) (2007): In: Bundesgesundheitsblatt 50 http://www.bmg.bund.de/cln_117/SharedDocs/Publikationen/DE/Praevention/Strategie-Kindergesundheit,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Strategie-Kindergesundheit.pdf, 18.08.2008

Kindernetzwerk e. V. für kranke und behinderte Kinder und Jugendliche in der Gesellschaft (2007): Bundesweite Netzwerk-Umfrage. Familien mit chronisch kranken und pflegebedürftigen Kindern. Dokumentation. Aschaffenburg

Kindler H./Lukasczyk P./Reich W. (2008). Validierung und Evaluation eines Diagnoseinstrumentes zur Gefährdungseinschätzung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (Kinderschutzbogen). In: Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, 12, S. 500–505

Kindler, H./Lillig, S./Blüml, H./Werner, A. (2006): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München, www.dji.de/asd

Kindler, H./Lillig, S. (2006): Der Schutzauftrag der Jugendhilfe unter besonderer Berücksichtigung von Gegenstand und Verfahren zur Risikoeinschätzung. In Jordan E. (Hrsg.): Kindeswohlgefährdung. Rechtliche Neuregelungen und Konsequenzen für den Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim, S. 85–110

Klein, M. (2007): Kinder suchtkranker Eltern. Stuttgart

Klein, M. (2008): Kinder aus alkoholbelasteten Familien. In: Klein, M. (Hrsg.): Kinder und Suchtgefahren: Risiken, Prävention, Hilfen. Stuttgart, S. 114–127

Klein-Heßling, J. (2006):Gesundheit im Kindes- und Jugendalter: Symptomatik, gesundheitsförderliches und gesundheitsriskantes Verhalten. In: Lohaus, A./Jerusalem, M./Klein-Heßling, J. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen, S. 13–30

Kliche, T./Gesell, S./Nyenhuis, N./Bodansky, A./Deu, A./Linde, K./Neuhaus, M./Post, M./Weitkamp, K./Töppich, J./Koch, U. (2008): Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten. Eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen. Weinheim/München

Klicpera, C./Klicpera-Gasteiger, B. (2008): Autistische Störung. In: Nußbeck,S./Biermann, A./Adam, H. (Hrsg.): Sonderpädagogik der geistigen Entwicklung. Handbuch Sonderpädagogik, Bd.4, Göttingen, S. 36–55.

Klinkhammer, M. (2008): Sport und Jugendhilfe – Das Konzept für ein Modellprojekt. In: Pro Jugend, 1, S. 13–16

von Klitzing, K. (2006): Kinder. In: Stoppe, G./Bramesfeld, A./Schwartz, F.-W. (Hrsg.): Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven. Heidelberg, S. 229–244

Kniel, A./Windisch, M. (2005): People First. Selbsthilfegruppen von und für Menschen mit geistiger Behinderung. München

Knopf, H. (2007): Arzneimittelverwendung bei Kindern und Jugendlichen: Erfassung und erste Ergebnisse beim Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 863–870

Kölch , M. (2008): Versorgung von Kindern aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript

Kölch, M./Plener, P./Kranzeder, A./Fegert, J. M. (2008b[6]): Psychopharmakotherapie. In: Petermann, F. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen, S. 777–797

Koletzko, B. (Hrsg.) (2007[13]): Kinder- und Jugendmedizin. Heidelberg

Kolip, P. (1997): Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Opladen

Kolip, P. (2008): Beachtung zentraler gender-relevanter Kriterien in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinder und Jugendhilfe. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript

Kolip, P./Hurrelmann K./Schnabel, P. E. (1995): Jugend und Gesundheit. Weinheim/München

Kolvenbach, F.-J./Pothmann, J. (2008): Prekäre Lebenslagen belasten familiäre Erziehung – erste Ergebnisse zu den erzieherischen Hilfen 2007. In: KomDat Jugendhilfe, 3, S. 6

KomDat Jugendhilfe, Oktober 2006: Kindstötungen. Was sagt die Statistik? Dortmund, 9, S. 3–5

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2007): Weißbuch: Gemeinsam für Gesundheit: ein strategischer Ansatz der EU für 2008–2013. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_de.pdf, 10.10.2008

Kommission der Europäischen Union (2005): Grünbuch. Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. Brüssel

Kommission für Zukunftsfragen der Freistaaten Bayern und Sachsen (Hrsg.) (2007): Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit in Deutschland. Entwicklung, Ursachen und Maßnahmen. Anlageband, Bd. 3: Zukunft der Arbeit sowie Entkoppelung von Erwerbsarbeit und sozialer Sicherung. Bonn, S. 36

Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (KMK) (2008): Allgemein bildende Schulen in Ganztagsform in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland: Statistik 2002 bis 2006. Bonn. http://www.kmk.org/statist/GTS_2006.pdf, 03.04.2008

Kopetsch, T. (2008): Kinder- und Jugendmedizin: Versorgungslage im ambulanten Bereich. Vortrag auf der 18. GKinD-Fachtagung am 08. Mai 2008 in Regensburg. Unveröff. Manuskript

Korn, S. (2006): Mobbing in Schulklassen: Systematische Schikane. In: Pro Jugend, 2, S. 4–7

Körner, S. (2008): Dicke Körper revisited. Zur Kommunikation juveniler Körperkrisen. Bielefeld

Köttgen, C. (2007): Ausgegrenzt und mittendrin. Jugendliche zwischen Therapie und Strafe. Frankfurt/M.

Kratzmann, J./Schneider, T. (2008): Soziale Ungleichheiten beim Schulstart. Empirische Untersuchungen zur Bedeutung der sozialen Herkunft und des Kindergartenbesuchs auf den Zeitpunkt der Einschulung. German Socio-Economic Panel Study (SOEP). Berlin

Kraus, L. (2008). Epidemiologischer Suchtsurvey 2006. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. In: Sucht, 54 (Sonderheft 1), S.1-63.

Kraus, L./Pfeiffer-Gerschel, T./Pabst, A. (2008): Cannabis und andere illegale Drogen: Prävalenz, Konsummuster und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. In: Sucht, 54 (Sonderheft 1), S. 16–S25

Kraus, L./Steiner, S./Pabst, A. (2008): Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen, München; IFT-Berichte Bd. 165. http://www.ift.de/literaturverzeichnis/Bd_165_Espad-2007.pdf, 29.05.2008

Kraus, W./Mitzscherlich, B. (1997): Identitätsdiffusion als kulturelle Anpassungsleistung. Erste empirische Ergebnisse zu Veränderungen der Identitätsentwicklung. In: Psychologie in Erziehung und Unterricht, 42, S. 65–72

Kroke, A./Günther, A. (2006): Mangel im Überfluss. Ernährungsepidemiologische Daten zu Übergewicht und Nährstoffmangel. In: Ernährungs-Umschau, 53, S. 480–485

Krombholz, H. (2005): Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen. In: Schlottke, P. F./Silbereisen, R. K./Lauth, G. W. (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie, Bd. 5: Störungen im Kindes- und Jugendalter – Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf. Göttingen, S. 545–574

Kronauer, M. (2002): Exklusion. Die Gefährdung des Sozialen im hoch entwickelten Kapitalismus. Frankfurt/M.

Kros, S./Mierisch, T. (1998): Gesund mit Grips. Mobile Jugendarbeit zum Thema „Gesundheit“ im Jugendrotkreuz Rheinland-Pfalz. In: Deutsche Jugend, 46, 9, S. 380–385

Kruggel, S. (2002): Jugendhilfeleistungen für konsumierende junge Menschen. In: Landschaftverband Rheinland (Hrsg.): Sucht im Jugendalter. Ein Thema – drei Hilfesysteme. Tagungsdokumentation einer Kooperationsveranstaltung des Dezernates Gesundheit/Heilpädagogische Heime und der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Rheinland. Köln, S. 55–65

Krumm, S./Ziegenhain, U./Fegert, J. M./Becker, T. (2005): Familien mit einem psychisch kranken Elternteil: Probleme und Perspektiven. In: Kind, Jugend, Gesellschaft, 50, S. 77–81

Kühn, M. (2008): Wieso brauchen wir eine Traumapädagogik? Annäherung an einen neuen Fachbegriff. In: Trauma und Gewalt, 4, S. 318–327

Kühner, A. (2003): Kollektive Traumata. Annahmen, Argumente, Konzepte. Eine Bestandsaufnahme nach dem 11. September 2001. Berlin: Berghof Report Nr. 9

Kühner, A. (2005): Schmerzfreier über Leiden sprechen? Gedankenexperimente und Beobachtungen zu Ambivalenzen des Traumabegriffs. In: Karger, A./Heinz, R. (Hrsg.): Trauma und Schmerz. Psychoanalytische, philosophische und sozialwissenschaftliche Perspektiven. Gießen

Kühner, A. (2008): Trauma und kollektives Gedächtnis. Gießen

Kunczik, M./Zipfel, A. (2006): Medien und Gewalt: Der aktuelle Forschungsstand. In: Niesyto, H./Rath, M./Sowa, H. (Hrsg.): Medienkritik heute, Grundlagen, Beispiele und Praxisfelder. München, S. 145–165

Kurstjens, S./Wolke, D. (2001): Effects of maternal depression on cognitive development of children over the first 7 years of life. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 42, S. 623–636

Kurth, B.-M./Ellert, U. (2008): Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr? In: Deutsches Ärzteblatt, 105, S. 406–412

Kurth, B.-M./Koch, U. (2008): Auf dem Weg zum chronisch gesunden Kind? In: Bundesgesundheitsblatt, 51, S. 583–584

Kurth, B.-M./Schaffrath Rosario, A. (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 736–743

Labisch, A. (1991): Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt/M.

Lachwitz, K./Schellhorn, W./Welti, F. (2001): SGB IX – Rehabilitation. Neuwied/Kriftel

Laewen, H.-J./Andres, B. (Hrsg.) (2002): Künstler, Forscher, Konstrukteure. Werkstattbuch zum Bildungsauftrag von Kindertageseinrichtungen. Neuwied/Kriftel

Laewen, H.-J./Andres, B./Hèdervàri, E. (2000): Ohne Eltern geht es nicht. Die Eingewöhnung von Kindern in Krippen und Tagespflegestellen. Neuwied/Kriftel

Lamb, M./Ahnert, L. (2006): Nonparental child care: Context, concepts, correlates, and consequences. In: Renninger, K./Sigel, I. (Hrsg.): Handbook of child psychology, Vol. 4. Hoboken, Wiley, S. 950–1016

Lambertin, K. (2008): Gesundheitsförderung in der Jugendverbandsarbeit. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript

Lamott, F. (2003): Das Trauma als symbolisches Kapital. Zu Risiken und Nebenwirkungen des Trauma-Diskurses. Psychosozial, 91, S. 53-63

Lampert, T. (2008): Tabakkonsum und Passivrauchbelastung von Jugendlichen. In: Deutsches Ärzteblatt, 105, S. 265–271

Lampert, T./Mensink, G./Romahn, N./Woll, A. (2007): Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 634–642

Lampert, T./Sygusch, R./Schlack, R. (2007): Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 643–652

Lampert, T./Thamm, M. (2007): Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 600–608

Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit Bayern (2006): Prävention des plötzlichen Säuglingstodes als konzertierte Informationskampagne in Bayern – Aktion sicherer und gesunder Babyschlaf. http://www.lgl.bayern.de/gesundheit/sids_ploetzlicher_kindstod.htm#sicherer, 13.10.2008

Landeshauptstadt Stuttgart, Jugendamt/Landeswohlfahrtsverbandes Württemberg – Hohenzollern (2002): Projektbericht: Integration zweijähriger Kinder in den Kindergarten. Stuttgart

Landeskommission Berlin gegen Gewalt (2007): Gewalt von Jungen, männlichen Jugendlichen und jungen Männern mit Migrationshintergrund in Berlin (Berliner Forum Gewaltprävention Nr. 28). http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-lkbgg/bfg/nummer28/bfg_nr._28.pdf, 10.07.2008

Landschaftsverband Rheinland (LVR) (2006[2]): Hilfen für Suchtkranke im Rheinland: Kennzahlen zur Versorgungsstruktur, Stand der Entwicklung und Perspektiven. Köln

Lange, C./Lampert, T. (2005): Die Gesundheit arbeitsloser Frauen und Männer: Erste Auswertungen des telefonischen Gesundheitssurveys 2003. In: Bundesgesundheitsblatt, 48, S. 1252–1264

Lange, C./Schenk, L./Bergmann, R. (2007): Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 624–633

Lange, E./Choi, S. (2004): Jugendkonsum im 21. Jahrhundert: Eine Untersuchung der Einkommens-, Konsum- und Verschuldungsmuster der Jugendlichen in Deutschland. Wiesbaden

Lange, J. (2008): Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik. Technische Universität. Forschungsverbund DJI/TU Dortmund

Langerke, T. v. (Hrsg.) (2007): Public Health-Psychologie. Individuum und Bevölkerung zwischen Verhältnissen und Verhalten. Weinheim/München

Langner, A. (2009): Behindert werden in der Identitätsarbeit. Jugendliche mit geistiger Behinderung – Fallrekonstruktionen. Wiesbaden

Lansford, J./Malone, P./Stevens, K./Dodge, K./Bates, J./Pettit, G. (2006): Developmental trajectories of externalizing and internalizing behaviours: Factors underlying resilience in physically abused children. In: Development and Psychopathology, 18, S. 35–55

Largo, R. (2001): Kinderjahre: Die Individualität des Kindes als erzieherische Herausforderung. München

Laucht, M. (2006): Störungen im Kleinkind- und Vorschulalter. In: Mattejat, F. (Hrsg.), Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Lehrbuch der Psychotherapie, Bd. 4, München, S. 421-432

Laucht, M./Esser, G./Schmidt, M.H. (2000): Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 29, S. 246–262

Laue, E. (2007): Minderjährige Schwangere in Deutschland. Statistische Daten zu Schwangerschaftsabbrüchen und Geburten. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Forum Sexualaufklärung und Familienplanung: Teenagerschwangerschaften international. Köln, S. 3–11

Lauenroth, N./Swart, E. (2004): „Perspektivlosigkeit ist meine Krankheit“: Subjektive Empfindungen von Langzeitarbeitslosen. In: Das Gesundheitswesen, 66, S. 765–769

Laverack, G. (2004): Health promotion practice. Power & Empowerment. London: Sage

Laverack, G. (2005): Public Health. Power, empowerment and professional practice. New York: Palgrave

Laverack, G. (2007): Health promotion practice. Building empowered communities. Maidenhead: Open University Press

LBS Initiative Junge Familie/Deutscher Kinderschutzbund (2007): LBS-Kinderbarometer Deutschland 2007: Stimmungen, Meinungen und Trends von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Münster

Lehmann, T./Mecklenburg, K. (2006): Jugendverbände als biografisch bedeutsame Lebensorte. Baltmannsweiler, Hohengehren

Lehmkuhl, G./Walter, D./Lehmkuhl, U. (2008): Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. In: Bundesgesundheitsblatt, 51, S. 399–405

Lehner, I. M./Hoehne, R./Kraus, A./Schröder, E.-M. (1991): Fühlst Du Dich nicht wohl? Gesundheitsförderung im Kindergarten. Freiburg

Lemeshow, A. (2008): Schulmädchenstudie: „Geringes Selbstwertgefühl macht dick“, Zitat aus: http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/0,1518,527291,00.htm, l9.1.2008

Lengerke, T. (Hrsg.). (2007): Public Health Psychologie. Individuum und Bevölkerung zwischen Verhältnissen und Verhalten. Weinheim

Lenhard, W. (2005). Der Einfluss pränataler Diagnostik und selektiven Fetozids auf die Inzidenz von Menschen mit angeborener Behinderung. Leben mit DS, 49, S. 10–17

Lenz, A. (2004): Psychologische Dimensionen der Partizipation. Vortrag auf der Wissenschaftlichen Jahrestagung der LAG für Erziehungsberatung Niedersachsen e. V. am 9./10.9. in Vechta

Lenz, A. (2008): Welche riskanten Lebensbedingungen müssen Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern bewältigen und wie können ihre Resilienzressourcen durch Angebote der Jugendhilfe gestärkt werden? Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript

Lenz, A. (2008a): Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern: Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen. Göttingen

Lenz, A./Stark, W. (Hrsg.) (2004): Empowerment. Tübingen

Lerner, R. M./Alberts, A. E./Bobek, D. (2007): Engagierte Jugend – lebendige Gesellschaft. Möglichkeiten zur Stärkung von Demokratie und sozialer Gerechtigkeit durch positive Jugendentwicklung. Expertise für die Bertelsmann Stiftung. http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-0A000F0A-39F07E04/bst_engl/Expertise_RichardLerner.pdf, 10.10.2008

Lerner, R. M./Benson, P. L. (Eds.) (2004): Developmental Assets and Asset-Building Communities: Implications for Research, Policy, and Practice. New York: Springer

Lessenich, S. (2008): Die Neuerfindung des Sozialen. Der Sozialstaat im flexiblen Kapitalismus. Bielefeld

Leune, J. (2008): Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2008. Geesthacht, S. 171–183

Leutzinger-Bohleber, M./Brandl, Y./Hüther, G. (Hrsg.) (2006): ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Göttingen: Schriften des Sigmund-Freud-Instituts; Reihe 2: Psychoanalyse im interdisziplinären Dialog, Bd. 4

Leuzinger-Bohleber, M. (2006) Frankfurter Präventionsstudie. Eine Projektbeschreibung. Frankfurt/M.

Leuzinger-Bohleber, M./Staufenberg, A./Fischmann, T. (2007): ADHS: Indikation für psychoanalytische Behandlungen? In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 56, S. 356–385

Leven, I./Schneekloth, U. (2007): Die Freizeit: Anregen lassen oder fernsehen. In: World Vision Deutschland e. V. (Hrsg.): Kinder in Deutschland 2007: 1. World Vision Kinderstudie. Frankfurt/M., S. 165–200

Leventhal, J. M. (1996): Twenty years later: We do know how to prevent child abuse and neglect. In: Child Abuse and Neglect, 20, S. 647–653

Leyk, D./Rüther, T./Wunderlich, M./Heiß, A./Küchmeister, G./Piekarski, C./Löllgen, H. (2008): Sportaktivität, Übergewichtsprävalenz und Risikofaktoren. In: Deutsches Ärzteblatt, 105, S. 793–800

Lieb, K./Zanarini, M./Schmahl, C./Linehan, M./Bohus, M. (2004): Borderline personality disorder. In: The Lancet, 364, S. 453–461

Liese, A. D./Hirsch, T./von Mutius, E./Keil, U./Leupold, W. et al (2001): Inverse association of overweight and breast feeding in 9 to 10 year old children in Germany. In: International Journal of Obesity, 25, S. 1644–1650

Lieven, J. (2007): Das Jugendschutzgesetz – Gesetzestext mit Erläuterungen. Essen

Limbach-Reich, A. (2008): Interventionen bei selbstverletzendem Verhalten (SVV). In: Nußbeck, S./Biermann, A./Adam, H. (Hrsg.). Sonderpädagogik der geistigen Entwicklung. Bd. 4, Handbuch Sonderpädagogik. Göttingen, S. 475–499

Lohaus, A. (1993): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter. Göttingen

Lohaus, A./Klein-Heßling, J. (2001): Stresserleben und Stressbewältigung im Kindesalter: Befunde, Diagnostik und Intervention. In: Kindheit und Entwicklung, 10, S. 148–160

Lohaus, A./Seiffge-Krenke, I. (2007): Stresssymptomatik. In: Seiffge-Krenke, I./Lohaus, A. (Hrsg.): Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen, S. 177–188

Lösel, F./Bender, D. (2007[2]): Von generellen Schutzfaktoren zu spezifischen protektiven Prozessen: Konzeptuelle Grundlagen und Ergebnisse der Resilienzforschung. In: Opp, G./Fingerle, M. (Hrsg.): Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz München, S. 57–78

Lösel, F./Schmucker, M./Plankensteiner, B./Weiss, M. (2006): Bestandsaufnahme und Evaluation von Angeboten im Elternbildungsbereich. Abschlussbericht. Erlangen. http://www.bmfsfj.de/doku/elternbildungsbereich/

Lüders, C. (2000): Ist Prävention gegen Jugendkriminalität möglich? Ansätze und Perspektiven der Jugendhilfe. In: Zentralblatt für Jugendrecht, 87, S. 1–9

Lüders, C. (2008): Instrumentalisierung der Jugendhilfe? Vortrag auf dem 13. Deutschen Kinder- und Jugendhilfe-Tag. Unveröff. Manuskript

Luhmann, N. (1999[2]): Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt/M.

Luthar, S. S./Cicchetti, D. (2000): The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. In: Development and Psychopathology, 12, 857–885

Lyons-Ruth, K./Jacobwitz, D. (1999): Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In: Cassidy, J./Shaver, P. R. (Eds.): Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications. New York, Guilford, S. 520–574

MacDonald, T. H. (2005): Rethinking health promotion: A global approach. London: Routledge

MacDonald, T. H. (Ed.) (2003): The social significance of health promotion. London: Routledge

MacLean, K. (2003): The impact of institutionalization on child development. In: Development and Psychopathology, 15, S. 853–884

Malaguzzi, L. (2002): Hundert Sprachen hat das Kind. In: Reggio Children (Hrsg.): Hundert Sprachen hat das Kind. Neuwied/Kriftel, S. 28–31

Mann-Luoma R./Goldapp, C./Khaschei, M. et. al. (2002): Integrierte Ansätze zur Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung. Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen. In: Bundesgesundheitsblatt, 12, S. 952 – 959

Marmot, M. (2004): The status syndrome. How social standing affects our health and longevity. New York: Henry Holt

Marmot, M./Wilkinson, R. G. (Eds.) (2005): Social Determinants of Health. Oxford: Oxford University Press

Mattejat, F./Koenig, U./Borchewitz, C./Felbel, D./Herpertz-Dahlmann, B./Hoehne, D./Janthur, B./Jungmann, J./Katzenski, B./Kirchner, J./Naumann, A./Nölkel, P./Schaff, C./Schulz, E./Warnke, A./Wienand, F./Remschmidt, H. (2005): Zur Lebensqualität von psychisch kranken Kindern und ihren Eltern: Ergebnisse der ersten multizentrischen Studie mit der Elternversion des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). In: Kindheit und Entwicklung, 14, S. 39–47

Mattejat, F./Remschmidt, H. (2008): Kinder psychisch kranker Eltern. In: Deutsches Ärzteblatt, 105, S. 413–418

Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hrsg.) (2007): JIM Studie (Jugend, Information, (Multi-)Media): Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland. Stuttgart. http://www.mpfs.de/index.php?id=110, 02.01.2009

Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hrsg.) (2008): JIM Studie (Jugend, Information, (Multi-)Media) Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland. Stuttgart. http://www.mpfs.de/index.php?id=117, 02.01.2009

Mehler-Wex, C./Kölch, M. (2008): Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. In: Deutsches Ärzteblatt, 105, S. 149–155

Meier, S./Milz, S./Krämer, A. (2007): Gesundheitssurvey für Studierende in NRW: Projektbericht. http://www.gesundheitsfördernde-hochschulen.de/Inhalte/F_Gesundheitssurvey_NRW/Projektbericht_GesSur_NRW.pdf, 02.07.2008

Melter, C. (2006): Rassismuserfahrungen in der Jugendhilfe. Eine empirische Studie zu Kommunikationspraxen in der Sozialen Arbeit. Münster

Melzer, W./Bilz, L./Dümmler, K. (2008): Mobbing und Gewalt in der Schule im Kontext sozialer Ungleichheit. In: Richter, M./Hurrelmann. K./Klocke, A./Melzer, W./Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten: Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der WHO. Weinheim, S. 116–140

Mensink, G. B./KLeiser, C./Richter, A. (2007): Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 609–623

Merta, S. (2008): Schlank. Ein Körperkult der Moderne. Stuttgart

Mesman, J./Bongers, I. L./Koot, H. M. (2001): Preschool developmental pathways to preadolescent internalizing and externalizing problems. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42, S. 679–689

Metzler, H./Meyer, T./Rauscher, C./Schäfers, M./Wansing, G. (2007): Begleitung und Auswertung der Erprobung trägerübergreifender Persönlicher Budgets. Abschlussbericht. BMAS: Forschungsbericht 366. Bonn

Metzmacher, C./Rode, H./Scheck, G. (2008): Stabilisieren durch einen „sicheren Ort". In: Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales/Amt für soziale Dienste Bremen: SpielRäume 40/41, S. 41–43

Meyer, G. (2007): Glücksspiel: Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2008. Geesthacht, S. 99–115

Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern, Huber

Mielck, A. (2002): Gesundheitliche Ungleichheit: Empfehlungen für Prävention und Gesundheitsförderung. In: Homfeldt, H. G./Laaser, U./Prümel-Philippsen, U./Robertz-Grossmann, B. (Hrsg.): Studienbuch Gesundheit. Soziale Differenz – Strategien – Wissenschaftliche Disziplinen. Neuwied, S. 45–63.

Mielck, A./Bloomfield, K. (Hrsg.) (2001): Sozialepidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim

Mikos, L./Wegener, C. (Hrsg.) (2005): Handbuch Qualitative Medienforschung. Konstanz

Mikoteit, T./Riecher-Rössler, A. (2008): Mutter-Kind-Behandlungsangebote in der Psychiatrie. In: Nervenheilkunde, 27, S. 513–519

Miller, T./Pankofer, S. (Hrsg.) (2000): Empowerment konkret! In: Handlungsentwürfe und Reflexionen aus der psychosozialen Praxis. Stuttgart

Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (2008): Gütesiegel.Familienzentrum NRW

Mirowsky, J./Ross, C. E. (2003): Social causes of psychological distress. New York: Gruyter/Aldine

Misoch, S. (2007): Körperinszenierungen Jugendlicher im Netz: Ästhetische und schockierende Präsentationen. In: Diskurs Kindheits- und Jugendforschung, 2, S. 139–154.

Moffitt, T./Caspi, A./Dickson, N./Silva, P./Stanton, W. (1996): Childhood-onset versus adolescent-onset of antisocial conduct problems in males: Natural history from ages 3 to 18 years. In: Development and Psychopathology, 8, S. 399–424

Möhler, E./Brunner, R./Wiebel, A./Reck, C./Resch, F. (2006): Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. In: Archives of Women's Mental Health, 9, S. 273–278

Möller, B./Stegemann, T./Romer, G. (2008): Psychosoziale Belastungen bei Kindern körperlich kranker Eltern: Perspektiven der seelischen Gesundheitsvorsorge. In: Bundesgesundheitsblatt, 51, S. 657–663

Mühlum, A./Gödecker-Geenen, N. (2003): Soziale Arbeit in der Rehabilitation. München

Müller, A./Mitchell, J./Mertens, C./Müller, U./Silbermann, A./Burgard, M./de Zwaan, M. (2007): Comparison of treatment seeking compulsive buyers in Germany and the United States. In: Behaviour Research and Therapy, 45, S. 1629–1638

Müller, M. (2006): Reform und Perspektiven des Leistungsrechts im gegliederten Rehabilitationssystem. Eine Untersuchung zur Ausgestaltung der rehabilitationsrechtlichen Leistungskataloge unter besonderer Berücksichtigung verfassungsrechtlicher Maßgaben. Frankfurt/M.

Münchmeier, R./Otto, H.-U./Rabe-Kleberg, U. (Hrsg.) (2002) (Im Auftrag des Bundesjugendkuratoriums): Bildung und Lebenskompetenz. Kinder- und Jugendhilfe vor neuen Aufgaben. Opladen

Münder, J./Mutke, B./Schone, R. (2000): Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Münster

Myrtek, M./Scharff, T. (2000): Fernsehen, Schule, Verhalten: Untersuchungen zur emotionalen Beanspruchung von Schülern. Bern, Huber

Naidoo, J./Wills, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Köln

Nass, E. (2006): Der humangerechte Sozialstaat. Ein sozialethischer Entwurf zur Symbiose aus ökonomischer Effizienz und sozialer Gerechtigkeit. Tübingen

Neubauer, G./Wilser, A. (2005): Macht Jugendhilfe gesund? Zum Verhältnis von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitsförderung. In: Sozial extra, 12, S. 29–32

Neumann-Braun, K./Richard, B. (Hrsg.) (2005): Coolhunters. Jugendkulturen zwischen Medien und Markt. Frankfurt/M.

Neuner, M./Raab, G./Reisch, L.A. (2008): Kaufsucht bei Jugendlichen. In: Klein, M. (Hrsg.): Kinder und Suchtgefahren: Risiken – Prävention – Hilfen. Stuttgart, S. 162–173

Niehoff, U. (2005): Care Ethics oder Ethik der Achtsamkeit. Kann sie helfen gegen drohende Vereinsamung behinderter Menschen? In: Fachdienst der Lebenshilfe, 1, 1–10

Nikles, B./Roll, S./ Spürck, D./Umbach, K. (2003) Jugendschutzrecht. Kommentar zum Jugendschutzgesetz und zum Jugendmedienschutz -Staatsvertrag (JMStV) mit Erläuterungen zur Systematik und Praxis des Jugendschutzes. Berlin

Nocon, A./Wittchen, H.-U./Pfister, H./Zimmermann, P./ Lieb, R. (2006): Dependence symptoms in young cannabis users? A prospective epidemiological study. In: Journal of Psychiatric Research, 40, S. 394–403

Noeker, M. (2008): Funktionelle und somatoforme Störungen im Kindes- und Jugendalter. Göttingen

Noeker, M./Petermann, F. (2008[6]): Chronisch-körperliche Erkrankungen. In: Petermann, F. (Hrsg.), Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen, S. 515–531

NRW (2007): aktion jugendschutz. www.ajs.nrw.de

Nussbaum, M. (2003): Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice. In: Feminist Economics, 2/3, 33–60

O'Connor, T. G./Zeanah, C. H. (2003): Attachment disorders: Assessment strategies and treatment approaches. In: Attachment and Human Development, 5, S. 223–244

Odgers, C./Moffitt, T./Broadbent, J./Dickson, N./Hancox, R./ Harrington, H./Poulton, R./Sears, M./Thomson, M./ Caspi, A. (2008): Female and male antisocial trajectories: From childhood origins to adult outcomes. In: Development and Psychopathology, 20, S. 673–716

OECD (2001): Lernen für das Leben. Erste Ergebnisse von PISA 2000

Oehme, A./Schröer, W. (2008): Never Young: Oder warum das junge Erwachsenenalter nicht nur vom Ende her gedacht werden kann. In: Rietzke, T./Galuske, M. (Hrsg.): Lebensalter und Soziale Arbeit: Junge Erwachsene, Bd. 4. Baltmannsweiler, S. 202–215

Offroadkids (2008): Statistik. http://www.offroadkids.de/ Statistik.13.0.html, 28.07.2008

Ogden, J. (2002). Health and the Construction of the Individual: A Social Study of Social Science. Oxford: Routledge

Ohm, H. P./van Ackern, G. (2008): g´sund und g´scheit. Netzwerk für Gesundheit und Bildung in Kindertagesstätten. In: Blickpunkt öffentliche Gesundheit, 2, S. 4–5

Opp, G. (2007[2]): Schule – Chance oder Risiko? In: Opp, G./ Fingerle, M. (Hrsg.): Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München, S. 227–244

Opp, G./Wenzel, E. (2003): Schule: Schutz oder Risikofaktor kindlicher Entwicklung. In: Brisch, K. H./Hellbrügge, T.(Hrsg.): Bindung und Trauma – Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart S.84–93

Opper, E. (2002): Der Sportverein als Setting für Gesundheitsförderung. In: Bundesvereinigung für Gesundheit e. V. (Hrsg.): Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder. Loseblattwerk. Neuwied/Kriftel

Opper, E./Wagner, P. (2008): Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter durch Sport. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript

Opper, E./Worth, A./Wagner, M./Bös, K. (2007): Motorik-Modul (MoMo) im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 879–888

Ortmann, K./Waller, H. (Hrsg.) (2005): Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder. Baltmannsweiler

Ostler, T./Ziegenhain, U. (2007): Risikoeinschätzung bei (drohender) Kindeswohlgefährdung: Überlegungen zu Diagnostik und Entwicklungsprognose im Frühbereich. In: Ziegenhain, U./Fegert, J. (Hrsg.): Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung. München, S. 67–83

Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (1986): http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German, 23.07.2008

Otto, H.-U./Rauschenbach, T. (Hrsg.) (2004): Die andere Seite der Bildung. Zum Verhältnis von formellen und informellen Bildungsprozessen. Wiesbaden

Otto, H.-U./Ziegler, H. (Hrsg.) (2008): Capabilities – Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft. Wiesbaden

Overton, W., Mueller, U./Newman, J. (Eds.) (2007): Developmental Perspectives on Embodiment and Consciousness. New York: Psychology Press

Owen, C. G./Martin, R. M./Whincup, P. H./Davey Smith, G./Gillman, M. W. et al. (2005): The effect of breastfeeding on mean body mass index throughout life: A quantitative review of published and unpublished observational evidence. In: Am J Clin Nutr, 82, S. 1298–1307

Pabst, A./Kraus, L. (2008): Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. In: Sucht, 54 (Sonderheft 1), S. S36–S46

Papoušek, M. (2003): Regulationsstörungen in der frühen Kindheit erkennen und behandeln. Ein diagnostisches und therapeutisches Konzept. In: Nervenheilkunde 22, S. 432–440

Papoušek, M./Schieche, M./Wurmser, H. (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Bern, Huber

Paschen, P./Saha, R./Baldus, C./Haagen, M./Pott, M./Probst, P./Romer, G. (2007): Evaluation eines präventiven Beratungskonzepts für Kinder körperlich kranker Eltern. In: Psychotherapeut, 52, S. 265–272

Patterson, G./Forgatch, M./Yoerger, K./Stoolmiller, M. (1998): Variables that initiate and maintain an early-onset trajectory for juvenile offending. In: Development and Psychopathology, 10, S. 531–547

Paul, K./Hassel, A./Moser, K. (2006): Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit: Befunde einer quantitativen Forschungsintegration. In: Hollederer, A./Brand, H. (Hrsg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern, Huber, S. 35–51

Paulus, P. (2000): Gesundheitsfördernde Schulen als Gegenpotential zum Leben? In: Altgeld T./Hofrichter P. (Hrsg.): Reiches Land – kranke Kinder? Frankfurt/M., S. 235–259

Paulus, P. (2006): Psychische Gesundheit – Rückgrat für die Seele. In: Fritz, A./Klupsch-Sahlmann, R./Ricken, G. (Hrsg.): Handbuch Kindheit und Schule. Neue Kindheit, neues Lernen, neuer Unterricht. Weinheim, S. 138–148

Paulus, P. (2008): Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen in der Kooperation von Jugendhilfe, (Ganztags-)Schulen und anderer Partner unter Berücksichtigung der Lebens- und Risikolagen der Schülerinnen und Schüler. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript

Permien, H./Frank, K. (1995): Schöne Mädchen – starke Jungen? Gleichberechtigung (k)ein Thema in Tageseinrichtungen für Schulkinder. Freiburg im Breisgau

Petermann, F./Koch, U./Hampel, P. (2006): Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. In: Rehabilitation, 45, S. 1–8

Petermann, F./Niebank, K./Scheithauer, H. (2004): Entwicklungswissenschaft. Entwicklungspsychologie – Genetik – Neuropsychologie. Berlin

Petrie, K./Brook, R. (1992): Sense of coherence, self-esteem, depression and hoplessness as correlates of reattempting suicide. In: British Journal of Clinical Psychology 31, S. 293–300

Pettinger, R./Rollik, H./BMFSFJ (2005): Familienbildung als Angebot der Jugendhilfe Rechtliche Grundlagen – familiale Problemlagen – Innovationen. Berlin,. http://www.bmfsfj.de/Publikationen/familienbildung/root.html, 03.11.2008

Pfaff et al. (2007): Schwerbehinderte Menschen 2005. Statistisches Bundesamt – Wirtschaft und Statistik 7. Wiesbaden

Pfeiffer, C./Mößle, T./Kleimann, M./Rehbein, F. (2007): Die PISA-Verlierer: Opfer ihres Medienkonsums. http://www.kfn.de/versions/kfn/assets/pisaverlierer.pdf, 10.07.2008

Pfluger-Jakob, M. (2007): Übergewichtigkeit bei Kindern. http://www.kindergarten-heute.de/beitraege/fachbeitraege/paedagogik_html?k_onl_struktur=729519&einzelbeitrag=995242&archivansicht=1, 05.12.2007

Pierrehumbert, B./Ramstein, T./Karmaniola, A./Miljkovitch, R./Halfon, O. (2002): Quality of child care in the preschool years: A comparison of the influence of home care and day care characteristics on child outcome. In: International Journal of Behavioral Development, 26, S. 385–396

Pikler, E., (Hrsg.) (1994): Miteinander vertraut werden. Freiamt

Pixa-Kettner, U./Bargfrede, S. (2005): Eine ganz normale Familie? Menschen mit Lernschwierigkeiten als Mütter und Väter. In: Wacker, E. et al. (Hrsg.): Teilhabe. Wir wollen mehr als nur dabei sein. Marburg, S. 327–335

Pluto, L./Gragert, N./Van Santen, E./Seckinger, M. (2007): Kinder- und Jugendhilfe im Wandel. Eine empirische Strukturanalyse. München

Poethko-Müller, C./Kuhnert, R./Schlaud, M. (2007): Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KIGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 851–862

Pohl, A. (2008): Junge Erwachsene und Migration. In: Rietzke, T./Galuske, M. (Hrsg.): Lebensalter und Soziale Arbeit: Junge Erwachsene. Baltmannsweiler, S. 82–103

Pollak, E./Bullinger, M./Jeske, J./Wiegand-Grefe, S. (2008): Wie beurteilen psychisch kranke Eltern die gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder? Zusammenhänge zur elterlichen Erkrankung und zur Funktionalität der Familie. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 57, S. 301–314

Pothmann, J./Fendrich, S. (2008): Rückgang der öffentlichen Ersatzerziehung. www.akjstat.unidortmund.de/projekte/output.php?projekt=30&Jump1=RECHTS&Jump2=6t, 09.01.2009

Pothmann/Fendrich (2008): Dimensionierung – Expansion – Ausdifferenzierung. www.akjstat.uni dortmund.de/projekte/output.php?projekt=30&Jump1=RECHTS&Jump2=6, 09.01.2009

Pothmann, J./Fendrich, S. (a): Ambulante Hilfen sind wichtiger werdende Ergänzungs- und Unterstützungsleistungen für Familien. www.akjstat.uni-dortmund.de/projekte/output.php?projekt=30&Jump1=RECHTS&Jump2=6, 09.01.2009

Pott, M./Haagen, M./Baldus, C./Saha, R./Romer, G. (2005): Wenn Mütter an Krebs erkranken: Seelische Auswirkungen auf Kinder und präventiver Handlungsbedarf. In: Zentralblatt für Gynäkologie, 127, S. 114–119

Prengel, A. (2006): Pädagogik der Vielfalt: Verschiedenheit und Gleichberechtigung in interkultureller, feministischer und integrativer Pädagogik. Wiesbaden

Preusker, U. K. (2007): Das deutsche Gesundheitssystem verstehen: Strukturen und Funktionen im Wandel. Heidelberg

Preuss-Lausitz, U. (1997a): Integration und Toleranz – Erfahrungen und Meinungen von Kindern innerhalb und außerhalb von Integrationsklassen. In: Heyer, P. et al.: „Behinderte sind doch Kinder wie wir!“ Gemeinsame Erziehung in einem neuen Bundesland, S. 171–201

Preuss-Lausitz, U. (1997b): Integrationsforschung: Ergebnisse und ‚weiße Flecken'. In: Eberwein, H. (Hrsg.): Handbuch Integrationspädagogik. Weinheim, S. 299–306

Preuss-Lausitz, U. (2006): Gewalterfahrung und Gewaltprävention. In: Die Deutsche Schule, 98, S. 47–60

Quadflieg, N./Fichter, M.(2003): The course and outcome of bulimia nervosa. In: European Child and Adolescent Psychiatry, 12 (Supplement 1), S. 99–109

Quandt, T./Wimmer, J./Wolling, J. (Hrsg.) (2008): Der Computerspieler. Studien zur Nutzung von Computergames. Wiesbaden

Quindel, R. (2004): Zwischen Empowerment und sozialer Kontrolle. Bonn

Rabbata, S. (2005): Medikamentenmissbrauch: Die stille Sucht. In: Deutsches Ärzteblatt, 102, S. 207

Raithel, J. (Hrsg.) (2001): Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention. Opladen

Raithelhuber, E. (2008): Junge Erwachsene. In: Hanses, A./Homfeldt, H.-G. (Hrsg.): Soziale Arbeit und Lebensalter: Eine Einführung. Baltmannsweiler, S. 152–172

Rappaport, J. (1985): Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit. Ein sozialpolitisches Konzept des „empowerment“ anstelle präventiver Ansätze. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 17, S. 257–278

Rath, W. (2001). Studium für Behinderte. In: Antor, G./Bleidick, U. (Hrsg.): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis. Stuttgart/Berlin/Köln

Rauh, H. (2007[2]): Resilienz und Bindung bei Kindern mit Behinderungen. In: Opp, G./Fingerle, M. (Hrsg.), Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München, S. 175–191

Rauschenbach, T./Schilling, M. (2008): Spaltet sich die Kinder- und Jugendhilfe? Analysen zu Gewinnen und Verlusten in der Personalstruktur. In: KOMDAT, 1/2, S. 2 – 4

Ravens-Sieberer, U./Ellert, U./Erhart, M. (2007a): Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Eine Normstichprobe aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 810–818

Ravens-Sieberer, U./Wille, N./Bettge, S./Erhart, M. (2007b): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 871–878

Razum, O./Zeeb, H. (2004): Suizidsterblichkeit unter Türkinnen und Türken in Deutschland. In: Der Nervenarzt, 75, S. 1092–1098

Reemtsma, J. P. (1999): Trauma – Aspekte der ambivalenten Karriere eines Konzepts. Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie (PTT),4, S. 207–214

Reichle, B. (1999): Wir werden Familie. Ein Kurs zur Vorbereitung auf die erste Elternschaft. Weinheim

Reichwein, S./Freund, Th. (1992): Jugend im Verband. Karrieren, Action, Lebenshilfe. Opladen

Reinicke, P. (2005): Sozialarbeit im Öffentlichen Gesundheitswesen. In: Ortmann, K., Waller, H.(Hrsg.): Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder. Baltmannsweiler, S. 35–51

Reinowski, E./Steiner, C. (2006): Armut von jungen Erwachsenen in der Bundesrepublik. In: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, 75, S. 89–107

Reis, O./Fegert, J./Häßler, F. (2006): Muster polyvalenten Drogengebrauchs bei niedrigschwellig betreuten Jugendlichen. In: Sucht, 52, S. 305–316

Remschmidt, H. (1998): Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Rost, D. H. (Hrsg.): Handwörterbuch Pädagogische Psychologie. Weinheim, S. 226–232

Remschmidt, H. (2005): Zwischen Einsamkeit und Hoffnung: Wie Kinder und Jugendliche ihre seelische Erkrankung erleben. In: Deutsches Ärzteblatt, 102, S. A1794–A1798

Rheinland-Pfalz. Landesjugendamt und Landesjugendhilfeausschuss 2004 www.landesjugendamt.de

Richter, A. (2002): Resilienz – ein Garant für Gesundheit? In: Impulse 37, Newsletter zur Gesundheitsförderung, 4, S. 9

Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2006): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden

Richter, M./Hurrelmann, K./Klocke, A./Melzer, W./Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.) (2008): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim/München

Richter-Kuhlmann, E. (2008): Arzneimittel für Kinder: Häufig am Rand der Legalität. In: Deutsches Ärzteblatt, 105, S. A257–A258

Riedel, B. (2008): Kinder mit Behinderungen. In: Deutsches Jugendinstitut/Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut Universität Dortmund (Hrsg.), Zahlenspiegel 2007: Kindertagesbetreuung im Spiegel der Statistik (S. 141–157). München/Dortmund. http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung5/Pdf-Anlagen/Zahlenspiegel2007,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf, 28.01.2009

Riedesser, P. (2003): Entwicklungspsychopathologie von Kindern mit traumatischen Erfahrungen. In: Brisch, K. H./Hellbrügge, Th. (Hrsg.): Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart, S.160–171

Rietzke, T./Galuske, M. (Hrsg.) (2008): Soziale Arbeit und Lebensalter: Junges Erwachsenenalter, Bd. 4. Baltmannsweiler

Robert Koch Institut (RKI) (2001): Armut bei Kindern und Jugendlichen. Berlin

Robert Koch Institut (RKI) (2003): Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Hefts, 14. Berlin

Robert Koch Institut (RKI) (2004): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin

Robert Koch Institut (RKI) (2005a): Armut bei Kindern und Jugendlichen. 2. überarbeitete Neuauflage. Berlin

Robert Koch Institut (RKI) (2005b): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin

Robert Koch Institut (RKI) (2006a): Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch Instituts (2. Welle). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. http://www.rki.de/cln_100/nn_201180/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/gstel04,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/gstel04.pdf, 24.07.2008

Robert Koch Institut (RKI) (Hrsg.) (2006b): Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit in Deutschland. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=9965&p_sprache=D&p_uid=gast&p_aid=38925499&p_lfd_nr=1, 29.05.2008

Robert Koch Institut (RKI) (2008a): Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Unveröffentlichte Sonderauswertung des Robert-Koch-Instituts für den 13. Kinder- und Jugendbericht. Berlin

Robert Koch Institut (RKI) (Hrsg.) (2008b): Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Berlin

Robert Koch Institut (RKI) (Hrsg.) (2008c): Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. Berlin

Robert Koch Institut (RKI) (Hrsg.) (2008d): HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland: Aktuelle epidemiologische Daten. In: Epidemiologisches Bulletin, Sonderausgabe A/2008

Robert Koch Institut (RKI) (2008e): HIV/AIDS in Deutschland: Eckdaten. http://www.rki.de/cln_100/nn_195960/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Epidemiologie/Daten__und__Berichte/EckdatenDeutschland,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/EckdatenDeutschland.pdf, 22.07.2008

Robert Koch Institut (RKI) (2008f): Bestätigte HIV-Antikörperteste in der Bundesrepublik Deutschland. Valide Ersttestungen vom 01.01.1993 bis zum 31.12.2007. Stand: 01.03.2008. Berlin

Robert Koch Institut (RKI) (2008g): Gemeldete AIDS-Fälle in der Bundesrepublik Deutschland. Stand: 31.12.2007. Berlin

Robert-Koch-Institut (2008h): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI

Röhnsch, G. (2004): Belastungserleben und Bewältigungsversuche von Straßenjugendlichen. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 56, S. 32–36

Röhrle, B. (2008): Sichtung und fachliche Bewertung von Evaluationsprogrammen im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript

Rohrmann, E. (2004): Weggelaufene Kinder, verlassene Eltern und Geschwister: Zur Situation von Kindern und Jugendlichen auf der Straße und ihren zurückgelassenen Familien. In: Sozialmagazin, 29, S. 10–22

Romer, G./Paschen, B./Haagen, M. (2005): Kinder körperlich kranker Eltern: Seelische Gesundheitsvorsorge durch frühzeitige Beratung. In: Kind, Jugend, Gesellschaft, 50, S. 87–94

Romeu Gordo, L. (2006): Effects of short- and long-term unemployment on health satisfaction: Evidence from German data. In: Applied Economics, 38, S. 2335–2350

Roos, S. (2007): Depressionen im Kindes- und Jugendalter aus geschlechtsspezifischer Perspektive. In: Betrifft Mädchen, 20, S. 68–74

Rosa, H. (2005): Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne. Frankfurt/M.

Rose, U./Jacobi, F. (2006): Gesundheitsstörungen bei Arbeitslosen: Ein Vergleich mit Erwerbstätigen im Bundesgesundheitssurvey 98. In: Arbeitsmedizin – Sozialmedizin – Umweltmedizin, 41, S. 556–564

Rosenbauer, N. (2008): Unvollendete Selbständigkeit: Junge Volljährige in den Erziehungshilfen. In: Rietzke, T./Galuske, M. (Hrsg.): Lebensalter und Soziale Arbeit: Junge Erwachsene, Bd. 4. Baltmannsweiler, S. 150–173

Rosenbrock, R./Gerlinger, T. (2006[2]): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern, Huber

Rosenbrock, R./Michel, C. (2007): Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung. Berlin

Rosenhagen, G. (2005): Sozialarbeit in der Suchtkrankenhilfe. In: Ortmann, K./Waller, H. (Hrsg.): Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Grundlagen der Sozialen Arbeit (13). Baltmannsweiler, S. 76–87

Rosner, R. (2008[6]): Posttraumatische Belastungsstörung. In: Petermann, F. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Kinder- und Jugendpsychologie. Göttingen, S. 395–412

Rösner, S./Steiner, S./Kraus, L. (2008): Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. In: Sucht, 54 (Sonderheft 1), S. S47–S56

Roth, J. L./Brooks-Gunn, J. (2003a): What exactly is a youth development program? Answers from research and practice. In: Applied Developmental Science, 7, S. 94–111

Roth, J. L./Brooks-Gunn, J. (2003b): What is a youth development program? Identifying defining principles. In: R. M. Lerner/F. Jacobs/D. Wertlieb (Eds.): Promoting positive child, adolescent, and family development: A handbook of program and policy innovations (Vol. 2). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc., S. 197–224

Rotter, J. B. (1966): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs, 80, Nr. 609

Rowe, R./Maughan, B./Pickles, A./Costello, E. J./Angold, A. (2002): The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: Findings from the Great Smoky Mountains Study. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43, S. 365–373

Rübenach, S. (2007): Todesursache Suizid. In: Wirtschaft und Statistik, 10, S. 960–971

Rückert, N./Ondracek, P./Romanenkova, L. (2006): Leib und Seele: Salutogenese und Pathogenese. Berlin

Rusch-Hübner, I./Hübner, S. (2007): Gesund durch die Freizeit. Ein Praxis-Leitfaden für die Kinder- und Jugendarbeit. Bundjugend Hessen, Neumarkt

Rutter, M. (1987): Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: American Journal Orthopsychiatry 57, S. 316–331

Rutter, M./Quinton, D. (1984): Parental psychiatric disorder: Effects on children. In: Psychological Medicine, 14, S. 853-880

Rutter, M./Smith, D. J. (1995): Towards causal explanations of time trends in psychosocial disorders of young people. In: M. Rutter/D. J. Smith (Hrsg.), Psychosocial disorders in young people: Time trends and their causes. New York: Wiley. S. 783–807

Rutter, M./Sroufe, L.A. (2000): Developmental psychopathology: Concepts and challenges. In: Development and Psychopathology, 12, S. 265–296

Saar, M. (2007): Macht, Staat, Subjektivität. Foucaults Geschichte der Gouvernementalität im Werkkontext. In: Krasmann, S./Volkmer, M. (Hrsg.): Michel Foucaults Geschichte der Gouvernementalität in den Sozialwissenschaften. Bielefeld, S. 23–45

Sachße, C. (1986): Mütterlichkeit als Beruf. Sozialarbeit, Sozialreform und Frauenbewegung 1871–1929. Frankfurt/M.

Sachße, C./Tennstedt, F. (1988): Fürsorge und Wohlfahrtspflege 1871–1929. Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland, Bd. 2. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz

Sachverständigenkommission des 11. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.) (2002): Gesundheit und Behinderung im Leben von Kindern und Jugendlichen (Materialien zum Elften Kinder- und Jugendbericht, Bd.4). München

Sahakian, B./Morein-Zamir, S. (2007): Professor's little helper. Nature, 450, S. 1157–1159

Salbach-Andrae, H./Lenz, K./Klinkowski, N./Pfeiffer, E./Lehmkuhl, U. (2007): Selbstverletzendes Verhalten bei weiblichen Jugendlichen. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 55, S. 185–193

Sameroff, A. J. (2000): Developmental systems and psychopathology. In: Development and Psychopathology, 12, S. 297–312

Sander, A. (1998): Schulorganisatorische Formen und Aspekte. In: M. Rosenberger (Hrsg.). Schule ohne Aussonderung – Idee, Konzepte, Zukunftschancen. Neuwied/ Kriftel, S. 54–65

Sander, E./Lange, A. (2008): „Die Jungs habe ich über die Lokalisten kennen gelernt". Vernetzung unter Gleichaltrigen. (Themenheft: Lebenswelt Netz) In: merz zeitschrift für medienpädagogik, 52, Nr. 3, S. 24–31

Sann, A. (2007): Vernetzung als Antwort auf die Versäulung der sozialen Dienste Schriftfassung eines Vortrags im Fachforum 5 der Bundesfachtagung des pfv am 29.09.2007 in Hannover: „Damit das Kind nicht in den Brunnen fällt – Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen". München, unveröffent. Manuskript

Sarimski, K. (2002): Psychische Probleme chronisch kranker Kinder. In: Esser, G. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Stuttgart S. 444–454

Sarimski, K. (2007): Understanding mental health problems among children with mental retardation from a biopsychological perspective. In: European Journal of Developmental Science, 1, S. 65–81

Sarimski, K. (2008): Kooperation mit Kindertageseinrichtungen mit Frühförderstellen bei der Unterstützung von Kindern mit besonderen Bedürfnissen. In: Pädagogische Hochschule Heidelberg (Hrsg.): Perspektiven zur pädagogischen Professionalisierung – Aspekte zur Elementarbildung II. Nördlingen, S. 5–10

Sass, H./Wittchen, H.-U./Zaudig, M./Houben, I. (Hrsg.) (1998): Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV). Göttingen

Scales, P. C./Benson, P. L./Leffert, N./Blyth, D. A. (2000): Contribution of developmental assets to the prediction of thriving among adolescents. In: Applied Developmental Science 4, S. 27–46

Scales, P. C./Benson, P. L./Mannes, M. (2006): The contribution to adolescent well-being made by nonfamily adults: An examination of developmental assets as contexts and processes. In: Journal of Community Psychology, 34, S. 401–413

Schäfer, G. E. (1995): Bildungsprozesse im Kindesalter. Selbstbildung, Erfahrung und Lernen in der frühen Kindheit. Weinheim/München

Schäfer, M./Albrecht, A. (2004): „Wie du mir, so ich dir?": Prävalenz und Stabilität von Bullying in Grundschulklassen. In: Psychologie in Erziehung und Unterricht, 51, S. 136–150

Schäfer, N. (2002): Jugend- und Drogenberatung als integriertes Modell. In: Landschaftverband Rheinland (Hrsg.), Sucht im Jugendalter: Ein Thema Drei Hilfesysteme. Tagungsdokumentation einer Kooperationsveranstaltung des Dezernates Gesundheit/Heilpädagogische Heime und der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Rheinland. Köln, S. 69–72

Schäfers, M. (2008): Lebensqualität aus Nutzersicht. Wie Menschen mit geistiger Behinderung ihre Lebenssituation beurteilen. Wiesbaden

Schäfers, M./Wacker, E./Wansing, G. (2009): Persönliches Budget im Wohnheim. Den Umgang mit Verschiedenheit lernen. Wiesbaden

Schaub, G. (2000): Arbeitsassistenz: Ambulantes Arbeitstraining für junge Behinderte. In: Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.): Fit für Leben und Arbeit. Neue Praxismodelle zur sozialen und beruflichen Integration von Jugendlichen. München, S. 103–113

Scheeringa, M. S./Gaensbauer, T. J. (2000²): Posttraumatic stress disorder. In: Zeanah, C.H. (Hrsg.): Handbook of infant mental health. New York, Guilford Press, S. 369–381

Scheidt-Nave, C./Ellert, U./Thyen, U./Schlaud, M. (2007): Prävalenz und Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 750–756

Scheithauer, H./Hayer, T./Dele Bull, H. (2007): Gewalt an Schulen am Beispiel von Bullying: Aktuelle Aspekte eines populären Themas. In: Zeitschrift für Sozialpsychologie, 38, S. 141–152

Scheithauer, H./Hayer, T./Petermann, F. (2003): Bullying unter Schülern: Erscheinungsformen, Risikobedingungen und Interventionskonzepte. Göttingen

Scheithauer, H./Niebank, K./Gottlieb, G. (2007): To see an elephant: Developmental science. In: European Journal of Developmental Science, 1, S. 6–22

Scheithauer, H./Niebank, K./Petermann, F. (2000): Biopsychosoziale Risiken in der frühkindlichen Entwicklung: Das Risiko- und Schutzfaktorenkonzept aus entwicklungspsychopathologischer Sicht. In: Petermann, F./ Niebank, K./Scheithauer, H. (Hrsg.): Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre, Göttingen, S. 65–97

Schels, B. (2007): Jugendarbeitslosigkeit und psychisches Wohlbefinden. IAB-Forschungsbericht Nr. 13/2007. http://doku.iab.de/forschungsbericht/2007/fb1307.pdf, 23.07.2008

Schenk, L./Knopf, H. (2007): Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 653–658

Scheuerer-Englisch, H. (2007): Bindungssicherheit fördern: Eine wesentliche Aufgabe der Erziehungs- und Familienberatung. In: Psychologie in Erziehung und Unterricht, 54, S. 161–174

Schiersmann, Chr./Thiel, H.-U./Fuchs, K./Pfizenmaier, E. (1998): Innovationen in Einrichtungen der Familienbildung. Eine bundesweite empirische Institutionenanalyse. Opladen

Schlack, H. G. (2004): Neue Morbidität im Kindesalter – Aufgaben für die Sozialpädiatrie. Kinderärztliche Praxis, 75, S. 292–299

Schlack, R./Hölling, H. (2007): Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht: Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 819–826

Schlack, R./Hölling, H./Kurth, B.-M./Huss, M. (2007): Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 827–835

Schlaud, M./Atzpodien, K./Thierfelder, W. (2007): Allergische Erkrankungen. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 701–710

Schlüter, A./Engelhardt, Th. (2007): Gesundheit beginnt im Kopf. Gesundheit und Jugendbildung. In: Deutsche Jugend, S. 369–375 oder www.ljrbw.de/ljr/projekte/sonstige/download/artikel_zum_ljr_projekt_gesundheit.pdf, 06.02.2009

Schmeck, K. (2004): Störungen des Sozialverhaltens. In: Eggers, C./Fegert, J./Resch, F. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Heidelberg, S. 850–873

Schmetz, D. (2001): Sexualerziehung. In: Antor, G./Belidick, U. (Hrsg.): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis. Stuttgart, Berlin, Köln, S. 386–389

Schmid, M. (2007): Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Weinheim/München

Schmid, M. (2008): Entwicklungspsychopathologische Grundlagen einer Traumapädagogik. In: Trauma und Gewalt, 4, S. 288–309

Schmid, M./Schielke, A./Fegert, J./Kölch, M. (2008): Kinder psychisch kranker Eltern: Eine Befragung von stationär behandelten Eltern. In: Nervenheilkunde, 27, S. 521–526

Schmid, M./Schmeck, K. (2008[6]): Persönlichkeitsstörungen. In: Petermann, F. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen, S. 495–512

Schmidt, B./Kolip, P. (Hrsg.) (2007): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit. Weinheim/München

Schmidt, M. (2004): Verlauf von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. In: Deutsches Ärzteblatt, 101, S. A2356–A2541

Schmidt, S./Thyen, U. (2008): Was sind chronisch kranke Kinder? In: Bundesgesundheitsblatt, 51, S. 585–591

Schmidt, W. (2003): Kindersport im Wandel der Zeit. In: Schmidt, W./Hartmann-Tews, I./Brettschneider, W. D. (Hrsg.): Erster Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht, Schorndorf. S.109–126

Schmidt, W. (2008): Zweiter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht. Schwerpunkt: Kindheit. Schorndorf

Schmidt-Semisch, H./Schorb, F. (Hrsg.) (2008): Kreuzzug gegen Fette. Sozialwissenschaftliche Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Übergewicht und Adipositas. Wiesbaden

Schnabel, P.-E. (2001): Familie und Gesundheit: Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung. Weinheim

Schneider, S. (2003a): Entwicklungspsychopathologische Grundlagen. In: Schneider, S. (Hrsg.): Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen: Grundlagen und Behandlung. Berlin, S. 3–16

Schneider, S. (2003b): Risikofaktoren für die Entwicklung von Angststörungen. In: Schneider, S. (Hrsg.): Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen: Grundlagen und Behandlung. Berlin, S. 56–77

Schneider-Rosen, K./Cicchetti, D. (1984): The relationship between affect and cognition in maltreated infants: Quality of attachment and the development of visual self-recognition. In: Child Development, 55, S. 648–655

Schöler, J./Fritsche, R./Schastok, A. (2005): Ein Kindergarten für Alle. Cornelsen Scriptor

Schone, R. (2008) Kontrolle als Element von Fachlichkeit in den sozialpädagogischen Diensten der Kinder- und Jugendhilfe. Expertise im Auftrag der AGJ. Berlin

Schone, R./Wagenblass S. (2002): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Weinheim/München

Schore, A. N. (2001): The effects of relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. In: Infant Mental Health Journal, 22, S. 201–269

Schore, A. N. (2003): Early relational trauma, disorganized attachment, and the development of a predisposition to violence. In Solomon, M. F./Siegel, D. J. (Eds.): Healing trauma. Attachment, mind, body and brain. New York, Norton, S. 107–167

Schröder, U. (2003): Die Sonderschule als Lernort für Kinder und Jugendliche mit besonderem Förderbedarf. In: Leonhardt, A./Wember, F. B. (Hrsg.): Grundfragen der Sonderpädagogik. Bildung. Erziehung. Behinderung. Weinheim/Basel/Berlin, S. 743–769

Schroeder, W./Paquet, R. (Hrsg.) (2009): Gesundheitsreform 2007. Nach der Reform ist vor der Reform. Wiesbaden

Schroer, M. (Hrsg.) (2005): Soziologie des Körpers. Frankfurt

Schüller, S. (2005): „Wie geht es hier bitte zum Arbeitsmarkt?“ Sackgassen und neue Wege der beruflichen Teilhabe von Menschen mit Behinderung. In: Wacker, E. et al. (Hrsg.): Teilhabe. Wir wollen mehr als nur dabei sein. Marburg, S. 101–114

Schuller, T./Preston, J./Hammond, C./Brassett-Grundy, A./Bynner, J. (2004): The Benefits of Learning. The impact of education on health, family life and social capital. London, New York, Routledge & Falmer

Schulte-Körne, G./Remschmidt, H. (2003): Legasthenie: Symptomatik, Diagnostik, Ursachen, Verlauf und Behandlung. In: Deutsches Ärzteblatt, 100, S. A396–A406

Schulte-Markwort, M./Richterich, A./Forouher, N. (2008²): Affektive Störungen. In: Blanz, B./Remschmidt, H./Schmidt, M./Warnke, A. (Hrsg.), Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Stuttgart, S. 771–800

Schulze-Krüdener, J. (1999): It’s body time! Sport als Herausforderung für die Jugendarbeit. In: Homfeldt, G./Merten, R./Schulze-Krüdener, J. (Hrsg.): Grundlagen der Sozialen Arbeit, Bd. 2. „Sozialer Brennpunkt“ Körper. Körpertheoretische und -praktische Grundlagen für die Soziale Arbeit. Hohengehren, S. 204–216

Schwartz, F. W./Janus, K. (2006): Das Gesundheitssystem als interdisziplinäres Forschungsfeld. In: Wendt, C./Wolf, C. (Hrsg.): Soziologie der Gesundheit. Wiesbaden, S. 72–85

Schwarzer, R. (1994): Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Kompetenzressource. In: Diagnostica, 40, S. 105–123

Schwenkmezger, P. (1993): Psychologische Aspekte des Gesundheitssports. In: Gabler, H./Nitsch. J. R./Singer, R.: Einführung in die Sportpsychologie, S. 204–221

Schwier, J. (2008): Inszenierungen widerspenstiger Körperlichkeit. Zur Selbstmediatisierung jugendlicher Sportszenen. In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 28, 3, S. 271–282

Seegers, G. (2002): Ambulante Hilfen und Beratung in der Suchtkrankenhilfe. In: Landschaftverband Rheinland (Hrsg.): Sucht im Jugendalter: Ein Thema Drei Hilfesysteme. Tagungsdokumentation einer Kooperationsveranstaltung des Dezernates Gesundheit/Heilpädagogische Heime und der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Rheinland. Köln, S. 47–51

Seger, W./Schian, H. M./Steinke, B. et al. (2004): Gesundheits-, sozial-, gesellschafts- und organisationspolitische Auswirkungen der Anwendung der ICF auf eine integrierte Rehabilitation – Vision der Umsetzung und ihre Folgen. In: Gesundheitswesen 66, S. 393–399

Seidel, M. (2003): Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. In: Geistige Behinderung, 42, S. 244–254

Seifert, B. (2002): Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen und Auswirkung sozialer Benachteiligung. In: Sachverständigenkommission 11. Kind- und Jugendbericht (Hrsg.). Gesundheit und Behinderung im Leben von Kindern und Jugendlichen. Materialien zum 11. Kinder- und Jugendbericht, Bd. 4. München, S. 87–173

Seifert, B. (2007): Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe – es gibt noch viel zu tun. In: Forum Jugendhilfe, 2, S. 70–79

Seiffge-Krenke, I. (2006): Nach PISA: Stress in der Schule und mit den Eltern. Göttingen

Seiffge-Krenke, I. (2008a): Schulstress in Deutschland: Ursachen, Häufigkeiten und internationale Verteilung. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 57, S. 3–19

Seiffge-Krenke, I. (2008b): Partnerschaft, Beziehung und Gründung einer eigenen Familie. In: Rietzke, T./Galuske, M. (Hrsg.): Lebensalter und Soziale Arbeit: Junge Erwachsene, Bd.. 4. Baltmannsweiler, S. 36–50

Seiffge-Krenke, I./Skaletz, C. (2006): Chronisch krank und auch noch psychisch beeinträchtigt? Ergebnisse einer Literaturrecherche. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 55, S. 73–90

Seiffge-Krenke, I./Welter, N. (2008): Mobbing, Bullying und andere Aggressionen unter Schülern als Quelle von Schulstress: Inwieweit sind die „Opfer“ daran beteiligt? In: Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 57, S. 60–74

Sen, A. (2000): Ökonomie für den Menschen. Wege zur Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft. München

Sennett, Richard (1998): Der Verfall des öffentlichen Lebens. Die Tyrannei der Intimität. Frankfurt/M

Sheridan, S./Eagle, J./Dowd, S. (2006): Families as contexts for children’s adaptation. In: Goldstein, S./Brooks, R. (Hrsg.), Handbook of resilience in children. New York, Springer, S. 165–179

Shilling, C. (Ed.) (2007): Embodying sociology: Retrospect, progress and prospects. Oxford, Blackwell

Sichtermann, B. (2007): Pubertät. Not und Versprechen. Weinheim

Siegel, D. J. (1999): The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience. New York: Guilford Press

Siegrist, J./Marmot, M. (2008): Einleitung. In: Siegrist, J./Marmot, M. (Hrsg.), Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern, Huber, S. 15–44

Silbereisen, R./Kastner, P. (1985): Jugend und Drogen: Entwicklung von Drogengebrauch – Drogengebrauch als Entwicklung? In: R. Oerter (Hrsg.): Lebensbewältigung im Jugendalter (S. 201–215). Weinheim

Sills, M./Shetterly, S./Xu, S./Magid, D./Kempe, A. (2007): Association between parental depression and children’s health care use. In: Pediatrics, 119, S. 829–836

Simeonson, R. J./Leonardi, M./Bjorck-Akesson, E./Hollenweger, J./Lollar, D. (2003): Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health to measure childhood disability. In: Disability & Rehabilitation, 25, S. 602–610

Simeonson, R. J./Leonardi, M./Bjorck-Akesson, E./Hollenweger, J./Lollar, D./Martinuzzi, A./TenNapel, H. (2006): ICF-CY: A universal tool for practice policy and research (Document P107). Meeting of the WHO collaborating centres for the family of international classifications. Tunis, 29.10.-04.11.2006. http://www.rivm.nl/who-fic/Annuals/Tunis%20P107%20-%20ICF-CY%20a%20universal%20tool%20for%20practice%20policy%20and%20research.pdf, 22.09.2008

Simoes, E/Kunz, S./Bosing-Schwenkglenks, M./Schwoerer, P./Schmahl, F.W. (2003): Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge – ein Spiegel gesellschaftlicher Entwicklungen und Aspekte der Effizienz. Untersuchung auf der Basis der Perinatalerhebung Baden-Württemberg 1998–2001. In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 63, S. 538–545

Simon, M. (2008[2]): Das Gesundheitssystem in Deutschland: Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Bern, Huber

Singer, S./Brähler, E. (2007): Die 'Sense of Coherence Scale'. Testhandbuch zur deutschen Version. Göttingen

Sinus-Sociovision (2007): Die Milieus der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. http://www.sinus-sociovision.de/Download/Report_Migranten-Milieus_16102007_Auszug.pdf, 6.11.08

Skinner, E./Edge, K. (1998): Reflections on coping and development across the lifespan. In: International Journal of Behavioral Development, 22, S. 357–366

Smyke, A. T./Dumitrescu, A. Zeanah, C. H. (2002): Disturbances of attachment in young children. In: The continuum of caretaking causality. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41, S. 972–982

Sohns, A. (2001): Rahmenbedingungen und Qualitätsstandards der Frühförderstellen in Mecklenburg-Vorpommern – eine Bestandsaufnahme, Neubrandenburg 2001. http://www.fh-nordhausen.de/uploads/media/RahmenbedingungenQualitaetsstandardsFruehfoerderstellenMV.pdf, 26.01.2008

Solomon, Z. (1995): From denial to recognition: Attitudes toward Holocaust Survivors from World War II to the present. In: Journal of Traumatic Stress, 8, S. 215–228

Sommerfeld, P./Hüttemann, M. (Hrsg.) (2007): Evidenzbasierte Soziale Arbeit. Nutzung von Forschung in der Praxis. Baltmannsweiler

Späth, K. (2004): Rechtliche Grundlagen für die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie im SGB IX. In: Fegert, J./Schrapper, C. (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim/München, S. 499–504

Specke, H. K. (2005): Gesundheitsmarkt in Deutschland. Bern, Huber

Sroufe, L. A./Egeland, B./Carlson, E./Collins, W. (2005): The development of the person. The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood. New York: Guilford

Stadler, C./Rohrmann, S./Knopf, A./Poustka, F. (2007): Sozio-moralisches Denken bei Jungen mit einer Störung des Sozialverhaltens: Der Einfluss von Intelligenz, Erziehungsfaktoren und psychosozialer Belastung. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 35, S. 169–178

Stadt Stuttgart, Jugendamt und Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern (2002): Integration Zweijähriger in den Kindergarten. Abschlußbericht. Stuttgart

Stanat, P./Artelt.C./Baumert, J./Klieme, E./Neubrand, M./Prenzel/Schiefele, M. u. a. (2000): PISA 2000: Die Studie im Überblick. Grundlagen, Methoden und Ergebnisse. http://www.mpib-berlin.mpg.de/pisa/PISA_im_Ueberblick.pdf, 07.05.2008

Stang, W. (1989): Lernen visueller Kontingenzen bei dreimonatigen Säuglingen. Diplomarbeit. Freie Universität Berlin

Starker, A./Lampert, T./Worth, A./Oberger, J./Kahl, H./Bös, K. (2007): Motorische Leistungsfähigkeit. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 775–783

Statistisches Bundesamt (2006): Krankenhausstatistik, Fachserie VIII-A Gesundheit. Bonn

Statistisches Bundesamt (2006a): Pressebroschüre Gesundheit – Ausgaben, Krankheitskosten und Personal 2004. http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2006/Gesundheit/Pressebroschuere,property=file.pdf, 13.10.2008

Statistisches Bundesamt (2007): Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der vollstationären Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern 2006. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2007a): Gesundheit – Personal. 1997 bis 2006 (erschienen am 13.12.2007). https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1021368, 21.07.2008

Statistisches Bundesamt (2007b): Statistik der schwerbehinderten Menschen 2005: Schwerbehinderte Menschen am 31.12.2005 nach Altersgruppen in Deutschland. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2008): Anzahl der durch Suizid Gestorbenen im Jahr 2007 nach Alter und Geschlecht in Deutschland. Bonn

Statistisches Bundesamt (2008a): Bevölkerung nach Altersgruppen und Bundesländern 1991 bis 2006

Statistisches Bundesamt (2008b): Diagnose Alkohol: Anzahl junger Patienten weiterhin hoch. Zahl der Woche Nr. 004 vom 29.01.2008 http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/zdw/2008/PD08__004__p002,templateId=renderPrint.psml, 09.07.2008

Statistisches Bundesamt (2008c): Integrationsschüler/innen mit sonderpädagogischer Förderung im Schuljahr 2006/2007

Statistisches Bundesamt (2008d): Klassen, Schüler/innen und Ausländer/innen in Förderschulen nach Klassentypen, sonderpädagogischen Förderschwerpunkten und Ländern im Schuljahr 2006/2007

Statistisches Bundesamt (2008e): Krankheitskosten in Millionen Euro aufgeschlüsselt nach Alter, Geschlecht und ICD-10-Diagnose im Jahr 2006 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes). http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/391745429/95099433; 16.12.2008

Statistisches Bundesamt (2008f): Sterbeziffer der durch Suizid Gestorbenen je 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht von 1980 bis 2007 in Deutschland. Bonn

Stauber, B. (2008): Junges Erwachsenenalter und Geschlecht. In: Rietzke, T./Galuske, M. (Hrsg.): Lebensalter und Soziale Arbeit: Junge Erwachsene, Bd. 4. Baltmannsweiler, S. 126–148

Stauber, B./Pohl, A./Walther, A. (Hrsg.) (2007): Subjektorientierte Übergangsforschung. Weinheim

Stauber, B./Walther, A. (2002): Junge Erwachsene. In: Schröer W./Struck, N./Wolff, M. (Hrsg.), Handbuch Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim, S. 113–143

Steen, R. (2005): Soziale Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst. München

Steil, R./Rosner, R. (2008): Posttraumatische Belastungsstörungen. Göttingen

Steinhausen, H.-C. (2003): The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. In: American Journal of Psychiatry, 160, S. 798

Sting, S. (2002): Gesundheit. In: Schröer, W./Struck, N./Wolff, M. (Hrsg.): Handbuch Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim/München, S. 413–426

Sting, S. (2008): Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript

Sting, S. (2008a): Gesundheit. In: Coelen, Th./Otto, H.-U. (Hrsg.): Grundbegriffe Ganztagsbildung. Das Handbuch. Wiesbaden, S. 289–298

Sting, S./Zurhorst, G. (Hrsg.) (2000): Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern der sozialen Arbeit. Weinheim/Basel

Stolle, M./Sack, P.-M./Thomasius, R. (2007): Drogenkonsum im Kindes- und Jugendalter. In: Deutsches Ärzteblatt, 104, S. A2061–A2070

Stöppler, R. (2008): Selbstbestimmte Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Nußbeck, S./Biermann, A./Adam, H. (Hrsg.). Sonderpädagogik der geistigen Entwicklung. Bd. 4, Handbuch Sonderpädagogik. Göttingen, S. 562–577

Straus, F. (2008): Gesundheitsprävention und -förderung bei jungen Erwachsenen in Maßnahmen der berufsbezogenen Jugendhilfe. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript

Straus, F./Dill, H./Gmür, W/Höfer, R./Keupp, H. (2008). Die Entwicklung von KinderTageszentren in München. München: IPP Projektberichte

Straus, F./Höfer, R. (2000): Kohärenzgefühl, soziale Ressourcen und Gesundheit. Überlegungen zur Interdependenz von (Widerstands-)Ressourcen. In: Wydler, H./Kolip, P./Abel, T. (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Weinheim/München, S. 115–128

Streeck-Fischer, A. (2006): Trauma und Entwicklung. Frühe Traumatisierungen und ihre Folgen in der Adoleszenz. Stuttgart

Stroß, A. M. (2006): Von der Gesundheitserziehung Erster Ordnung zur Gesundheitserziehung Zweiter Ordnung. In: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 29, S. 34–37

Struppe, U. (2008): Grundsätze der Integrations- und Diversitätspolitik der Stadt Wien. In: Politics of Diversity. Dossier der Heinrich-Böll-Stiftung. http://www.migration-boell.de/web/diversity/48_1738.asp, 06.11.2008

von Suchodoletz, W. (2003): Umschriebene Sprachentwicklungsstörungen. In: Monatsschrift für Kinderheilkunde, 151, S. 31–37

Süddeutsche Zeitung (2008): Andrang bei Beratung für Spielsüchtige. In: Süddeutsche Zeitung, Nr. 231 v. 4/5.10.2008, S. 51

Summer, E. (2008): Macht die Gesellschaft depressiv? Alain Ehrenbergs historische Verortung eines Massenphänomens im Licht sozialwissenschaftlicher und therapeutischer Befunde. Bielefeld

Sygusch, R. (1999): Gut drauf durch Sport? Geschlechtsspezifisches Erleben von Körper und Gesundheit sportlich aktiver Jugendlicher. In: Diskurs, 2, S. 40–50

Szagun, B./Walter, K. (2006): Prävention durch den öffentlichen Gesundheitsdienst. In: Kirch, W./Badura, B. (Hrsg.): Prävention. Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses Dresden, 1. und 2. Dezember 2005. Heidelberg, S. 219–241

Taylor, C. (1995): Das Unbehagen an der Moderne. Frankfurt/M.

Tenorth, H.-E. (2002): Apologie einer paradoxen Technologie – über Status und Funktion von „Pädagogik“. In: Böhm, W (Hrsg.): Pädagogik – wozu und für wen? Stuttgart, S. 70–99

Terre des Hommes (TdH) (2008): Straßenkinder: Daten und Fakten Deutschland. http://www.tdh.de/content/themen/schwerpunkte/strassenkinder/daten.htm; 28.07.2008

Theunert, H./Gebel, C. unter Mitarbeit von Brüggen, N./Lauber, A. (2007): Fokuspunkte und Optimierungshinweise zum Jugendmedienschutz aus der alltagspraktischen Perspektive. Zusammenfassende Reflexion und Interpretation der Ergebnisse der JFF-Teilstudie. JFF – Institut für Medienpädagogik in Forschung und Praxis München. http://www.jff.de/dateien/JFF_JMS_Kurzfassung.pdf, 06.02.2009

Theunert, H./Wagner, U./Gebel, S./Eggert, S.: (2005): Medien als Orte informellen Lernens im Prozess des Heranwachsens. In: Grunert, C./Helsper,W./Theunert,H./Gogolin,I.: Kompetenzerwerb von Kindern und Jugendlichen im Schulalter. Sachverständigenkommission Zwölfter Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.): Materialien zum Zwölften Kinder- und Jugendbericht Bd. 3. München, S. 175–300

Theunissen, G. (Hrsg.) (2007): Handlexikon geistige Behinderung. Stuttgart

Theunissen, G./Plaute, W. (2002): Handbuch Empowerment und Heilpädagogik. Freiburg

Thiels, Cornelia (2004): Belastungen in der Kindheit und Jugend Essgestörter. In: Psychotherapeut, 49, S. 21–26

Thimm, W./Wachtel, G. (2002): Familien mit behinderten Kindern: Wege der Unterstützung und Impulse zur Weiterentwicklung regionaler Hilfesysteme. Weinheim

Thomasius, R./Jung, M./Schulte-Markwort, M. (2008²): Suchtstörungen. In: Blanz, B./Remschmidt, H./Schmidt, M./Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Stuttgart, S. 885–918

Thust, W. (1998): Moderate Veränderungen: Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.1997. In: Deutsches Ärzteblatt, 15 (Supplement), S. 3–19

Tietze, W./Bolz, M./Grenner, K./Schlecht, D./Wellner, B. (2007): Krippen-Skala (KRIPS-R). Feststellung und Unterstützung pädagogischer Qualität in Krippen. Berlin

Tietze, W./Roßbach, H.-G./Stendel, M./Wellner, B. (2007a): Hort/Ganztagsangebote-Skala (HUGS). Feststellung und Unterstützung pädagogischer Qualität in Horten und Außerunterrichtlichen Angeboten. Berlin

Treumann, K. P./Meister, D.M./Sander, U./Burkatzki, E./Hagedorn, J./Kämmerer, M./Strotmann, M./Wegener, C. (2007): Medienhandeln Jugendlicher. Mediennutzung und Medienkompetenz. Bielefelder Medienkompetenzmodell. Wiesbaden

Trocmé, N./MacMillan, H./Fallon, B./De Marco, R. (2003): Nature and severity of physical harm caused by child abuse and neglect. In: Canadian Medical Association Journal, 169, S. 911–915

von Troschke, J./Mühlbacher, A. (2005): Grundwissen Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliche Gesundheitspflege. Querschnittsbereich 3. Bern, Huber

Tschöpe-Scheffler, S. (Hrsg.) (2005): Konzepte der Elternbildung – eine kritische Übersicht. Opladen

Tschöpe-Scheffler, S./Wirtz, W. (2008): Familienbildung – institutionelle Entwicklungslinien und Herausforderungen. In: Diller, A./Heitkötter, M./Rauschenbach, T. (Hrsg.): Familie im Zentrum. Kinderfördernde und elternunterstützende Einrichtungen – aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen. München, S. 157–177

Tschöpe-Scheffler, S. (2008): Unterstützungsangebote zur Stärkung der elterlichen Erziehungsverantwortung oder: Starke Eltern haben starke Kinder. In: Bastian, P./Diepholz, A./Lindner, E. (Hrsg.): Frühe Hilfen für Familien und soziale Frühwarnsysteme. Münster/New York, S. 59–81

Tulchinsky, T./Varavikova, E. A. (2000): The New Public Health: An Introduction for the 21st Century. New York, Academic Press

Tzscheetzsch, W. (2007): Straßenkinder in Deutschland. In: Deutsches Kinderhilfswerk (Hrsg.), Kinderreport Deutschland 2007: Daten, Fakten, Hintergründe. Freiburg im Breisgau, S. 89–95

Umweltbundesamt (2007): Wie Schadstoffe und Lärm die Gesundheit unserer Kinder belasten. http://www.umweltbundesamt.de/gesundheit/survey, 24.07.2008

US Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth, and Families. (1999): Child maltreatment 1997: Reports from the states to the National Child Abuse and Neglect Data System. US Government Printing Office, Washington, DC

Uttendörfer, J. (2008): Traumazentrierte Pädagogik. In: Unsere Jugend, S. 50–65

Vennemann, M./Fischer, D./Findeisen, M. (2003): Kindstodinzidenz im internationalen Vergleich. In: Monatsschrift Kinderheilkunde, 151, S. 510–513

Vereinte Nationen (UNO) (1998): World Disability Report. Genf: United Nations Organization

Verny, T. (2004): Bonding, Teil 1. In: Deutsche Hebammenzeitschrift, 2, S. 59–60

Vitaro, F./Pedersen, S./Brendgen, M. (2007): Children's disruptiveness, peer rejection, friend's deviancy, and delinquent behaviours: A process-oriented approach. In: Development and Psychopathology, 19, S. 433–453

Vitaro, F./Tremblay, R./Bukowski, W. (2001): Friends, friendships and conduct disorder. In: Hill, J./Maughan, B. (Eds.), Conduct disorders in childhood and adolescence. Cambridge, Cambridge University Press, S. 346–378

Vloet, T./Herpertz, S./Herpertz-Dahlmann, B. (2006): Ätiologie und Verlauf kindlichen dissozialen Verhaltens: Risikofaktoren für die Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 34, S. 101–115

Volkert, J. (2005): Armut und Reichtum an Verwirklichungschancen. In: Sens, A.: Capability-Konzept als Grundlage der Armuts- und Reichtumsberichterstattung. Wiesbaden

von Voss, H./von Kries, R. (2007): Sozialpädiatrie. In: Koletzko, B. (Hrsg.): Kinder- und Jugendmedizin. Heidelberg

Wabitsch, M. (2004): Kinder und Jugendliche mit Adipositas in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, 47, S. 251–255

Wacker, E. (2008): Soziologische Ansätze: Behinderung als soziale Konstruktion. In: Nußbeck, S./Biermann, A./Adam, H. (Hrsg.). Sonderpädagogik der geistigen Entwicklung. Bd. 4, Handbuch Sonderpädagogik. Göttingen, S. 115–158.

Wacker, E. (2008a): Selbstbestimmung und Behinderung. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 40, S. 11–27

Wacker, E. (2008b): Umgang mit Vielfalt, ressourcenförderliche Umwelten und die Konstruktion der „Behinderung" nach ICF. In: Rehberg, K.-S. (Hrsg.): Die Natur der Gesellschaft. Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006, S. 3353 ff

Wacker, E./Bosse, T./Niehoff, U./Schäfer, M./Wansing, G./Zalfen, B. (Hrsg.) (2005): Teilhabe. Wir wollen mehr als nur dabei sein. Marburg

Wahl, K./Hees, K. (Hrsg.) (2007): Helfen „Super Nanny" und Co.? Ratlose Eltern – Herausforderung für die Elternbildung. Mannheim

Wahlbeck, K./Mäkinen, M. (Hrsg.) (2008): Prevention of depression and suicide. Consensus paper. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_depression_en.pdf, 04.09.2008

Waldschmidt, A. (2005): Disability Studies: Individuelles, soziales und/oder kulturelles Modell von Behinderung. In: Psychologie und Gesellschaftskritik, 29 (1), S. 9–31

Waldschmidt, A./Schneider, W. (Hrsg.) (2007): Disability Studies, Kultursoziologie und Soziologie der Behinderung. Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld. Bielefeld

Waller, H. (2007): Sozialmedizin. Grundlagen und Praxis. Stuttgart

Walter, Joachim (1996[4]). Sexualität und geistige Behinderung. Heidelberg (4. Auflage).

Wansing, G. (2005): Teilhabe an der Gesellschaft. Menschen mit Behinderung zwischen Inklusion und Exklusion. Wiesbaden

Warnke, A. (2005): Psychische Störungen. In: Speer, C. P./Gahr, M. (Hrsg.): Pädiatrie. Heidelberg, S. 1159–1206

Warnke, A./Plume, E. (2008[6]): Umschriebene Lese-Rechtschreibstörung. In: Petermann, F. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen, S. 189–205

Warnke, A./Schulte-Körne, G. (2008[2]): Umschriebene Entwicklungsstörung des Lesens und der Rechtschreibung. In: Blanz, B./Remschmidt, H./Schmidt, M./Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Stuttgart, S. 534–569

Watson, J. (2000): Male bodies. Health, culture and identity. Buckingham, Open University Press

Weber, A./Hörmann, G./Heipertz, W. (2007): Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. In: Deutsches Ärzteblatt, 104, S. A2957–A2962

Weichold, K./Silbereisen, R. K. (2007): Positive Jugendentwicklung und Prävention. In: Röhrle, B. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung, Bd. 3: Kinder und Jugendliche. Tübingen, S. 103–125

Weindrich, D./Jennen-Steinmetz, C./Laucht, M./Esser, G./Schmidt, M.H. (2000): Epidemiology and prognosis of specific disorders of language and scholastic skills. In: European Child and Adolescent Psychiatry, 9, S. 186–194

Weinfield, N. S./Sroufe, L. A./Egeland, B./Carlson, E. A. (1999): The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. In: Cassidy, J./Shaver, P. R. (Eds.): Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications. New York, Guilford, S. 68–88

Weiß, A./Diefenbach, H. (2006): Menschen mit Migrationshintergrund. Datenerfassung für die Integrationsberichterstattung. Gutachten für das Statistische Amt und die Stelle für interkulturelle Arbeit der Landeshauptstadt München/Sozialreferat. München, http://www.muenchen.de/Rathaus/soz/wohnenmigration/interkulti/119794/publikation.html, 06.11.2008

Weiß, H. (2007): Frühförderung als protektive Maßnahmen: Resilienz im Kleinkindalter. In: Opp, G./Fingerle, M. (Hrsg.), Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz: München, S. 158-174

Weiss, K./Stempinski, S./Schumann, M./Keimeleder, L. (2008): Qualifizierung in der Kindertagespflege. Das DJI-Curriculum „Fortbildung von Tagespflegepersonen". Seelze-Velber

Welter-Enderlin, R. (2008): Einleitung: Resilienz aus Sicht von Beratung und Therapie. In: Welter-Enderlin, R./Hildenbrand, B. (Hrsg.): Resilienz – gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg, S. 7–19

Weltgesundheitsorganisation (WHO) – Europa (2004): Soziale Determinanten von Gesundheit: Die Fakten. Redaktion: Marmot, M./Wilkinson, R. Kopenhagen

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1998): Gesundheit 21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle" für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle"; Nr. 6

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Genf

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2008): Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children (HBSC). International report from the 2005/2006 survey. http://www.euro.who.int/Document/E91416.pdf, 16.07.2008

Wendlandt, W. (2006): Sprachstörungen im Kindesalter. Stuttgart

Wenzel, E. (Hrsg.) (1986): Die Ökologie des Körpers. Frankfurt/M

Werner, E. (1990): Protective factors and individual resilience. In Meisels, S. J./Shonkoff, J. P (Hrsg.): Handbook of early childhood intervention. Cambridge, University Press Cambridge, S. 97–116

Werner, E. E. (2007): Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In: Opp, G./Fingerle, M. (Hrsg.): Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München, S. 20–31

Werner, E. E./Smith, R. S. (1982): Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth. New York, Mc Graw Hill

Werner, E. E./Smith, R. S. (2001): Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery. Ithaca: Cornell University Press.

Wetzels, P. (1997): Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen. Baden-Baden

White, R. W. (1959): Motivation reconsidered: The concept of competence. In: Psychological Review, 66, S. 297–333

Wiegand-Grefe, S./Romer, G./Möller, B. (2008): Kinder psychisch oder körperlich kranker Eltern: Forschungsstand und Perspektiven indizierter Prävention bei einer kinder- und jugendpsychiatrischen Risikobelastung. In: Kinder- und Jugendmedizin, 8, S. 38–44

Wiesner R. (2006[3]): SGB VIII. Kinder und Jugendhilfe. Kommentar. München.

Wietasch, A.-K. (2007): Jugend, Körper und Emotion. Eine Schnittmenge aus neurobiologischer Sicht. In: Diskurs Kindheits- und Jugendforschung, 2, S. 123–137

von Wietersheim, J. (2008[6]): Bulimia nervosa. In: Adler, R./Hermann J/Köhle, K./Langewitz, W./Schonecke, O./von Uexküll, T./Wesiack, W. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin: Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. München S. 707–725

Wilken, E. (2008): Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Down Syndrom. In: Nußbeck, S./Biermann, A./Adam, H. (Hrsg.): Sonderpädagogik der gestigen Entwicklung. Handbuch der Sonderpädagogik Bd. 4. Göttingen, S. 18–36

Wilken, U./Jeltsch-Schudel, B. (Hrsg.) (2003): Eltern behinderter Kinder: Empowerment-Kooperation-Beratung. Stuttgart

Wilkinson, R. G. (2001): Kranke Gesellschaften. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Wien, New York

Wilkinson, R. G. (2005): The impact of inequality. How to make sick societies healthier. New York, London, The New Press

Winterhoff, M. (2008): Warum unsere Kinder Tyrannen werden. Oder: Die Abschaffung der Kindheit. Gütersloh

Wischer, B. (2001): Lernen in heterogenen Gruppen aus Schülersicht. Ausgewählte Ergebnisse aus der Absolventenstudie. In: Demmer-Dieckmann, I./Struck, P. (Hrsg.): Gemeinsamkeit und Vielfalt. Pädagogik und Didaktik einer Schule ohne Aussonderung. Weinheim, S. 227–243

Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen (2005): Familiale Erziehungskompetenzen. Beziehungsklima und Erziehungsleistungen in der Familie als Problem auf Aufgabe. München/Basel

Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen (2008): Bildung, Betreuung und Bildung für Kinder unter 3 Jahren – elterliche und öffentliche Sorge in gemeinsamer Verantwortung. Kurzgutachten Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen beim Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend. http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/BMFSFJ/Service/volltextsuche.html

Wittchen, H. U./Jacobi, F. (2001): Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland: Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheitssurveys 1998. In: Bundesgesundheitsblatt, 44, S. 993–1000

Witteriede, H. (2003): Schulische soziale Arbeit und gesundheitsfördernde Schule. Hohengehren

Wolf, V. (2008): Information als Methode der Notfallpsychologie im Umgang mit Kindern und Jugendlichen nach traumatischen Erlebnissen. In: Unsere Jugend, S. 66–71

Wolfersdorf, M. (2008): Depression und Suizid. In: Bundesgesundheitsblatt, 51, S. 443–450

World Health Organisation (1998): Health Promotion Glossary. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf, 01.12.2008

World Vision Kinderstudie (2007): Kinder in Deutschland 2007, Frankfurt

Wulfhorst, B. (2002): Theorie der Gesundheitspädagogik. Legitimation, Aufgabe und Funktionen von Gesundheitserziehung. Weinheim/München.

Wüllenweber, E. (2004): Lernbehinderung – zwischen Realität und Konstrukt. In: Baudisch, W./Schulze, M./Wüllenweber, E. (Hrsg.): Einführung in die Rehabilitationspädagogik. Stuttgart, S. 76–104

Wunder, M. (2006): Community Care und bürgerschaftliches Engagement: Chancen und Risiken. Zeitschrift für Inklusion online-net, 02//06; http://www.inklusion-online.net/index.php?menuid=23&reporeid=28, 20.02.2008

Wunderlich, U. (2004): Suizidales Verhalten im Jugendalter: Theorien, Erklärungsmodelle und Risikofaktoren. Göttingen

Wustmann, C. (2008): Gesundheitsförderung im Setting Kindertageseinrichtungen. In: Bals, Th./Hanses, A./Melzer, W. (Hrsg.): Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings. Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten. Weinheim/München, S. 183–193

Yates, M./Youniss, J. (Eds.) (1999): Roots of civic identity. International perspectives on community service and activism in youth. Cambridge, Cambridge University Press

Zeanah, C. H. (1996): Beyond insecurity: A reconceptualization of attachment disorders of infancy. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, S. 42–45

Zeanah, C. H./Smyke, A. T./Dumitrescu, A. (2002): Attachment disturbances in young children. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41, S. 983–989

Zeanah, C. H./Smyke, A. T./Koga, S. F./Carlson, E./ The Bucharest Early Intervention Project Core Group (2005): Attachment in institutionalized and community children in Romania. In: Child Development, 76, S. 1015–1028

Zepf, S./Mengele, U./Hartmann, S. (2003): Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung Erwachsener in der Bundesrepublik Deutschland. In: Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie, 53, S. 152–162

Zerle, C. (2007): Wie verbringen Kinder ihre Freizeit? In: Alt, C. (Hrsg.): Kinderleben, Bd. 3: Start in die Grundschule. Wiesbaden, S. 243–270

Ziegenhain, U. (2004): Sozial-emotionale Entwicklung. In: Eggers, C./Fegert, J./Resch, F. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Heidelberg, S. 40–54

Ziegenhain, U. (2006): Wie erkennt man vernachlässigte und gefährdete Kinder? In: Münchner Medizinische Wochenzeitschrift, 24, S. 24–26

Ziegenhain, U. (2007[3]): Bindungsstörungen. In: Margraf, J./ Schneider, S. (Hrsg.): Verhaltenstherapie. Bd. 3: Störungen des Kindes- und Jugendalters. Berlin

Ziegenhain, U./Fegert, J. (2004): Frühkindliche Bindungsstörungen. In: Eggers, C./Fegert, J. Resch, F. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Berlin, S. 875–890

Ziegenhain, U./Fegert, J. M. (Hrsg.) (2007): Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung. München/Basel

Ziegenhain, U./Fegert, J./Ostler, T./Buchheim, A. (2007): Risikoeinschätzung bei Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im Säuglings- und Kleinkindalter. Chancen früher beziehungsorientierter Diagnostik. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 56, S. 410–428

Ziegler, H. (2006): Evidenzbasierte Soziale Arbeit. Über managerielle PraktikerInnen in neo-bürokratischen Organisationen. In: Schweppe, C./Sting, S. (Hrsg.): Sozialpädagogik im Übergang. Neue Herausforderungen für Disziplin, Profession und Ausbildung. Weinheim/München, S. 139–155

Ziesel, E./Schmidt da Silva, A. (2008): Neues Elterntalk Motto: Gesundes Aufwachsen in Familien. In: projugend, 3, S. 29

Zimmer, E. (2007): Integrative Familienhilfe – Daheim-Erziehen. In: Homfeldt, H.-G./Schulze-Krüdener, J. (Hrsg): Elternarbeit in der Heimerziehung. München, S.112–133

Zimmer, R. (2005): Bewegung und Sprache: Verknüpfung des Entwicklungs- und Bildungsbereichs Bewegung mit der sprachlichen Förderung in Kindertagesstätten. München

Zimmermann, U./Heinemann, A./Püschel, K./Fiedler, G. (2005): Suizide im Kindes- und Jugendalter. In: Rechtsmedizin, 15, S. 211–217

Zinke, M./Koch, H./Kerek-Bodden, H./Graubner, B./ Brenner, G. (2001): Patientenklientel und Diagnosenspektrum in der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin. Ausgewählte Ergebnisse des ADT-Panels des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung. In: Kinder- und Jugendarzt, 32, S. 712–718

Zok, K. (2008): Gesundheitsprobleme von Arbeitnehmern und ihr Verhalten im Krankheitsfall. In: WIdO-monitor, 5, S. 1–7 http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_wido_monitor/wido_mon_ausg1-2008_0608.pdf, 21.07.2008

Zwiauer, K. (2001): Langzeiteffekte der Ernährung in den ersten zwei Lebensjahren. In: Monatszeitschrift Kinderheilkunde, 1, 149, S.71–74

Anhang

25 Liste der Expertisen

Margret Dörr

Gesundheitsförderung in stationären Angeboten der Jugendhilfe: Heime als Orte für Salutogenese

Nico Dragano, Thomas Lampert, Johannes Siegrist

Soziale Ungleichheit von Gesundheit bei Kindern- und Jugendlichen

Ulrich Gerth, Klaus Menne

Der Beitrag der Erziehungsberatung zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Jörg Fegert, Tanja Besier

Heimkinder und andere psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen

Tina Friederich

Die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertageseinrichtungen

Andres Hanses, Kirsten Sander

Gesundheitsförderung in der außerschulischen Jugendarbeit unter der Berücksichtigung der Lebens- und Risikolagen der Adressaten unter dem (etwaigen) Unterschied zwischen Ost- und West-Deutschland

Manfred Hintermair

Inwiefern und mit welchen Konsequenzen lassen sich Konzepte wie Salutogenese, Empowerment, Identitäts- und Netzwerkarbeit auf Kinder und Jugendliche mit Behinderungen übertragen?

Renate Höfer, Luise Behringer

Interdisziplinäre Frühförderung – Angebot und Leistungen

Michael Kölch

Versorgung von Kindern aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern

Petra Kolip

Beachtung zentraler gender-relevanter Kriterien in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinder und Jugendhilfe

Knut Lambertin

Gesundheitsförderung in der Jugendverbandsarbeit

Albert Lenz

Welche riskanten Lebensbedingungen müssen Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern bewältigen und wie können ihre Resilienzressourcen durch Angebote der Jugendhilfe gestärkt werden?

Elke Opper, Petra Wagner

Expertise zur Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter durch Sport

Peter Paulus

Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen in der Kooperation von Schule (auch Ganztagsschulen, Förderschulen), Jugendhilfe und anderen Partnern

Bernd Röhrle

Sichtung und fachliche Bewertung von Evaluationsprogrammen im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention

Stephan Sting

Potentiale und Grenzen der verschiedenen Ansätze zur Suchtprävention im Hinblick auf ihre Potentiale zur Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung der Lebens- und Risikolagen und der Suchtgefährdung von Kindern und Jugendlichen.

Florian Straus

Gesundheitsprävention und -förderung bei jungen Erwachsenen in Maßnahmen der berufsbezogenen Jugendhilfe

Elisabeth Wacker

Delphi-Studie zur Lage der Gesundheitsförderung und -chancen für Kinder und Jugendliche mit Behinderung

26 Fachgespräche und Hearings

Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe bezüglich des Rahmenkonzeptes des 13. Kinder- und Jugendberichts (23. Januar 2008, Berlin)

Alexa Franke, TU Dortmund

Dieter Kleiber, Freie Universität Berlin

Bernd Röhrle, Philipps-Universität Marburg

Fachgespräch Migration (18. März 2008, München)

Ilhamy Atabay, München

Helga Dill, München

Maria Gavranidou, Landeshauptstadt München

Reiner Frank, Klinikum der Universität München

Angela Kühner, München

Feyza Placek, München

Hearing mit den freien Trägern der Jugendhilfe zum Thema: „Konzepte und Strategien zur Gesundheitsförderung, speziell in Bezug auf Familien mit Armuts- und/oder Migrationshintergrund“ (22./23. April 2008, Berlin)

Wolfgang Barth, AWO Bundesverband

Christine Bopp, Deutscher Caritasverband

Roland Fehrenbacher, Deutscher Caritasverband

Ulrike Gebelein, Diakonisches Werk

Fredy Gross, Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland

Sabine Skutta, Deutsches Rotes Kreuz

Thomas Steffens, Diakonisches Werk

Natalie Weidner, Türkisch-Deutsche Gesundheitsstiftung e. V.

Teilhabe von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen (11. September 2008, Berlin)

Christiane Bopp, Deutscher Caritasverband

Horst Frehe, Bremen

Sybille Hausmanns, BAG Gemeinsam Leben – Gemeinsam lernen

Norbert Müller-Fehling, Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte

Wilfried Wagner-Stolp, Lebenshilfe

Andreas Renner, BAG Selbsthilfe

Sonderauswertung

Boris Heizmann

Sonderauswertung des Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS)
nach den Vorgaben des DJI, 13. Kinder- und Jugendbericht

27 Abkürzungsverzeichnis

a.a.O.	am angeführten oder angegebenen Ort
Abb.	Abbildung
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom und Hyperaktivitätsstörung
ADS	Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom
ADT-Panel	Abrechnungsdatenträger-Panel, basiert auf einer Zufallsstichprobe der kassenärztlichen Vereinigung
AFET	Bundesverband für Erziehungshilfe (der erste **A**llgemeine **F**ürsorge-**E**rziehungs-**T**ag fand 1906 in Breslau statt)
AGB	Arbeitgeber
AGJ	Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe
AG SGB VIII	Arbeitsgemeinschaft Sozialgesetzbuch, Achtes Buch
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (erworbenes Immunschwächesyndrom)
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst
AURYN	Hilfe für Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern (Ausdruck stammt aus der „Unendlichen Geschichte“ von Michael Ende)
AWO	Arbeiterwohlfahrt
b.z.w.	beziehungsweise
BA	Bundesagentur für Arbeit/Bundesanstalt für Arbeit
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft
BAK	Blutalkoholkonzentration
BÄK	Bundesärztekammer
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BBJH	Berufsbezogene Jugendhilfe
BBW	Berufsbildungswerk Leipzig für Hör- und Sprachgeschädigte
BDA	Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
BDKJ	Bund der Deutschen Katholischen Jugend

BELLA	Studie zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BFKJ	Berliner Frauen-, Kinder- und Jugendinitiative
BFW	Berufsförderungswerk
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBL	Bundesgesetzblatt
bke	Bundeskonferenz für Erziehungsberatung
BJK	Bundesjugendkuratorium
BKJPP	Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMELV	Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium des Innern
BMI	Body-Maß-Index
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BVKJ	Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte
BVPG	Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
ca.	circa
CD-ROM	Compact Disc Read-Only Memory (Permanentspeicher für digitale Daten)
d. h.	das heißt
DAKJ	Deutsche Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
DBDD	Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
DDT	Dichlordiphenyltrichloräthan (Insektizid)
Def.	Definition
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
DGSPJ	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DIMDI	Deutsches Institut Medizinische Dokumentation und Information
DJHT	Deutscher Kinder- und Jugendhilfetag
DJI	Deutsches Jugendinstitut
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
DOSB	Deutscher Olympischer Sportbund
DPSG	Deutsche Pfadfinderschaft Sankt Georg
DPWV	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
Drs.	Drucksache
dsj	Deutsche Sportjugend

DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnosemanual)
DSV	Deutscher Schwimmverband
DTB	Deutscher Turnerbund
DVD	Digital Versatile Disc (einer CD ähnlicher Datenträger mit deutlich mehr Speicherplatz)
ebd.	ebenda
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
EEC	Early Excellence Centres – Zentren für Kinder und ihre Familien
EREV	Evangelischer Erziehungsverband
ESA	Epidemiologischer Suchtsurvey
ESPAD	Europäische Schülerstudie Alkohol Drogen
u. a.	Et alii (und andere)
etc.	et cetera (und so weiter)
EU	Europäische Union
f.	folgende (Seite)
FuN	Familie und Nachbarschaft
G8	achtjähriges (statt neun Jahre) Gymnasium in Bayern
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEK	Gmünder Ersatzkasse
ggf.	gegebenenfalls
GKK	Gebietskrankenkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GVG	Gerichtsverfassungsgesetz
HAG	Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung
HBSC	Health Behaviour School Children (Gesundheitsverhalten von Schülern)
HCB	Hexachlorbenzol
HIPPY	Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters – Familienförderungsprogramm mit dem Ziel der frühen Förderung der 3- bis 6-jährigen Kinder
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HOT	Haushalts-Organisations-Training
HUGS	Hort und Ganztagsangebote-Skala
IB	Internationaler Bund
ICD-10	International Classification of Disease (Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision)
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICF-CY	ICF for Children and Youth
IFF	Interdisziplinäre Frühförderstelle; Institut zur Frühförderung musikalisch Hochbegabter
IFP	Staatsinstitut für Frühpädagogik in Bayern
IFT	Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung
IGfH	Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen
ILK	Inventar Lebensqualität Kinder

IQ	Intelligenzquotient
ISA	Institut für soziale Arbeit
ISG	Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik
JH	Jugendhilfe
JIM	Jugend, Information, Multimedia; jährliche Studie des Medienpädagogischen Forschungsverbunds Südwest
JMK	Jugendministerkonferenz
JUMP	Programm der Bundesregierung zur Bekämpfung der Jugendarbeitslosigkeit
JuSchG	Jugendschutzgesetz
JWG	Jugendwohlfahrtsgesetz
Kap.	Kapitel
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KESS-Studie	Kompetenzen und Einstellungen von Schülerinnen und Schülern
KICK	Kinder- und Jugendhilfeweiterentwicklungsgesetz
KiföG	Kinderförderungsgesetz
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
KIPKEL	Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern
KiTa	Kindertagesstätte
KiTaG	Kindertagesstättengesetz, Brandenburg
KitaG	Kindertagesbetreuungsgesetz, Berlin
KiTZ	Kinder-Tages-Zentrum
KJB	Kinder- und Jugendbericht
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
KJH	Kinder- und Jugendhilfe
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz/SGB VIII
KJPP	Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
KKH	Kaufmännische Krankenkasse
KMK	Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder der BRD
KomDat	Informationsdienst der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik
KZfSS	Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie
LAG Bayern	Landesarbeitsgemeinschaft Bayern; Fachverband für Erziehungs-, Jugend- und Familienberatung
LBS	Landesbausparkasse – Bausparkasse der Sparkassen (Kinderbarometer)
LJA	Landesjugendamt
LMU	Ludwig-Maximilians-Universität München
LVR	Landschaftsverband Rheinland
MFS	Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest
MGH	Mehrgenerationenhaus
MH	Migrationshintergrund
MHADIE	Measuring Health and Disability in Europe (Messen von Gesundheit und Behinderung in Europa)
mind.	mindestens
Mio.	Millionen
MoMo	Motorik Modul; Studie zur Erfassung von Motorik und Sportverhalten der Heranwachsenden

NCJW	National Council of Jewish Women, Los Angeles (Nationaler Rat der jüdischen Frauen)
NRW	Nordrhein-Westfalen
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PC	Personal Computer
PCB	Polychlorierte Biphenyle
peb	Plattform Ernährung und Bewegung
PISA	Program for International Student Assessment (Programm zur internationalen Schülerbewertung)
PJC	Positive Jugendentwicklung
Pkt.	Punkt
PKV	Private Krankenversicherung
pp.	perge, perge (lat. „fahre fort“)
ProKiTa	Praxisforschung und Modellprojekte in den Bereichen Kindertagesstätten und Tagespflege
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSD	Post Traumatic Stress Disorder (Posttraumatische Belastungsstörung)
PTT	Präoperative Gerinnungsdiagnostik
RAA	Regionale Arbeitsstellen zur Förderung von Kindern und Jugendlichen aus Zuwandererfamilien
REITOX	European Information Network on Drugs and Drug Addiction; jährliche Berichte über die Drogensituation in den Ländern
RKI	Robert-Koch-Institut
RLP	Rheinland-Pfalz
SAFE	Sichere Ausbildung für Eltern
s. S.	siehe Seite
SchKG	Schwangerschaftskonfliktgesetz
SchwbG	Schwerbehindertengesetz
SCOFF	engl.: verschlingen, Fresserei; Fragebogen zur Erfassung von Essstörungen
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire; Verhaltens-Screening-Fragebogen über 3- bis 16-Jährige
SGB VIII	Sozialgesetzbuch, Achtes Buch, Kinder- und Jugendhilfe
SGB IX	Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SOC	Sense of Coherence (Kohärenzgefühl)
SOEP	Socio Economic Panel (sozioökonomisches Panel)
SPB	Schwerpunktbereiche; Schweizerischer Pfadfinderbund
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
ST	Sozialstatus
SuSe	Studie zu Stillen und Säuglingsernährung im ersten Lebensjahr
Tab.	Tabelle
TAG	Tagesbetreuungsausbaugesetz
TdH	Terre de Hommes (Erde der Menschlichkeit)
TK	Techniker Krankenkasse
TOA	Täter-Opfer-Ausgleich
TV	Television

u. a.	unter anderem; und andere
u. Ä.	und Ähnliches
U1 bis U8	Vorsorgeuntersuchnungen im bei unter 6-Jährigen
UKE	Universitätsklinik Eppendorf
UNO	United Nations Organization (Vereinte Nationen)
UNICEF	United Nations International Children´s Emergency Fund (Weltkinderhilfswerk der UNO)
usw.	und so weiter
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche
vs.	versus (gegen)
WfbM	Werkstätten für behinderte Menschen
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WidO	Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (AOK)
z. B.	zum Beispiel

28 Tabellenverzeichnis

		Seite
Tabelle 3.1	Biologische und psychologische Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen	66
Tabelle 3.2	Soziale Risikofaktoren und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in unterschiedlichen Lebenskontexten	67
Tabelle 4.1	Anzahl und Anteil (Prozent) der Heranwachsenden an der Gesamtbevölkerung Deutschlands am 31. Dezember 2006	77
Tabelle 4.2	Schwerpunktthemen in den fünf Altersstufen	81
Tabelle 5.1	Häufigkeit des Tabak- und Alkoholkonsums sowie psychische Belastungen in der Schwangerschaft der Mütter von Kindern unter zwei Jahren (Prävalenzen in Prozent)	85
Tabelle 5.2	Häufigkeit des Stillens (Kind jemals gestillt) nach soziodemografischen und weiteren Merkmalen (Prävalenzen in Prozent) im Zeitraum 2003 bis 2006	86
Tabelle 5.3	Impfquoten bei der Grundimmunisierung und der Zweitimpfung im zweiten Lebensjahr des Kindes	86
Tabelle 5.4	Inanspruchnahme einzelner Früherkennungsuntersuchungen und Arztbesuch bei niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten bzw. Allgemeinmedizinern in den letzten 12 Monaten	86
Tabelle 5.5	Elterneinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes des Kindes sowie akute und chronische Erkrankungen nach soziodemografischen Merkmalen bei unter 2-Jährigen	88
Tabelle 6.1	Körperlich-sportliche Aktivität bei 3- bis 6-Jährigen	96
Tabelle 6.2	Auswertung des SDQ-Gesamtproblemwertes zu psychischen und Verhaltens-auffälligkeiten bei 3- bis 6-Jährigen (Elternangaben; Prävalenzen in Prozent)	97
Tabelle 6.3	Psychische und Verhaltensauffälligkeiten bei 3- bis 6-Jährigen (Elternangaben; Prävalenzen in Prozent)	97

Seite

Tabelle 6.4 Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Besuchen bei niedergelassenen Ärzten sowie von Impfungen bei Kindern im Alter von drei bis sechs Jahren 99

Tabelle 7.1 Prävalenz von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf (Angaben in Prozent) 104

Tabelle 7.2 Lebenszeitprävalenz atopischer Erkrankungen und obstruktiver Bronchitis bei 7- bis 10-Jährigen 105

Tabelle 7.3 Schwerbehinderte Menschen am 31.12.2005 nach Altersgruppen in Deutschland . . . 106

Tabelle 7.4 Schüler und Schülerinnen (6 bis15 Jahre) mit sonderpädagogischer Förderung (Integrationsschüler/-innen und Schüler/innen an Förderschulen) nach Förderschwerpunkten im Schuljahr 2006/2007 (ohne Schüler/innen in Klassen für Kranke) 107

Tabelle 7.5 Auftretenshäufigkeit von Schmerzen in den letzten drei Monaten bei Kindern zwischen 7 und 10 Jahren (Prävalenzangaben in Prozent). 109

Tabelle 7.6 Auswertung des SDQ-Gesamtproblemwertes zu psychischen und Verhaltensauffälligkeiten bei 3- bis 6-Jährigen (Elternangaben; Prävalenzen in Prozent) 111

Tabelle 7.7 Psychische und Verhaltensauffälligkeiten sowie prosoziales Verhalten bei 6- bis 12-Jährigen (Elternangaben; Prävalenzen in Prozent) 111

Tabelle 7.8 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei 7- bis 10-Jährigen 112

Tabelle 7.9 Auftretenshäufigkeit von Angststörungen bei 7- bis 10-jährigen Kindern (Auskunft der Eltern, Angaben in Prozent) 114

Tabelle 7.10 Körperlich-sportliche Aktivität bei 7- bis 10-Jährigen 115

Tabelle 8.1 Sexualverhalten bei 14- bis 17-jährigen Jugendlichen ohne und mit Migrationshintergrund 120

Tabelle 8.2 Mediennutzung und Gesundheitsbeeinträchtigungen bei 11- bis 17-Jährigen (Selbstauskunft der Befragten). 122

Tabelle 8.3 Tabakkonsum bei Jugendlichen 123

Tabelle 8.4 Alkoholkonsum bei Jugendlichen 125

Tabelle 8.5 Konsum von Cannabisprodukten bei Jugendlichen 128

Tabelle 8.6 Verteilung aller Missbrauchsfälle auf Altersgruppen 130

Tabelle 8.7 Auswertung des SDQ-Gesamtproblemwertes zu psychischen und Verhaltensauffälligkeiten bei 11- bis 13- und 14- bis 17-Jährigen (Elternangaben). 131

Tabelle 8.8 Psychische und Verhaltensauffälligkeiten sowie prosoziales Verhalten bei 11- bis 13-Jährigen (SDQ-Subskalen) 132

Tabelle 8.9 Psychische und Verhaltensauffälligkeiten sowie prosoziales Verhalten bei 14- bis 17-Jährigen (SDQ-Subskalen) 132

Tabelle 8.10 Gegenüberstellung wichtiger Symptome bei Anorexie und Bulimie 133

Seite

Tabelle 8.11	Prävalenz von Essstörungssymptomen bei 11- bis 17-Jährigen nach SCOFF (Selbstauskunft der Befragten)	133
Tabelle 8.12	Gewichtsverteilung und Adipositas bei 3- bis 6-Jährigen und 7- bis 10-Jährigen (Angaben in Prozent)	135
Tabelle 8.13	Übergewicht und Adipositas bei 11- bis 13- Jährigen und 14- bis 17- Jährigen (Angaben in Prozent)	135
Tabelle 8.14	Gewicht, psychische und Verhaltensauffälligkeiten der 11- bis 17-Jährigen (Prävalenzen in Prozent)	136
Tabelle 9.1	Häufigkeit psychischer Störungen (ICD-10 Diagnosen) bei jungen Erwachsenen (Prävalenzen in Prozent)	142
Tabelle 9.2	Prävalenz von Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit und Nikotinabhängigkeit	144
Tabelle 9.3	Prävalenz von Cannabismissbrauch/-abhängigkeit (ESA 2006, Angaben in Prozent)	144
Tabelle 9.4	Verteilung der bis zum 31. Dezember 2004 gemeldeten AIDS-Fälle nach Geschlecht und Alter zum Zeitpunkt der Diagnose (Angaben in Prozent)	147
Tabelle 9.5	Einzeldimensionen psychisch-emotionaler Belastung bei Berufsschülerinnen und Berufsschülern (Angaben in Prozent)	149
Tabelle 11.1	Ausgaben der öffentlichen Hand (einschließlich Einnahmen) für ausgewählte Leistungsbereiche des SGB VIII in Euro (Deutschland, 1992 bis 2006)	156
Tabelle 11.2	Entwicklung der Vollzeitbeschäftigten in der Kinder- und Jugendhilfe nach Arbeitsfeldern (Deutschland, Ost- und Westdeutschland; 2002 und 2006; Angaben absolut und in Prozent)	157
Tabelle 12.1	An der Versorgung von Kindern und Jugendlichen beteiligte Arztgruppen nach Bezeichnungen und Tätigkeitsarten, 2007	163
Tabelle 12.2	Pädiatrische und kinder- und jugendpsychiatrische Krankenhausbetten und ihre Nutzung	167
Tabelle 14.1	Bereiche der Suchtkrankenhilfe für Erwachsene und deren Angebote	181
Tabelle 14.2	Gemeinsame Aufgaben der Hilfesysteme in Bezug auf suchtkranke und von Suchterkrankung bedrohte Minderjährige	182
Tabelle 16.1	Zahl der Kinder mit Behinderungen zum Stichtag 15. März 2006 nach Art der Einrichtung und nach Bundesländern	192
Tabelle 16.2	Einhaltung des Personalschlüssels in den Einrichtungen	199
Tabelle 16.3	Ausgewählte Kooperationspartner von Kindertagesstätten in Bezug auf Gesundheit	203
Tabelle 16.4	Überblick über Frühfördereinrichtungen nach Bundesländern	205

29 Abbildungsverzeichnis

		Seite
Abbildung 2.1	Positive Jugendentwicklung (PJE) umfasst „5 C“	46
Abbildung 3.1	Gesundheitsförderung und Prävention: Strategien und Methoden	53
Abbildung 3.2	Modell der Salutogenese mit makro-, meso- und mikrosozialen Faktoren	58
Abbildung 3.3	Das salutogenetische Modell nach Antonovsky	59
Abbildung 3.4	Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit aus Systemperspektive	64
Abbildung 7.1	Psychische und Verhaltensauffälligkeiten (Ausprägung „auffällig“) der 3- bis 17-Jährigen (Prävalenzen in Prozent)	110
Abbildung 7.2	Erwerb von Methylphenidat durch Apotheken in Form von Fertigarzneimitteln	113
Abbildung 8.1	Aktueller Tabakkonsum der 11- bis 17- Jährigen (Prävalenzen in Prozent)	123
Abbildung 8.2	Prävalenz und Häufigkeit des Wasserpfeifenrauchens bei 12- bis 17-Jährigen (Angaben in Prozent)	124
Abbildung 8.3	Regelmäßiger Alkoholkonsum bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen nach Geschlecht im Zeitraum von 2004 bis 2008 (Angaben in Prozent)	126
Abbildung 8.4	Riskanter Alkoholkonsum bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen nach Geschlecht im Zeitraum 2004 bis 2008 (Angaben in Prozent)	126
Abbildung 8.5	Alkoholkonsum (mindestens wöchentlich) der 11- bis 17-Jährigen (Prävalenzen in Prozent)	127
Abbildung 8.6	Haschischkonsum der 11- bis 17- Jährigen (Lebenszeitprävalenzen in Prozent)	128
Abbildung 8.7	Übergewicht inkl. Adipositas bei 3- bis 17-Jährigen (Prävalenzen in Prozent)	135
Abbildung 8.8	Sterbeziffer der durch Selbstmord/(vorsätzliche) Selbstbeschädigung gestorbenen jungen Menschen in Deutschland von 1980 bis 2007 je 100 000 Einwohner	138
Abbildung 9.1	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach einzelnen Substanzen (Altersgruppe 18 bis 39 Jahre, ESA 2006, Angaben in Prozent)	145
Abbildung 9.2.	Bestätigte HIV-Antikörperteste (Neuinfektionen) in Deutschland nach Jahr der Einsendung (Stand: 1. März 2008, absolute Werte)	146
Abbildung 9.3	Anteil der bestätigten HIV-Antikörperteste (Neuinfektionen) in Deutschland nach Jahr der Einsendung in den Altersgruppen (Stand: 1. März 2008, Angaben in Prozent)	147
Abbildung 9.4	Gemeldete AIDS-Fälle in der Bundesrepublik Deutschland nach ausgewählten Altersgruppen (Stand: 31. Dezember 2007; Angaben in Prozent)	148
Abbildung 9.5	Bestand an arbeitslos gemeldeten Personen im Alter von 15 bis unter 30 Jahren in Westdeutschland im Zeitraum Juni 1998 bis Juni 2008	150
Abbildung 9.6	Bestand an arbeitslos gemeldeten Personen im Alter von 15 bis unter 30 Jahren in Ostdeutschland (einschl. Berlin) im Zeitraum Juni 1998 bis Juni 2008	151

Seite

Abbildung 12.1	Kinder- und Jugendliche je berufstätigen Kinder- und Jugendmediziner im gesamten Bundesgebiet von 1993 bis 2007	163
Abbildung 12.2	Kinder- und Jugendliche je berufstätigen Kinder- und Jugendmediziner in den alten Bundesländern von 1993 bis 2007	164
Abbildung 12.3	Kinder- und Jugendliche je berufstätigen Kinder- und Jugendmediziner in den neuen Bundesländern von 1993 bis 2007	164
Abbildung 12.4	Zahl der Minderjährigen, für die ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verfügung steht (am 31. Dezember 2005)	165
Abbildung 12.5	Zahl der Minderjährigen, für die ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut zur Verfügung steht (am 31. Dezember 2005)	166
Abbildung 12.6	Auslastungsgrad der aufgestellten Betten in pädiatrischen Fachabteilungen von 1991 bis 2006 (Angaben in Prozent)	167
Abbildung 12.7	Zahl der Minderjährigen, für die ein Bett in Fachkrankenhäusern bzw. Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie zur Verfügung steht (am 31. Dezember 2005)	168
Abbildung 12.8	Zahl der Minderjährigen, für die ein teilstationärer Platz in Fachkrankenhäusern bzw. Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zur Verfügung steht (am 31. Dezember 2005)	169
Abbildung 13.1	Das biopsychosoziale Modell von Behinderung der ICF	175
Abbildung 13.2	Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen	177
Abbildung 13.3	Träger der Rehabilitation	178
Abbildung 16.1	Förderung – Hilfe – Schutz	188

30 Verzeichnis der Exkurse

Exkurs 6.1	Sprachkompetenz bei Kindern mit Migrationshintergrund	96
Exkurs 7.1	Kinder psychisch, sucht- und körperlich kranker Eltern	108
Exkurs 7.2	Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen	112
Exkurs 8.1	Schwangerschaften Minderjähriger	119
Exkurs 8.2	Rauchen von Wasserpfeifen	124
Exkurs 8.3	Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Frauen mit Behinderung	130
Exkurs 9.1	Wohnungslose Heranwachsende in Deutschland	152
Exkurs 13.1	ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health)	175
Exkurs 16.1	„Early Excellence“ und „KiTZ“	198

Bildungspläne der Länder

Bundesland	Titel	Jahr	Umfang	Autor	Bildungsbereiche + Querschnittsthemen	Geltungsbereich
Bayern „Themenbezogene Bildungs- und Erziehungsbereiche“	Der bayerische Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder in Tageseinrichtungen bis zur Einschulung	2007	488 Seiten, erprobt	IFP	11 Bildungsbereiche zzgl. Themenübergreifende Bereiche (indiv. Unterschiede, Übergänge, Geschlecht ...) und Basiskompetenzen (demokratische Teilhabe, Resilienz), Schlüsselprozesse (Partizipation)	0–6 Jahre
Baden-Württemberg „Bildungs- und Entwicklungsfelder“	Orientierungsplan für Bildung und Erziehung für die baden-württembergischen Kindergärten	2007	128 Seiten, Erprobungs-phase	Trägerverbände, Politik, Wohlfahrtsverbände, Transferzentrum für Neurowissenschaften und Lernen	6 Bildungsbereiche , 4 Motivationen des Kindes, Erziehungspartnerschaft, Kooperationen	0–10 Jahre, Schwerpunkt Kindergarten
Berlin „Bildungsbereiche“	Berliner Bildungsprogramm	2004	130 Seiten	INA	Kompetenzen, 7 Bildungsbereiche, Zusammenarbeit mit Eltern, Übergang Grundschule, Partizipation	Geburt bis Schuleintritt keine Integration
Brandenburg „Bildungsbereiche“	Grundlagen für die Kindertagesbetreuung in Brandenburg	2006	48 Seiten	Arbeitsgemeinschaft der Trägerverbände	6 Bildungsbereiche + Grenzsteine der Entwicklung /Prävention	Geburt bis Ende Grundschule, Schwerpunkt Kindergarten
Bremen „Bildungsbereiche“	Rahmenplan für Bildung und Erziehung im Elementarbereich/ Konkretisierungen	2005	40+20 Seiten	Entwicklungsgruppe aus Wissenschaft, Politik und Praxis	7 Bildungsbereiche, Zusammenarbeit mit Eltern, Übergänge, Räumlichkeiten, indiv. Unterschiede	Geburt bis Schuleintritt, Schwerpunkt Kindergarten
Hamburg „Bildungsbereiche“	Hamburger Bildungsempfehlungen für die Bildung und Erziehung von Kindern in Tageseinrichtungen	2006	80 Seiten	INA	Kompetenzen, 7 Bildungsbereiche, Zusammenarbeit mit Eltern, Übergang Grundschule, Partizipation	Geburt bis Schuleintritt keine Integration
Hessen „Schwerpunkte“	Bildung von Anfang an. Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder von 0 bis 10 Jahren in Hessen	2007	150 Seiten	IFP	Basiskompetenzen, individ. Unterschiede, 5 Schwerpunkte, die nochmals gegliedert sind, Übergänge, Kooperation und Beteiligung	Geburt bis Ende Grundschule unter Einbeziehung der Fachberatungen, Kindertagespflege, Familienbildung, Fachschulen, Eltern
Mecklenburg-Vorpommern „Bildungs- und Erziehungsbereiche“	Rahmenplan für die zielgerichtete Vorbereitung von Kindern in Kindertagesein-richtungen auf die Schule	2004	76 Seiten	Arbeitsgruppe Frühpädagogik der Universität Rostock	Aufbau des Plans, 5 Bildungsbereiche	10 Monate vor voraussichtlichem Schuleintritt
Niedersachsen „Bereiche“	Orientierungsplan für Bildung und Erziehung im Elementarbereich	2005	60 Seiten	Zusammenarbeit von Trägerverbänden, Landesarbeitsgemeinschaft der Elterninitiativen und Landeselternvertretung und Ministerium	Grundlagen (z.B. Partizipation), 9 Bildungsbereiche, Kooperation mit Eltern und Grundschule	Geburt bis zum Schuleintritt
Nordrhein-Westfalen „Bildungsbereiche“	Bildungsvereinbarung NRW. Fundament stärken und erfolgreich starten	2003	22 Seiten, Erprobung	Arbeitsgruppe aus Trägerverbänden, Ministerium und Wohlfahrtspflege	Präambel (z.B. Mitwirkung der Eltern, Übergang Grundschule), 4 Bildungsbereiche	Geburt bis Schuleintritt

noch Bildungspläne der Länder

Bundesland	Titel	Jahr	Umfang	Autor	Bildungsbereiche + Querschnittsthemen	Geltungsbereich
Rheinland-Pfalz „Bildungsbereiche“	Bildungs- und Erziehungsempfehlungen für Kindertagesstätten in Rheinland-Pfalz	2004	135 Seiten	Entwicklungsgruppe aus Kirchen, Landesregierung, Wohlfahrtspflege, Landeselternausschuss, kommunale Spitzenverbände	11 Bildungsbereiche + Querschnittsthemen, Teilhabe, Zusammenarbeit mit Eltern, Übergang Grundschule	Geburt bis 14. Lebensjahr
Saarland „Bildungsbereiche“	Bildungsprogramm für Saarländische Kindergärten + Handreichungen	2006	19+113 Seiten	INA	Kompetenzen, 7 Bildungsbereiche, Zusammenarbeit mit Eltern, Übergang Grundschule, Partizipation, Integration	Geburt bis Schuleintritt
Sachsen „Bildungsbereiche“	Sächsischer Bildungsplan	2006	146 Seiten	TU Dresden, Insitut für Sozialpädagogik, Sozialarbeit und Wohlfahrtswissenschaften und Beirat	Grundlagen, 6 Bildungsbereiche, Kontexte, Zusammenarbeit mit Eltern, Übergang Grundschule	Geburt bis Schuleintritt, Erweiterung für den Hort und für Kindertagespflege vorgesehen
Sachsen-Anhalt „Bildungsbereiche“	Bildungsprogramm für Kindertageseinrichtungen in Sachsen-Anhalt. Bildung elementar - Bildung von Anfang an.	2003	90 Seiten	Projektgruppe elementar, Universität Halle-Wittenberg und Kindertageseinrichtungen + Pläne anderer Länder	6 Bildungsbereiche + Querschnittsthemen (Partizipation, Integration, Kontextorientierung), Übergänge und Erziehungspartnerschaft, Qualität	Geburt bis 14. Lebensjahr
Schleswig-Holstein „Querschnittsdimen-sionen“, „Bildungsbereiche“	Erfolgreich starten - Leitlinien zum Bildungsauftrag von Kindertageseinrichtungen / + Handreichungen	2004	31 Seiten, in der Erprobung + je Handreichung 30 Seiten	Arbeitsgruppe aus Trägerverbänden, Landeselternvertretung, Ministerium und Wissenschaft	6 Bildungsbereiche + Querschnittsthemen, Partizipation, Kooperation	Geburt bis 14. Lebensjahr
Thüringen „Bildungsbereiche“	Thüringer Bildungsplan für Kinder bis 10 Jahre	2006	130 Seiten, Erprobung	wissenschaftliches Konsortium mit Fachbeirat aus der Praxis (ähnlich INA)	Grundlagen (z.B. Zusammenarbeit mit Eltern, individ. Unterschiede, Übergänge …), 7 Bildungsbereiche, Qualität	Geburt bis 10 Jahre

Übersicht: Bereich „Gesundheit“ in den Bildungsplänen der Länder

Bildungspläne der Länder	Bildungsbereich Gesundheit	Titel des Bereichs	Explizite Themen im Bildungsbereich (BB)	Implizite Themen in den Bildungsbereichen	Verzahnung mit anderen Bereichen im Bildungsbereich	Querschnittsthemen außerhalb der Bildungsbereiche	Integration von behinderten oder von drohender Behinderung betroffenen Kindern	Zielgruppen	Gesundheitsbegriff	Gesundheitsförderung	Krankheitsprävention	Fazit
Bayern „Themenbezogene Bildungs- und Erziehungsbereiche“	ja	Starke Kinder: Bewegung, Rhythmik, Tanz und Sport Gesundheit	Bewegung, Rhythmik, Tanz und Sport, Ernährung, Körperpflege, Hygiene, Körper- und Gesundheitsbewusstsein, Sexualität, Sicherheit und Schutz, Stress	wird alles explizit angesprochen	viele Querverbindungen zu anderen Bereichen z. B. Resilienz, geschlechtersensible Erziehung, indiv. Unterschiede, uvm.	Umgang mit individuellen Unterschieden und soziokultureller Vielfalt, Resilienz, Partizipation, Koop	6.2.4 Kinder mit erhöhtem Entwicklungsrisiko und (drohender) Behinderung S. 153	Kinder, Eltern und Fachkräfte	Gesundheitsbegriff der WHO zugrunde gelegt	Gesundheitsförderung im Kapitel Starke Kinder	Krankheitsprävention als Unterbegriff von Gesundheitsförderung	wissenschaftsorientierter Ansatz, sehr umfassende Sichtweise von Gesundheit, detailliert
Baden-Württemberg „Bildungs- und Entwicklungsfelder“	ja	Körper	Körpererfahrung, Bewegung, Wohlbefinden, pos. Körper- und Selbstkonzept Gesundheit und Ernährung, Sexualität, Integration, Hygiene	Verschränkung mit der Motivation „Anerkennung und Wohlbefinden erfahren“/alle Bildungsbereiche sind einbezogen	Erziehungs- und Bildungsmatrix (Motivation des Kindes/ Bildungs- und Entwicklungsfelder)	2.4. Zusammenarbeit mit Partnern S. 57 z. b. mit Zahnärzten, Gesundheitsämtern etc.	im Bildungsbereich „Körper“ werden auch behinderte oder chronisch kranke Kinder thematisiert S. 77, zusätzlich 1.6 Vielfalt und Unterschiedlichkeit	Kinder	implizit Gesundheitsbegriff der WHO – „Wohlbefinden“	findet keine Erwähnung	findet keine Erwähnung	kindorientiert v. a. implizite Themen, umfassend aufgrund der Verschränkung mit den Motivationen
Berlin „Bildungsbereiche“	ja	Körper, Bewegung und Gesundheit	Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Hygiene, Sexualität, Körperwahrnehmung	Kompetenzen entwickeln, anregungsreiche Räume	Struktur der Bildungsbereiche: Ziele, Kindersicht, Bildungsaufgaben der Erzieherin	demokratische Teilhabe, Bildung als kultureller Prozess: Gleichheit und Unterschiede, Beteiligung der Eltern	Hinweis auf S. 11 „Orientierung an der Lebenswelt des Kindes“ – Einleitung	Kinder	Gesundheitsbegriff der WHO angesprochen	findet keine Erwähnung	findet keine Erwähnung	Kindorientiert, mit Bezügen zur Kindergemeinschaft und der Gesellschaft
Brandenburg „Bildungsbereiche“	ja	Körper, Bewegung und Gesundheit	Schwerpunkt Bewegung, Ernährung, Bewusstsein für gesunde Umwelt, Körpererfahrung, Entspannung, Integration	Soziales Leben, Raumausstattung	nur implizit Hinweis zum sozialen Aspekt von Gesundheit	Grenzsteine der Entwicklung: Frühwarnsystem für Risikolagen	Hinweis S. 6 im BB „Soziales Leben“	Kinder	Gesundheitsbegriff der WHO zugrunde gelegt	findet keine Erwähnung	2. Teil der Grundlagen: Grenzsteine der Entwicklung: Ein Frühwarnsystem für Risikolagen (implizit)	Schwerpunkt im Bildungsbereich ist die Bewegung, Bezug zum umfassenden Gesundheitsbegriff ohne näher darauf einzugehen, praxisorientiert

noch Übersicht: Bereich „Gesundheit“ in den Bildungsplänen der Länder

Bildungspläne der Länder	Bildungsbereich Gesundheit	Titel des Bereichs	Explizite Themen im Bildungsbereich (BB)	Implizite Themen in den Bildungsbereichen	Verzahnung mit anderen Bereichen im Bildungsbereich	Querschnittsthemen außerhalb der Bildungsbereiche	Integration von behinderten oder von drohender Behinderung betroffenen Kindern	Zielgruppen	Gesundheitsbegriff	Gesundheitsförderung	Krankheitsprävention	Fazit
Bremen „Bildungsbereiche“	ja	Körper und Bewegung	Bewegung, Körpererfahrung, Entspannung, Ernährung	Soziales Lernen, Kultur und Gesellschaft (Widerstandsfähigkeit)	Verzahnung wird nicht deutlich	Förderung des Selbstkonzepts, Räumlichkeiten	Hinweis auf S. 33/ 6.4 Individuelle Förderung und Förderung der kindlichen Lernbereitschaft	Kinder	kein Gesundheitsbegriff enthalten	findet keine Erwähnung	findet keine Erwähnung	kindorientiert und praxisnah, oberflächlich
Hamburg „Bildungsbereiche“	ja	Körper, Bewegung und Gesundheit	Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Hygiene, Sexualität, Körperwahrnehmung	Soziale und kulturelle Umwelt, Räume	Struktur der Bildungsbereiche: Ziele, Kindersicht, Bildungsaufgaben der Erzieherin	demokratische Teilhabe, Bildung als kultureller Prozess: Gleichheit und Unterschiede, Beteiligung der Eltern	Hinweis auf S. 14, Einleitung	Kinder	Gesundheitsbegriff der Who wird zugrunde gelegt	findet keine Erwähnung	findet keine Erwähnung	Kindorientiert, mit Bezügen zur Kindergemeinschaft und der Gesellschaft
Hessen „Bildungs- und Erziehungsziele“	ja	Starke Kinder: Emotionalität, soz. Beziehungen und Konflikte, Gesundheit, Bewegung und Sport, Lebenspraxis	Bewegung, Gesundheit, Ernährung, soz. Beziehungen, Stress, Körperbewusstsein, Sicherheit, Hygiene, Sexualität, Selbstkonzept, Kognition, Lebenspraxis	Resilienz	Bereich ist aufgeteilt in s. v. – Verzahnung erfolgt	Kinder mit besonderem Unterstützungsbedarf, Kinder mit versch. Sozioökonomischen Hintergrund, Kooperationen und Beteiligung	Abschnitt in Teil 1: Kinder mit besonderem Unterstützungsbedarf S. 50	Kinder	Gesundheitsbegriff der WHO zugrunde gelegt	Gesundheitsförderung als Teil der Entwicklungsarbeit in Kindertageseinrichtungen	findet keine Erwähnung	detailliert, umfassender Gesundheitsbegriff umgesetzt, theorielastig, gut vernetzt
Mecklenburg-Vorpommern „Bildungs- und Erziehungsbereiche“	ja	2 Bildungsbereiche: Bewegungserziehung, Gemeinschaft – Natur – Sachen	Bewegung, Körperwahrnehmung, Gesundheit, Ernährung, Sexualität, gesunde Lebensweise	Persönlichkeitsentwicklung; personale, soziale und kognitive Fähigkeiten innerhalb der Bildungsbereiche	Erfahrungsfelder: Selbstwahrnehmung und soziale Lebenswelt, Raum und Zeit, natürliche Lebenswelt, technische Lebenswelt	keine	kein Hinweis	Kinder – Hinweise auf Einbezug der Eltern	BE: kein Hinweis auf Gesundheit GNS: Gesundheit als Element von Wohlbefinden	findet keine Erwähnung	findet keine Erwähnung	Gesundheit kommt zu kurz, nur innerhalb des BB GNS kurz angesprochen, schwierige Struktur, keine Querschnittsthemen
Niedersachsen „Bereiche“	ja	Körper – Bewegung – Gesundheit	Bewegung, Ernährung, Körpererfahrung, Hygiene, Gesundheit, Entspannung, Geschlechtersensibel	Zusammenhang zu Selbstwahrnehmung, Sprachförderung u. a.	Verzahnung wird nicht deutlich	Grundwerte der demokratischen Gesellschaft: Integration, geschlechtssensible Erziehung, Partizipation, S. 10	Hinweis in 2. Grundwerte der demokratischen Gesellschaft S. 10	Kinder	kein Gesundheitsbegriff enthalten	findet keine Erwähnung	findet Erwähnung, S. 18	Kurz und praxisorientiert, dennoch ganzheitliche Orientierung von Gesundheit

noch Übersicht: Bereich „Gesundheit“ in den Bildungsplänen der Länder

Bildungspläne der Länder	Bildungsbereich Gesundheit	Titel des Bereichs	Explizite Themen im Bildungsbereich (BB)	Implizite Themen in den Bildungsbereichen	Verzahnung mit anderen Bereichen im Bildungsbereich	Querschnittsthemen außerhalb der Bildungsbereiche	Integration von behinderten oder von drohender Behinderung betroffenen Kindern	Zielgruppen	Gesundheitsbegriff	Gesundheitsförderung	Krankheitsprävention	Fazit
Nordrhein-Westfalen „Bildungsbereiche“	ja	Bewegung	Bewegung als Ausgangspunkt, kein Zusammenhang zur Gesundheit!	Zsh. zu Sprache, naturwissenschaftliche Phänomene	Differenzierung, Verarbeitung, soz. Beziehungen, Umgang mit Komplexität, forschendes Lernen	keine	kein Hinweis	Kinder	kein Gesundheitsbegriff enthalten	findet keine Erwähnung	findet keine Erwähnung	sehr knapp, ausschließlich Bewegung, **Gesund**heit wird nicht erwähnt
Rheinland-Pfalz „Bildungsbereiche“	ja	2 Bildungsbereiche: Bewegung und Körper – Gesundheit – Sexualität	Bewegung, Körpererfahrung, Selbstwertgefühl, Hygiene, Ernährung, Entspannung, Verantwortungsübernahme für den eigenen Körper	wird alles explizit angesprochen	Verzahnung wird nicht deutlich	Resilienz, geschlechtssensible Pädagogik, Partizipation, Teilhabe an Bildungsprozessen	Abschnitt 5: Teilhabe an Bildungsprozessen, im BB (S. 63)	Kinder	kein Gesundheitsbegriff enthalten	findet keine Erwähnung	findet keine Erwähnung	2 Bildungsbereiche, ausführliche und ganzheitliche Vorstellung von Gesundheit, praxisorientiert
Saarland „Bildungsbereiche“	ja	Körper, Bewegung und Gesundheit	Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Hygiene, Sexualität, Körperwahrnnehmung	Raumgestaltung, Integration, soziale Kompetenz	Struktur der Bildungsbereiche: Ziele, Kindersicht, Bildungsaufgaben der Erzieherin	demokratische Teilhabe, Bildung als kultureller Prozess: Gleichheit und Unterschiede, Beteiligung der Eltern, Integration	Abschnitt 8: Zusammenarbeit mit den Arbeitsstellen für Integrationspädagogik	Kinder und Eltern	Gesundheitsbegriff der WHO zugrunde gelegt	findet keine Erwähnung, allerdings ähnliche Begriffe wie Gesundheitsfürsorge und Gesundheitserziehung	findet keine Erwähnung	umfassende Darstellung der Bedeutung von Gesundheit, detailliert, praxisorientiert
Sachsen „Bildungsbereiche“	ja	Somatische Bildung: Körper, Bewegung, Gesundheit	Körperpflege und -erfahrung Hygiene, Bewegung, Entspannung, Ernährung, Sexualität, Gesundheit, Wohlbefinden	Zsh. zu psychischen und sozialen Aspekten, Widerstandsfähigkeit	Hinweis auf sozialen Aspekt von Gesundheit	Bildungsbereich Soziale Bildung, Räumlichkeiten	Hinweis in den Grundlagen S. 6	Kinder und Erzieherinnen	Gesundheitsbegriff der WHO zugrunde gelegt	Wolhbefinden als Gesundheitsförderung	S. 9 Sucht- und Gewaltprävention im Bildungsbereich Somatische Bildung	ganzheitliche Sichtweise, Theorie und Praxis, ausführlich und umfassend
Sachsen-Anhalt „Bildungsbereiche“	ja	Körper, Bewegung, Gesundheit	Bewegung, Körpererfahrung, Hygiene, Sexualität, Entspannung, Ernährung	Resilienz	Verzahnung wird nicht deutlich	Partizipation, Integration, Kontextorientierung, Schlüsselkompetenzen	Teil 2, Abschnitt: Diversität und Integration	Kinder	WHO-Gesundheitsbegriff zugrunde gelegt	Gesundheitserziehung	findet keine Erwähnung	kurze theoretische Einleitung, ansonsten knapp praxisorientiert, ganzheitliche Sichtweise

noch Übersicht: Bereich „Gesundheit“ in den Bildungsplänen der Länder

Bildungspläne der Länder	Bildungsbereich Gesundheit	Titel des Bereichs	Explizite Themen im Bildungsbereich (BB)	Implizite Themen in den Bildungsbereichen	Verzahnung mit anderen Bereichen im Bildungsbereich	Querschnittsthemen außerhalb der Bildungsbereiche	Integration von behinderten oder von drohender Behinderung betroffenen Kindern	Zielgruppen	Gesundheitsbegriff	Gesundheitsförderung	Krankheitsprävention	Fazit
Schleswig-Holstein „Querschnittsdimensionen“, „Bildungsbereiche“	ja	Körper, Gesundheit und Bewegung	Körper, Gesundheit, Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Selbstbestimmung über die Gesundheit, Raum, Körpererfahrung, Sexualität, Hygiene	Sozialkompetenz, Zsh. zu anderen Bildungsbereichen, Resilienz	Verzahnung wird nicht deutlich	Partizipation (S. 9), Gender, Integration, Interkulturalität, Nachhaltigkeit, Lebensweltorientierung	Abschnitt S. 14: Förderung und Integration von Kindern mit besonderen Bedürfnissen	Kinder und Erzieherinnen	WHO-Gesundheitsbegriff zugrunde gelegt	Gesundheitsförderung – Stärkung der Kompetenzen, um Verantwortung für den eigenen Körper zu übernehmen	nur am Rand erwähnt	sehr umfassend, ganzheitlich, viele Querverbindungen, praxisorientiert mit theoretischen Ergänzungen
Thüringen „Bildungsbereiche“	ja	Motorische und gesundheitliche Bildung	Bewegung, Ernährung, Gesundheit (physisch, psychisch und sozial)	Armut	Verzahnung durch Dimensionen von Bildung (personal/sozial/sachlich)	Partizipation S. 22, Gender, Behinderung und Entwicklungsrisiken, Resilienz, sozioökonomische und soziokulturelle Vielfalt, Koop mit Eltern und Institutionen	Abschnitt 1.2.d: Behinderung und Entwicklungsrisiken	Kinder und Eltern	ganzheitlicher Gesundheitsbegriff	findet keine Erwähnung	findet keine Erwähnung	umfassend, sehr theoretisch, ganzheitlich

Diese Broschüre ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung;
sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Herausgeber:
Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend
11018 Berlin
www.bmfsfj.de

Bezugsstelle:
Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock
Tel.: 0 18 05/77 80 90*
Fax: 0 18 05/77 80 94*
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
www.bmfsfj.de

Stand: November 2009, 2. Auflage

Gestaltung: www.avitamin.de

Druck: DruckVogt GmbH, Berlin

Für weitere Fragen nutzen Sie unser
Servicetelefon: 0 18 01/90 70 50**
Fax: 030 18/5 55 44 00
Montag–Donnerstag 9–18 Uhr
E-Mail: info@bmfsfjservice.bund.de

* jeder Anruf kostet 14 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz,
abweichende Preise aus den Mobilfunknetzen möglich
** nur Anrufe aus dem Festnetz,
3,9 Cent pro angefangene Minute