



13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung

„Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe“

Zusammenfassung ausgewählter Kapitel und Schwerpunkte

Erarbeitet von:

Ulrike Wössner, Marion Paar, Barbara Ringkowski, Christiane Bopp, Sabine Penka,
Stephan Hiller, Frank Jansen, Markus Günter, Roland Fehrenbacher

Kontakt:

Deutscher Caritasverband e.V.
Abteilung Soziales und Gesundheit
Referat Kinder- und Jugendhilfe
Karlstr. 40
79104 Freiburg
Tel.: 0761/200-226
E-Mail: Roland.Fehrenbacher@caritas.de

Freiburg, 18.06.2009

Vorwort

Die Sorge um die gesundheitliche Verfassung unserer Kinder und Jugendlicher ist in den letzten Jahren immer mehr zu einem öffentlichen Thema geworden. Der Ende Mai 2009 erschienene 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung nimmt diesen Faden auf und beschäftigt sich sehr intensiv mit dem Schwerpunktthema „Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe“.

In der nachfolgenden Zusammenfassung haben wir entlang den Teilen A – E des Berichtes ausgewählte Kapitel und Schwerpunkte zusammengefasst, die wir Ihnen als Lesehilfe und zur Erleichterung der Auseinandersetzung mit dem 13. Kinder- und Jugendbericht zur Verfügung stellen.

Die dem Bericht vorangestellte Stellungnahme der Bundesregierung haben wir nicht eigens zusammengefasst. Die Stellungnahme der Bundesregierung fokussiert im Wesentlichen zwei zentrale Themen des Berichts, einmal Frühe Hilfen und Kinderschutz und dessen Schnittstellen zwischen dem SGB VIII und SGB V und zum anderen eine neue Perspektive für Kinder und Jugendliche mit Behinderung. Die Bundesregierung formuliert hier eine inklusive Perspektive, die ein Leistungsangebot für Kinder- und Jugendliche mit Behinderung verlangt, 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. Folgerichtig votiert die Bundesregierung für eine Verlagerung der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit körperlicher und geistiger Behinderung in die Kinder- und Jugendhilfe als Lösungsoption.

Auf die Zusammenfassung der ersten zwei Kapitel im Teil A haben wir ebenfalls verzichtet, da die „guten Rahmenbedingungen für gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen“ in den folgenden Kapiteln immer wieder angesprochen und ausdifferenziert werden. Mit der nachstehenden Zusammenfassung erheben wir nicht den Anspruch auf alle Aspekte und inhaltliche Teile eingegangen zu sein. Unsere Auswahl von einzelnen Kapiteln und inhaltlichen Schwerpunkten bezieht sich im Wesentlichen auf die Bereiche Frühe Hilfen, Kinderbetreuung, Erziehungshilfe, Jugendsozialarbeit und auf den Bereich der Kinder und Jugendlichen mit Behinderung.

Auf den beiden nächsten Seiten finden Sie das Grob-Inhaltsverzeichnis des Berichts, an der wir uns bei dieser Arbeitshilfe orientiert haben.

Wir empfehlen den 13. Kinder- und Jugendbericht bei der Befassung mit unserem Text daneben zu legen, um so die einzelnen Kapitel und Abschnitte besser verfolgen zu können.

Die Zusammenfassung ist eine Koproduktion der Referate Kinder- und Jugendhilfe, Familien und Generationen und Altenhilfe, Behindertenhilfe und Gesundheitsförderung des DCV sowie den Fachverbänden IN VIA, KTK und BVkE.

Wir wünschen viel Spaß beim Lesen und bei der Beschäftigung mit dem 13. Kinder- und Jugendbericht.

INHALTSÜBERSICHT

Seite

| | |
|---|-----|
| Stellungnahme der Bundesregierung | 3 |
| 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 |
| 3 Prävention und Gesundheitsförderung – Die Grundkonzepte | 50 |
| | |
| Teil B Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland | 77 |
| 4 Entwicklungsbedingungen von Gesundheit und Krankheit bei Kindern und Jugendlichen | 77 |
| 5 Kinder unter drei Jahren | 82 |
| 6 Kinder im Alter von drei bis unter sechs Jahren | 91 |
| 7 Kinder von sechs bis unter zwölf Jahren | 100 |
| 8 Kinder und Jugendliche von zwölf bis unter achtzehn Jahren | 116 |
| 9 Junge Erwachsene von achtzehn- bis siebenundzwanzig Jahren | 139 |
| | |
| 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 |
| 12 Das Gesundheitssystem | 160 |
| 13 Eingliederungshilfe und Rehabilitation | 173 |
| 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 |
| 17 Jugendalter | 207 |
| 18 Junge Erwachsene | 234 |
| 19 Altersübergreifende Herausforderungen | 235 |
| 20 Eine Zwischenbilanz | 240 |
| | |
| 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 |
| 22 Zwölf Leitlinien | 250 |
| 23 Empfehlungen | 251 |
| 24 Literaturverzeichnis | 263 |

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

Kapitel 3: Prävention und Gesundheitsförderung – Die Grundkonzepte

Gesamtzusammenfassung

Das Kapitel befasst sich mit den konzeptionellen Grundlagen und den damit zusammenhängenden leitenden Konzepten „gesundheitsbezogene Prävention“ und „Gesundheitsförderung“.

Im Weiteren geht es um deren gesundheitswissenschaftliche Bezüge und im letzten Teil um Fragen der Verwirklichungschancen im Aufbau und in der Nutzung von Ressourcen (Salutogenetische Perspektive, Resilienzkonzept, Soziale und Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen).

Als Maßstab für das politische, institutionelle und professionelle Handeln stellt die Sachverständigenkommission das Kriterium der Befähigungsgerechtigkeit in den Mittelpunkt. Als praktische Strategien zur Umsetzung dieses Prinzips führt die Kommission die Konzepte der Beteiligung/Teilhabe und der Inklusion ein.

Zu 3.1 Begriffserklärungen

Zusammenfassung des Abschnitts 3.1

3.1.1 Gesundheitsbezogene Prävention

3.1.2 Gesundheitsförderung

Ausgangspunkt dieses Abschnitts sind die Begriffe und Ansätze der Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung, die in einem Ergänzungsverhältnis zueinander stehen:

- gesundheitsbezogene Prävention als die Bemühung um eine nachhaltige Reduktion Krankheiten/Krankheitsbedingungen und von Belastungen
- Gesundheitsförderung als Verbesserung der Ausstattung mit Bewältigungsressourcen.

Der Bericht verwendet den Begriff der gesundheitsbezogenen Prävention in seiner engen Bedeutung: „... alle Formen von Praxishandeln ..., die auf Vermeidung bzw. frühzeitige Linderung gesundheitlicher Belastungen bzw. Krankheiten abzielen“.

Diese Definition beinhaltet zum einen den Einsatz gezielter Maßnahmen zur Ausschaltung oder Minderung bekannter Ursachen (Erreger, Schadstoffe usw.). Zum anderen geht es auch um unspezifische Verbesserungen (z.B. in sozialen Rahmenbedingungen), die die Auftretenswahrscheinlichkeit von Krankheiten und Belastungen verringern können. In letzterem Aspekt schreibt die Kommission eine besondere Bedeutung für die Kinder- und Jugendhilfe zu.

Zu 3.2 Gesundheitswissenschaftliche Bezugspunkte

Zusammenfassung der Abschnitte 3.2.1 bis 3.2.2

3.2.1 Die Zielperspektive der WHO: Die Ottawa-Charta

3.2.2 Von der Pathogenese zur Salutogenese

Ausgangspunkte dieses Abschnitts bilden die Konzepte von Gesundheit im Sinne der WHO - Ottawa-Charta (1986) -, die das Konzept der Gesundheitsförderung mit drei Handlungsstrategien in fünf Handlungsbereichen grundlegend entwickelt und zusammenfasst. (Hinweis: Diese werden in den Leitlinien des 13. Kinder- und Jugendberichtes wieder aufgegriffen, s. Teil E.)

Ergänzt wird die Ottawa-Charta um Aspekte der Globalisierung in der sog. Bangkok-Charta (2005) zur Gesundheitsförderung.

Im Abschluss wird festgestellt, dass die Gefährdung bestimmter Gruppen – Kinder und Menschen mit Behinderungen – zugenommen hätte und darum besonderer Anstrengungen zur Gesundheitsförderung bedarf.

Im letzten Teil dieses Unterabschnitts wird die Programmatik von New Public Health aufgegriffen sowie die aktuellen gesundheitspolitischen Positionierungen der Europäischen Union.

Pathogenese - Salutogenese – Resilienz

Hinweis:

Dieser Teil ermöglicht einen relativ knappen, theoretisch gut fundierten Überblick (auch in gut verständlichen Schaubildern) über die anerkannten theoretischen Modelle sowie über die Möglichkeiten ihres Ineinandergreifens. Dabei wird jeweils der Bogen zur gesundheitlichen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen gespannt.

Ausgehend von der These, dass gerade für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen das Wissen um die von der entwicklungspsychologischen und klinisch-psychologischen Forschung identifizierten Risiko- und Schutzfaktoren für eine Erfolg versprechende Gesundheitsförderung, Prävention und letztlich auch Intervention von großer Bedeutung sind, gibt die Kommission den verschiedenen Gesundheitskonzepten einen breiten Raum. Dabei nimmt der Bericht die salutogenetische Perspektive als zentrale Grundorientierung für die Entwicklung von Strategien und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogenen Prävention.

Ausgangspunkte:

- Gesundheit und Krankheit sind nicht als dichotome Phänomene zu beschreiben, vielmehr ist ein Gesundheits-Krankheits-Kontinuum anzunehmen, wodurch ein integrativer Ansatz beider Perspektiven gegeben ist.
- Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung werden als zwei sich ergänzende Perspektiven dargestellt.

Darstellung grundlegender theoretischer Ansätze:

- ANTONOVSKY: salutogenetisches Modell (zentraler Baustein „Kohärenzgefühl“ – pragmatisch gewendet als „Handlungsbefähigung“), capability-Ansatz (Verwirklichungschancen, Befähigungsansatz), Selbstwirksamkeits-Ansatz (Verständnis eines aktiv gestaltenden Subjekts)
- Bedeutung des Körpers als Widerstandsressource, Gesundheitskapital aufgrund spezifischer Lebenserfahrungen
- Verlaufsmodelle von angepasster (gesunder) und fehlangepasster (kranker) Entwicklung bei Heranwachsenden – Risiko- und Schutzfaktoren (anschauliche Tabellen)
- Konzept der Resilienz – Schutzfaktoren - als psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken.

Zu 3.2 Gesundheitswissenschaftliche Bezugspunkte

Zusammenfassung der Abschnitte 3.2.3 bis 3.2.6

- 3.2.3 Empowerment: Eine Förderperspektive
- 3.2.4 Partizipation
- 3.2.5 Verwirklichungschancen
- 3.2.6 Synopse: Befähigung und Befähigungsgerechtigkeit

Nach der theoretischen Grundlegung (Gesundheitskonzepte) in den vorhergehenden Abschnitten richten die o. g. Abschnitte den Blick auf die praktischen Umsetzungsstrategien, die für eine wirksame gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung von Bedeutung sind.

Als entscheidende Umsetzungskonzepte werden Empowerment und Partizipation dargestellt und als aufeinander bezogene und miteinander verwobene Konzepte verdeutlicht.

Auf der einen Seite stellt Empowerment auf die professionelle Gestaltung von Bedingungen einer aktiven Beteiligung ab. Auf der anderen Seite bildet Partizipation – als aktive Teilhabe

an der Gestaltung gesellschaftlicher Prozesse - die zentrale Voraussetzung dafür, dass Menschen „Selbstwirksamkeit“ (und damit Kohärenzgefühl) erleben – als Grundlage für Gesundheitsförderung.

Ausgehend von einem Überblick über die Eckpunkte der Empowerment-Perspektive wird die Verbindung und Interdependenz von Ressourcenförderung (sowohl individueller und sozialer als auch institutioneller) zur Stärkung der Handlungsfähigkeit des Subjekts dargestellt. Im Anschluss zeigt der Bericht die Bedeutung von Partizipation als entscheidende Bedingung für Inklusion auf.

Damit wird auch der entscheidende Bogen geschlagen von individueller Gestaltungsfähigkeit zu Gestaltungskräften eines Gemeinwesens. Dabei geht es immer auch um den Zusammenhang von Handlungsbefähigung der Subjekte mit den objektiv gegebenen Verwirklichungschancen.

In einer abschließenden Synopse wird die Aufgabe von Institutionen herausgearbeitet, sowohl Heranwachsende bei der Entwicklung von Ressourcen zu fördern als auch Strukturen zu schaffen, die die Wahrnehmung von Rechten stärken und mehr Handlungswirksamkeit ermöglichen (Befähigung).

Dabei bildet das Prinzip der Befähigungsgerechtigkeit das zentrale Ziel für politisches, institutionelles und professionelles Handeln – indem Institutionen Heranwachsende sowohl darin unterstützen, Kohärenzsinn zu entwickeln als auch in der Gesellschaft darauf hin zu wirken, dass allen Bürgern Gesundheit ermöglicht wird (im Sinne einer Subjekt-Struktur-Koppelung).

Teil B Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Kapitel 4: Entwicklungsbedingungen von Gesundheit und Krankheit bei Kindern und Jugendlichen

Kapitel 5: Kinder unter drei Jahren

Nachdem Teil A auf die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen des Aufwachsens und die Grundkonzepte Prävention und Gesundheitsförderung eingegangen war, widmet sich der zweite Teil des Kinder- und Jugendberichts (Teil B) sich der Beschreibung und Analyse der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.

„Gesundheit“ versteht der Bericht in umfassender Perspektive, die sich nicht verengt auf einzelne Phänomene von Gesundheit und Krankheit. Zum einen nimmt er die Diskussion um die sogenannte „*neue Morbidität*“ auf“ und zum anderen lenkt er seinen Blick auf *gesundheitsfördernde Faktoren*.

„*Neue Morbidität*“ bezeichnet das Phänomen, wonach Kinder heute seltener an klassischen Infektionskrankheiten leiden, da Impfungen und bessere Behandlungsmöglichkeiten zu einem Rückgang der akuten Krankheitsbilder geführt haben. Dagegen nehmen die chronischen Erkrankungen zu, die sowohl durch das negative Gesundheitsverhalten und den Lebensstil bedingt sind – schlechte Ernährung, Bewegungsmangel etc. – aber auch durch ungünstige Lebensverhältnisse: Armut, schlechte Wohnverhältnisse usw.. Und zeigen bereits einige Kleinkinder psychische Auffälligkeiten: Entwicklungsstörungen, emotionale Störungen und Verhaltensauffälligkeiten führen im späteren Lebensalter häufig zu nachhaltigen Problemen im Elternhaus und in der Schule oder sogar zu Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter.

Beide Phänomene – die neue Morbidität und die gesundheitsfördernden Faktoren – stehen in einem „engen Zusammenhang zum Lebensstil von Heranwachsenden, ihren Bezugspersonen sowie den Lebensverhältnissen. Daher besteht schon von der Sache her ein enger Zusammenhang zum Aufgabenspektrum der Kinder – und Jugendhilfe. Dieser

Zusammenhang ergibt sich auch bezüglich der Teilhabechancen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen.“

Als Gliederungslogik nimmt der Bericht eine Aufteilung nach Altersstufen vor:

- die Kinder unter drei Jahren,
- Kinder von drei bis unter sechs Jahren
- Kinder von sechs bis unter zwölf Jahren
- Kinder- und Jugendliche von zwölf bis unter achtzehn Jahren
- Junge Erwachsene von achtzehn bis siebenundzwanzig Jahren

Jede Altersgruppe wird anhand von sogenannten gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen eingehend beschreiben, die die Besonderheit der Altersgruppe auszeichnet und außerdem eine besondere Bedeutung für die Kinder- und Jugendhilfe und ihre Schnittstellen zum Gesundheitssystem und zur Behindertenhilfe haben. Für die Gruppe der unter Dreijährigen sind das die Themen Bindung und Autonomie (zum Vergleich: für die nächste Altersgruppe sind es die Themen Bewegen, Sprechen, Achtsamkeit).

Die wichtigsten Fakten zur Gesundheitssituation der Kinder unter drei Jahren

23,1 Millionen junge Menschen unter 27 Jahren leben in Deutschland (Stand 2006) – das sind 28% der Gesamtbevölkerung. 2.069.988 davon sind Kinder unter drei Jahren.

Die ersten drei Lebensjahre des Menschen sind gekennzeichnet durch eine enorme Aufnahmefähigkeit (für positive wie negative Erfahrungen), ein hohes Entwicklungspotential und eine enorme Vulnerabilität. Die Folgen einer anregungsarmen Umgebung mit wenigen sozialen Kontakten und sensorischer Stimulation spiegelt sich auch in der weiteren Gehirnentwicklung. Besonders tiefgreifend sind weitere Entwicklungsrisiken in Folge von mangelnder Versorgung, elterlicher Zuwendung oder gar traumatischen Erfahrungen.

Der Bericht stützt sich auf salutogenetische Modelle, die eine positive Entwicklung von Kindern mit einer gelungenen Integration von Autonomie und emotionaler Verbundenheit verstehen und stellt dieses Konzept in den Mittelpunkt seiner Analyse. Die Betrachtungen von Gesundheit, Krankheit und Behinderung beginnen bereits im Mutterleib und dem Gesundheitsverhalten der werdenden Mutter.

Das Gesundheitsverhalten werdender Mütter ist deutlich assoziiert mit dem Migrationsstatus, dem sozialökonomischen Status sowie dem Alter: Schwangere mit hohem Sozialstatus konsumieren in der Schwangerschaft häufiger Alkohol als Frauen mit niedrigerem Sozialstatus, sie rauchen aber deutlich seltener. Der Nikotinkonsum ist bei sehr jungen Müttern dagegen höher als bei älteren Müttern.

Teilnahme an der Schwangerenvorsorge: Migrantinnen und Mütter mit hoher sozialer Belastung nehmen deutlich seltener an der Schwangerenvorsorge teil.

Plötzlicher Kindstod: Das Risiko für den plötzlichen Kindstod ist bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien, Kinder besonders junger Mütter, Kinder Alleinerziehender sowie Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht, Mehrlingsgeburten und Säuglingen mit mehreren älteren Geschwistern erhöht.

Unfälle: Jenseits des ersten Lebensjahres sind Unfälle bei Kindern die häufigste Todesursache. Häusliche Unfälle sind dabei am häufigsten. Kinder mit Migrationshintergrund wenden im späteren Lebensalter wesentlich seltener Schutzmaßnahmen wie Fahrradhelme an als Kinder ohne Migrationshintergrund.

Stillverhalten und Ernährung: Kinder mit hohem Sozialstatus werden deutlich häufiger und länger gestillt als Kinder mit niedrigem Sozialstatus. Raucherinnen stillen ihre Kinder besonders selten. Mütter aus der ehemaligen Sowjetunion und aus den arabisch-islamischen Ländern stillen ihre Kinder besonders häufig und lang.

Impfungen und Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung: Eltern suchen mit ihren Kindern unter zwei Jahren sehr häufig den Kinder- und Jugendarzt auf (ein Drittel auch einen Allgemeinmediziner): im Schnitt 3,8 mal pro Quartal. Insbesondere bei der Masernimpfung gibt es bei nicht in Deutschland geborenen Kindern mit Migrationshintergrund sowie bei Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus Impfdefizite. U-Untersuchungen werden von Kindern mit Migrationshintergrund seltener wahrgenommen; besonders selten von Kindern aus der Türkei, der ehemaligen Sowjetunion und den arabisch-islamischen Ländern. Auch Kinder mit niedrigem Sozialstatus nehmen die Vorsorgeuntersuchungen seltener wahr als die aus Familien mit hohem Sozialstatus. Der Bericht kritisiert, dass das Untersuchungsprogramm veraltet ist (1971) und sich zu wenig auf die primäre Prävention von Krankheiten, Entwicklungsstörungen der Sprache, Bewegung und der sozialen Interaktion richtet und Anzeichen von Vernachlässigung und Misshandlung zu wenig erfasst.

Selbsteinschätzung der Gesundheit von Kindern durch ihre Eltern

Fast alle Eltern schätzen den Gesundheitszustand ihrer Kinder unter 2 Jahren als „gut“ oder „sehr gut“ ein. Allerdings gibt es hier eine interessante Inkonsistenz zwischen dem tatsächlichen Gesundheitszustand der Kinder und der Einschätzung der Eltern, die wiederum mit dem Sozialstatus und Migrationshintergrund korreliert: Nach den im KiGGS erhobenen Daten sind Kinder aus Migrantenfamilien (0-10 Jahres) sowie Kinder mit niedrigem Sozialstatus von den häufigsten akuten Krankheiten im Kleinkindalter wie z.B. Erkältungskrankheiten, Magen-Darminfekte, Bronchitis, Bindehaut- und Mittelohrentzündungen nach Aussagen ihrer Eltern seltener betroffen als Kinder ohne Migrationshintergrund oder Kinder mit hohem Sozialstatus. Dennoch schätzen Eltern mit hohem Sozialstatus die Gesundheit ihrer Kinder als besser ein als Eltern mit niedrigem Sozialstatus oder Migrationshintergrund. Der Bericht vermutet, dass für diese (zu) positivere Selbsteinschätzung die geringeren Arztbesuche oder eine Unterschätzung von Krankheitssymptomen eine Rolle spielen.

Chronische Erkrankungen: Chronische Erkrankungen sind im Kleinkindalter eher selten; am häufigsten treten Neurodermitis und obstruktive Bronchitis auf. Neurodermitis ist bei Familien mit hohem Sozialstatus häufiger als bei Kindern mit Migrationshintergrund, die Ursachen sind bislang nicht eindeutig geklärt.

Zahngesundheitsverhalten: Umgekehrt ist dieser Zusammenhang beim Thema Zahngesundheit: Kinder mit niedrigem Sozialstatus weisen ein deutlich schlechteres Zahngesundheitsverhalten auf als Kinder mit hohem Sozialstatus. Besonders gravierend sind die Unterschiede zwischen Migranten und Nicht-Migranten.

Regulationsstörungen: Dazu zählen exzessives Schreien, Störungen der Schlaf-Wach-Regulation, Fütterstörungen, dysphorische Unruhe, exzessives Klammern, exzessives Trotzen und aggressives Verhalten. 15 – 25% der Kleinkinder zeigen diese Symptome, meist in Kombination. Belastungen auf Seiten des Kinder und auf Seiten der Eltern begünstigen das Entstehen solcher Regulationsstörungen und setzen eine negative Spirale in Gang, die die Eltern-Kind-Beziehung belasten kann. Eine frühzeitige Diagnose und Begleitung ist für die weitere Entwicklung der Kinder besonders wichtig.

Psychische Gesundheit

Schon Säuglinge und Kleinkinder können unter ungünstigen Bedingungen schwerwiegende psychische Störungen entwickeln. Am meisten beachtet sind frühkindliche Bindungsstörungen, die sich entweder ein distanzlosem und oberflächlich freundlichen Verhalten gegenüber Fremden zeigt, oder in schwerwiegender Gehemmtheit und Abwehrreaktionen, wenn es darum geht, Nähe und Trost bei einer Bezugsperson zu suchen. Bei vielen Heranwachsenden führen Bindungsstörungen mit Enthemmung später zu Persönlichkeitsstörungen. Für diese Kinder und Jugendliche ist die bindungsorientierte pädagogische Arbeit besonders wichtig. Ein weiteres Störungsbild, das in der Regel vor dem 3. Lebensjahr manifest wird, ist der Autismus.

Kindeswohlgefährdung

Dazu zählen körperliche und psychische Misshandlung, körperliche und emotionale Vernachlässigung sowie sexueller Missbrauch. Zu den häufigsten Formen der Vernachlässigung und Misshandlung im Säuglings- und Kleinkindalter gehören das Schütteltrauma, Unterernährung, invasives Füttern sowie unterlassene Aufsicht. Das Ausmaß der Verletzlichkeit von Säuglingen und Kleinkindern zeigt sich etwa daran, dass während des ersten Lebensjahres mehr Kinder in der Folge von Vernachlässigung und Misshandlung sterben als in jedem späteren Alter. Die Übergänge von diskreten Hinweisen auf eine Gefährdung bis zur akuten Gefährdung sind abrupt. Das Risiko, Opfer einer Misshandlung zu werden, ist für körperlich oder geistig behinderte Kinder oder Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten schätzungsweise dreimal so hoch. Genaue Zahlen über diese Phänomene liegen nicht vor. Entgegen der öffentlichen Wahrnehmung geht die Zahl der Kindstötungen in Deutschland eher zurück.

Fazit

Deutlich arbeitet der Bericht die komplexe Wechselwirkung zwischen Faktoren auf Seiten der Eltern, des Kindes und dem familiären Kontext heraus, die von der Schwangerschaft an die weiteren Entwicklungschancen des Kindes bestimmen. Ob eine gute oder weniger gute Entwicklung gelingt, hängt von der Passung zwischen den Fähigkeiten und (Erziehungs-)vorstellungen der Eltern und den Lebenszusammenhängen der Familie sowie den Entwicklungskompetenzen oder dem Temperament des Kindes ab. Besonders dramatisch ist diese Wechselwirkung natürlich, wenn es um die Gefährdung des Kindeswohles geht.

Für die Caritas und ihren Auftrag eindrücklich sind die im Bericht herangezogenen Ergebnisse vielfältiger Studien, wonach sich bereits im Säuglings- und Kleinkindalter „ausgeprägte Unterschiede abzeichnen, die Nachteile für Teilgruppen von Kindern aus Familien mit niedrigem sozialen Status bzw. Migrationshintergrund erkennen lassen.“

Auf der Grundlage dieser Daten schreibt der Bericht den familienunterstützenden Hilfen zentrale Aufgaben bei der Unterstützung von Kindern und Eltern zu, welche die unterschiedlichen Gesundheits- und Entwicklungschancen von Kindern ein Stück weit ausgleichen müssen: insbesondere brauchen Kinder in besonderen Belastungssituationen frühe und präventive Hilfen, aber sie brauchen auch ggf. rasche Interventionen.

„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 Müttern behinderter Kinder, werden aber oft erhebliche zusätzliche Bewältigungsaufgaben im emotionalen, pädagogischen und sozialen Bereich zugewiesen, die ihnen die Erfüllung dieser Aufgaben erheblich erschweren können.“

Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung und die gesundheitsbezogene Prävention wird daher im Bericht nicht allein dem System der Gesundheitshilfe zugeschrieben, sondern vielmehr auch der pädagogischen und psychosozialen Praxis. Der Abschnitt zum Thema Kinder unter drei Jahren endet mit dem Fazit:

„Alle Kinder brauchen einen gleichermaßen guten Start ins Leben. (...) Damit Eltern durch zuverlässig 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 beitragen, Vernachlässigung und Misshandlung des Kindes sowie soziale Randständigkeit, verbunden mit Isolation und Perspektivlosigkeit, soweit wie möglich zu verhindern. 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 im Gesundheitssystem.“

Kapitel 6: Kinder von drei- bis unter sechs Jahren

6.1 Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen: Bewegen, Sprechen, Achtsamkeit

Die Entwicklungsthemen „Bewegen“, „Sprechen“ und „Achtsamkeit“ sind im 13. Kinder- und Jugendbericht im Sinne sozialer Kompetenzen des Kindes definiert, die im Kindergarten- und Vorschulalter ausdifferenziert werden. Eine optimale Ausprägung dieser Entwicklungsbereiche trägt nach Auffassung der Autoren zum subjektiven Wohlbefinden, zur gesellschaftlichen Teilhabe sowie zur Schulfähigkeit der Kinder bei.

Achtsamkeit wird im Bericht primär verstanden als die Fähigkeit, die eigenen Bedürfnislagen zu kennen und sich in andere Menschen hinversetzen zu können. Diese Fähigkeiten werden in sozialen Interaktionsprozessen erworben, bei denen das Verhältnis von Kind und Erwachsenen eine entscheidende Bedeutung einnimmt. Dieses Verhältnis, so wie im Bericht beschrieben, lässt sich mit „Subjektstellung des Kindes“ und den daraus ableitbaren Konsequenzen am besten zusammenfassen: Erwachsene begegnen Kindern respektvoll, erkennen deren Eigenständigkeit an und sehen das Kind als „Akteur seiner eigenen Entwicklung“.

In diesem Zusammenhang wird im Bericht eigens auf die Bedeutung der **Bewegung** für Kinder eingegangen: Den eigenen Körper erfahren zu können, trägt dazu bei, dass die motorischen Fähigkeiten, das emotionale Gleichgewicht und das Selbstbewusstsein der Kinder gefördert wird.

Die Aneignung der **Sprache** verläuft laut Bericht über das aufmerksame Zuhören, das Nachahmen, das Nachsprechen und über das Begreifen eines Wortsinnes. Dabei wird hervorgehoben, dass der kindliche Spracherwerb sich als ganzheitlicher Entwicklungsprozess darstellt, in dem Kinder auf sinnliche Anregungen, vertraute Personen und Situationen angewiesen sind. Sprachlernen wird im Bericht nicht auf die verbale Sprache eingegrenzt. Vielmehr sind Bewegung, Handlungen und nonverbale Ausdrucksformen die Begleiter beim Erlernen der Sprache.

Um Achtsamkeit, Bewegung und Sprache beim Kind auszudifferenzieren, bedarf es laut 13. Kinder- und Jugendbericht einer Umgebung, die ausreichend Anreize zum Experimentieren und Ausprobieren bietet. Dabei spielt das Vorbild der Erwachsenen eine ebenso wichtige Rolle wie die Kindergruppe. Problematisiert wird im Bericht, dass eine solche Umgebung für viele Kinder heute aufgrund prekärer Lebenssituationen nicht gegeben ist.

6.2 Gesundheit, Krankheit und Behinderung

In diesem Abschnitt des 13. Kinder- und Jugendberichts wird auf den Gesundheitszustand von Kindern im Alter von drei bis sechs Jahren in den Bereichen „Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten“, „Ernährung und Essverhalten“, „somatische Gesundheit und ärztliche Versorgung“ und „Umweltbelastungen“ eingegangen. Dabei werden die gesundheitsrelevanten Themen „Achtsamkeit, Bewegung und Sprache“ entsprechend zugrunde gelegt.

Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten

Hervorgehoben wird, dass Entwicklungsverzögerungen des Kindes oftmals eng mit seiner biologischen Reifung verbunden sind und zu Beeinträchtigungen der motorischen, kognitiven, sprachlichen und sozialen Fähigkeiten führen können. In diesem Zusammenhang wird darauf verwiesen, dass in der Folge die Teilnahme am normalen gesellschaftlichen Leben eingeschränkt sein kann.

Motorische Fähigkeiten

Ausgeprägte motorische Fähigkeiten des Kindes, sind dem Bericht zu Folge ein wichtiger Baustein für eine gesunde Entwicklung und werden durch zielgerichtete Bewegungsmöglichkeiten gefördert. Ein hiermit verbundener körperlich-sportlicher Lebensstil wird als zentrale Gesundheitsressource von Kindern und Jugendlichen hervorgehoben. In diesem Zusammenhang wird auf die Bedeutung des Vereinssports hingewiesen, der wesentlich zur Förderung der motorischen Fähigkeiten beiträgt.

Motorische Entwicklungsverzögerungen entstehen in der Regel durch Bewegungsmangel, der zu Übergewicht, Haltungsschäden, psychosozialen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten führen kann. Häufiger betroffen sind hiervon Kinder, die in Städten leben, Kinder mit Migrationshintergrund und Kinder mit einem niedrigen sozialökonomischen Status.

Sprachentwicklung und Sprachkompetenz

Bei Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung müssen laut Bericht mehrere Ursachen in betracht gezogen werden. Hierzu zählen psychische Ursachen wie zum Beispiel Missbrauchserfahrungen, Interaktionsstörungen zwischen Kindern und Eltern sowie soziokulturelle Ursachen wie übermäßiger Medienkonsum, belastende Lebensverhältnisse und eine wenig ansprechende Umwelt.

Ernährung und Essverhalten

Problematisches Essverhalten zeigt sich unter anderem in einer unausgewogenen Zusammensetzung der Nahrung sowie im unkontrollierten Essen. Im Bericht wird dazu aufgefordert, bereits im frühen Alter die Grundlagen für ein gesundes und genussreiches Essverhalten zu vermitteln. Dem gemeinsamen Essen in der Kindertageseinrichtung kommt dabei eine besondere Rolle zu. Problematisiert wird in diesem Zusammenhang, dass sich diese Mahlzeit nicht alle Familien leisten können.

Somatische Gesundheit und ärztliche Versorgung

Der Bericht weist darauf hin, dass bereits 18 Prozent der drei bis sechs Jährigen unter atopischen Erkrankungen leiden. In diesem Zusammenhang wird problematisiert, dass der Anteil der Kinder, die an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen, abnimmt. Diese Beobachtung trifft insbesondere auf Kinder zu, die im Osten Deutschlands leben, auf Kinder aus sozial benachteiligten Familien sowie auf Kinder mit Migrationshintergrund.

Umweltbelastungen

Kritisch hingewiesen wird im Bericht auf die zunehmende Umweltbelastung durch Schadstoffe in der Luft, im Wasser und in der Nahrung sowie durch Lärm.

Fazit

Folgende Konsequenzen werden im Bericht gefordert:

- Kinder brauchen Erwachsene, die mit großer Achtsamkeit und ohne Diskriminierung die Bedürfnisse von Kindern nach emotionaler Zuwendung, Bewegung und Erforschen der Umwelt, nach gesunder Ernährung und nach Kommunikation wahrnehmen.
- Kinder in Kindertageseinrichtungen brauchen eine individuelle Förderung die auf ihre Bedürfnisse und Kompetenzen abstellt.
- Eltern brauchen niedrigschwellige Unterstützungs- und Beratungsangebote.

Kapitel 7: Kinder von sechs bis unter zwölf Jahren

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

Neben den Eltern als primäre Bezugspersonen treten in der Entwicklungsphase von 6 bis unter 12 Jahren für behinderte und nicht behinderte Kinder noch weitere Sozialisationsinstanzen hinzu: die Schule und die Gleichaltrigengruppe.

Im Zusammenspiel der gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen Aneignen und Gestalten, sich bewähren und Beziehungen eingehen ergeben sich für diese Altersgruppe wesentliche Grundlagen für die Ausdifferenzierung von (sozialen) Kompetenzen, des eigenen Selbstbildes und des Verständnisses für die eigene Person.

Während es einem Großteil der 6 bis unter 12-Jährigen aufgrund ihrer eigenen Kompetenzen und der Ressourcen ihrer sozialen Umwelt gelingt, sich die soziale Umwelt anzueignen, sie aktiv zu gestalten und sich dementsprechend gesund zu entwickeln, treten bei Kinder mit Behinderungen häufig Schwierigkeiten bei der Entwicklung eines geschlechterspezifischen Selbstkonzepts auf.

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. Hier erfahren behinderte Kinder und Jugendliche ihre Verschiedenheit nicht selten leidvoll als Minderwertigkeit. Das Selbstwertgefühl bzw. Selbstkonzept resultiert also aus dem (ständigen) Abgleich von Ist- und Sollvorstellungen der eigenen Person 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 Jugendalters eine hohe Bedeutung.

Die Bewältigung des Entwicklungsübergangs von Bildung, Erziehung und Betreuung in Familie und Kindertageseinrichtung hin zur Schule, die im Primarbereich in zunehmendem Maß als Ganztags(grund)schulen organisiert sind (KMK 2008), ist wesentlich für das Wohlbefinden von Mädchen und Jungen dieser Altersphase. Die erfolgreiche Bewältigung dieser neuen Anforderungen oder sich daraus ergebende 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 u.U. 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

Das System Schule mit seinen vielfältigen Anforderungen an die Heranwachsenden birgt aber nicht nur Risiken in sich, 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. 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.

Für Kinder in dieser Lebensphase stellen Freundschaften 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.

7.2 Gesundheit, Krankheit und Behinderung

7.2.1 Kinder mit speziellen Versorgungsbedarfen

Grundlage der Bewertung der in diesem Abschnitt dargestellten empirischen Befunde bildet die so genannte KIGGS-Studie, die einen „speziellen Versorgungsbedarf“ ermittelt. 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 et al. 2007, S. 751). Es handelt sich also 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.

7.2.2 Chronisch-somatische Erkrankungen

Chronische Krankheiten zeichnen sich durch Nichtheilbarkeit oder ihren langwierigen, nicht vorhersehbaren Verlauf aus und bringen in der Regel tiefgreifende Veränderungen des Lebens der Betroffenen mit sich. Dabei nehmen die Lebenszeitprävalenzen einzelner chronischer Erkrankungen im Altersverlauf unterschiedlich stark zu.

7.2.3 Mädchen und Jungen mit Behinderungen

Die Zahl der Kinder und Jugendlichen mit Behinderung lässt sich aufgrund der nicht vorhandenen „Meldepflicht“ nur schätzen. Die amtliche Statistik weist nur jene Kinder und Jugendlichen aus, für die ein Ausweis nach dem Schwerbehindertengesetz ausgestellt wurde. Demnach sind 1,1 % der unter 18-Jährigen und 1,3 % der unter 25-Jährigen schwerbehindert. Ein Blick in die Schulstatistik erlaubt zumindest für die Altersgruppe der 6 – bis unter 15-Jährigen Angaben über das Ausmaß des sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfes.

Vergleicht man die 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% (westliche Bundesländer 6%; östliche Länder einschl. Berlin: 10%) von Heranwachsenden mit Behinderung an der altersgleichen Bevölkerung am 31.12.2006 in Deutschland.

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 Sonderbeschulung, über die es jedoch seit langem eine kontroverse Debatte gibt.

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% (Westdeutschland: 2,6%; Ostdeutschland einschl. Berlin: 3,8%). Dieser Wert entspricht auch Angaben, wie sie im KIGGS mit etwa 2% aller Kinder mit einer amtlich anerkannten Behinderung gemacht werden.

7.2.4 Auswirkungen von besonderen Versorgungsbedarfen, chronisch-somatischen Erkrankungen und Behinderungen auf den sozialen Nahraum

Der Bericht konstatiert, dass insbesondere einem guten körperlichen Gesundheitszustand (d. h. ohne schwerwiegende Krankheiten oder Beeinträchtigungen) für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen eine Schutzfunktionsfunktion beigemessen wird, in dem Sinne, dass ein guter Gesundheitszustand die Voraussetzung für altersangemessene Entwicklungsprozesse in anderen Bereichen (z. B. des Sozialverhaltens) ist. 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.

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: Kinder mit Behinderungen im Alter von drei Jahren bis zum Schuleintritt besuchen Regel-Kindertageseinrichtungen. Der überwiegende Teil dieser Kinder ist körperlich oder geistig behindert; seelisch behinderte Kinder werden erheblich seltener dort betreut

7.2.5 Stresserleben und Lebensqualität

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).

Wenn Stress wiederholt auftritt und keine diesen mindernden Schutzfaktoren vorhanden sind bzw. entwickelt werden (wie z. B. durch die Förderung von Stressbewältigungskompetenzen, eines unterstützenden Netzwerks von Freunden und Familie, der Schaffung von Freiräumen und Entspannung etc.), können die Stresswirkungen chronisch werden.

Der Bericht macht an dieser Stelle einen kleinen Exkurs zu Kinder psychisch, sucht- und körperlich kranker Eltern, und kommt zu dem Ergebnis, dass für Kinder und Jugendliche aller Alterstufen ein erhöhtes Risiko für körperliche Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, psychische Störungen und Suchtmittelabhängigkeit besteht, wenn Eltern unter einer ernsthaften Erkrankung leiden.

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.

Stressschmerzen werden von den betroffenen Kindern zudem häufig als krankmachend 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, häufiger als Kindern 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). Der Bericht weist in diesem Zusammenhang auf die Wichtigkeit der Vorbildfunktion v. a. der Eltern hin, dass, wenn sie Stress und schwierige Lebenssituationen positiv bewältigen können, dies für die Kinder und Jugendliche eher die Entwicklung einer realistischen Sichtweise der eigenen Person und der sozialen Umwelt zur Folge hat.

7.2.6 Psychische Gesundheit und Verhaltensauffälligkeiten

Der Bericht bezieht sich hier auf Ergebnisse der KIGGS-Studie. Sie weisen darauf hin, dass die überwiegende Mehrheit der Kinder in der Altersgruppe von 6 bis 12 Jahren in Deutschland keine Symptome von Verhaltensauffälligkeiten zeigt. Dennoch werden Verhaltensauffälligkeiten für die Altersgruppe der 7- bis 10-Jährigen deutlich häufiger angegeben als für Kinder im Vorschulalter und für 14-17-Jährige.

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 und auch der von den Eltern angegebene besondere Versorgungsbedarf ist geringer. Beides deutet darauf hin, dass Familien mit

Migrationshintergrund seltener Zugang zu (adäquaten) medizinischen, therapeutischen und Kinder- und Jugendhilfe-Angeboten finden.

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.

7.2.7 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen

Bei den 11 – 13-Jährigen wird am häufigsten ADHS diagnostiziert. Auswertungen auf Basis von Krankenversichertendaten geben einen Nährwert von 500.000 unter 18-Jährigen mit ADHS in Deutschland an. Jungen sind in allen Altersgruppen deutlich häufiger betroffen als Mädchen. Für Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund wurde seltener eine solche Diagnose gestellt als für Kinder ohne Migrationshintergrund, jedoch werden bei ihnen häufiger Verdachtsfälle (anhand von Eltern berichteten Verhaltensprobleme) festgestellt. 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. Daher sind nach dem Bericht vor allem eine frühe Identifikation mehr problembelasteter Kinder und entsprechende frühe Hilfen wichtig.

7.2.8 Angststörungen

Ängste werden dann als klinisch bedeutsam angesehen, wenn diese ausgeprägte und dauerhafte Beeinträchtigungen für den Heranwachsenden beinhalten, unabsehbar eine altersentsprechende Entwicklung hemmen oder Probleme in sozialen Nahraum (z.B. Familie, Schule etc) bewirken.

7.2.9 Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten

Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten umfassen die Lese-Rechtschreibstörung (Legasthenie), die Rechenstörung (Dyskalkulie) und die Kombination beider Störungsbilder. Kinder mit Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten grenzen sich von (lern-) behinderten Kindern durch eine normale Intelligenz und fehlenden Sinnesschädigung/neurologische Grunderkrankung ab. Im deutschsprachigen Raum schwanken die Angaben zu Lese-Rechtschreibstörung zwischen 4 bis 5% und zu Rechenstörungen zwischen 3 bis 6%. 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

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, wie 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.

Die Ergebnisse empirischer Untersuchungen zeigen, dass Kinder mit niedrigem Sozialstatus und Mädchen mit Migrationshintergrund am wenigsten körperlich-sportlich aktiv sind: Für deutlich mehr Mädchen mit Migrationshintergrund (16%) als für deutsche Mädchen (6%) wird angegeben, dass sie nur unregelmäßig oder gar nicht Sport treiben. Dagegen sind Jungen mit Migrationshintergrund (24%) häufiger an sechs bis sieben Tagen/Woche sportlich aktiv als einheimisch deutsche Jungen (15%).

Der Bericht resümiert: 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.

7.3 Zusammenfassung

Kinder im 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.

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.

Kinder mit Behinderung werden im Schulalter zunehmend vor besondere Herausforderungen gestellt. Die immer noch überwiegende Sonderbeschulung führt zu deutlichen Einschränkungen in ihrer Weltaneignung. Eine anzustrebende „inklusive Beschulung“, die entsprechende Förderkonzepte umsetzen kann, würde den Bedarfen sozial benachteiligten Zielgruppen besser genügen.

7.4 Fazit

Kinder brauchen Lebens- und Lernbedingungen, welche ihnen das Grundrecht auf ein gesundes Aufwachsen ermöglichen.

Unabhängig ob Kinder gesund, chronisch krank oder behindert sind, brauchen sie Bewegungs-, Erfahrungs- und Bildungsräume, in denen sie sich ihre Lebenswelt aneignen und dies aktiv mitgestalten können.

Soziales Lernen innerhalb der Schule, aber auch in Kontexten der non-formalen und informellen Bildung, soll gesunden, aber auch kranken und behinderten Mädchen und Jungen ermöglichen, 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 gesundheitsbezogene Lebensqualität haben können.

Kapitel 8: Kinder und Jugendliche von zwölf- bis unter achtzehn Jahren

8.1 Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen: Körper spüren, Grenzen suchen, Identität finden

Pubertät bzw. Adoleszenz, und damit weite Teile der Jugendphase, sind nicht nur die Phase schnellen Wachstums und tief greifender Veränderungen sondern können auch sehr krisenhaft und verunsichernd für alle Beteiligten erlebt werden. Der auf Einsicht und Vernunft setzende pädagogische Einfluss stößt an Grenzen. Die personalen Ressourcen von Jugendlichen spielen hier bei der Entwicklung und Erprobung von Handlungsoptionen eine bedeutsame Rolle, um ein Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit zu entwickeln. Von „Kontrollüberzeugung“ als stabilem Persönlichkeitsmerkmal spricht man, wenn Jugendliche davon ausgehen, dass die Ereignisse von ihnen maßgeblich beeinflusst werden (können). Diese positiven Selbstwirksamkeitserfahrungen erleichtern Jugendlichen den Umgang mit Krisen und stärken deren Problemlösungsverhalten und die psychische Gesundheit.

Als typische Entwicklungsaufgaben in dieser Phase werden in der Fachliteratur benannt: Den Körper bewohnen lernen, den Umgang mit Sexualität lernen, der Umbau der sozialen Beziehungen, der Umbau der Leistungsbereitschaft (Schule als Entwicklungsaufgabe), die Berufswahl, Bildung und Identitätsarbeit. Als gesundheitsrelevant lassen sich vor allem drei Aspekte ausmachen:

- Den Körper spüren
- Die Grenzen suchen
- Eigene Identität finden

Den Körper spüren

Körperliche und psychische Dynamiken prägen den Beginn der Jugendphase. Der Umbau der Gehirnstrukturen ermöglicht neue Lernerfahrungen. Vor allem die äußeren Veränderungen werden Gegenstand eigener und fremder kritischer Beobachtung.

Körperästhetik, Inszenierungen und Präsentationen beanspruchen viel Raum. Körperwahrnehmungen, die nach sozialer Lage, kulturellem Hintergrund und Geschlecht erheblich variieren, prägen das Wohl- und Unwohlemfinden. Mädchen und Jungen mit Behinderung haben es in Bezug auf eine befriedigende sexuelle Entwicklung und die Entwicklung zur Selbständigkeit besonders schwer.

Die Identifikation von Jugendlichen mit bestimmten Jugendkulturen kann problematisch erscheinen, vermittelt aber die Erfahrung von Nähe und Akzeptanz und begünstigt ein positives Selbstwertgefühl und kann auch Fehlentwicklungen in der Kindheitsphase modifizieren. Gleichaltrigengruppen stellen eine komplementäre Ressource dar, können aber die notwendige soziale Unterstützung durch Erwachsene, die positive Rollenmodelle anbieten, nicht kompensieren.

Die Grenzen suchen

Es ist akzeptiert, dass Jugendliche ihre Grenzen suchen müssen. Diffuse Normierungen erfordern und zwingen jeden Einzelnen, sich einen individuellen Weg durch vielfältige Optionen zu bahnen. Auch wenig gesundheitsförderliches Risikoverhalten gehört dazu.

Eigene Identität finden

Die Frage „Wer bin ich“ wird zur Grund- und Sinnfrage von Jugendlichen. Die Beschäftigung mit Religion, Tod aber auch Erfahrungen wie Verzweiflung und Zuversicht nehmen breiten Raum ein. Ziel des Identitätsprozesses ist es, ein positives Selbstwertgefühl zu erreichen.

8.2 Gesundheit, Krankheit und Behinderung

8.2.1 Sexualität und Schwangerschaften Minderjähriger

Mit 14 Jahren hat jede/r zehnte deutsche Jugendliche intime sexuelle Erfahrungen gemacht. Je älter die Jugendlichen beim Einstieg ins Sexualleben sind, desto sorgfältiger wählen sie ihre Partner/innen aus. Je früher Jugendliche mit sexuellen Kontakten beginnen, desto weniger achten sie auf Verhütung. Es gibt einen deutlichen Zusammenhang zwischen Schwangerschaften Minderjähriger und Bildungsgrad, der auch die Entwicklungschancen der Kinder junger Mütter negativ beeinflusst.

8.2.2 Medienkonsum

Der Umgang mit den Informations- und Kommunikationstechnologien prägt den Alltag von Jugendlichen. Der Umgang, der nach Alter, Geschlecht, Bildung und sozialem Status differiert, hat einen solchen Umfang erreicht, dass man von einer „Mediatisierung des Jugendalltags“ spricht. Die vielfältige Präsenz der Medien im Alltag beeinträchtigen im Allgemeinen nicht die nicht-medialen Freizeitinteressen sondern unterstützen die Kommunikation mit Freunden. Andererseits korreliert intensive Mediennutzung z.B. auch mit sportlich-körperlicher Inaktivität. Auch die medialen Inhalte können negativen Einfluss auf die Entwicklung nehmen. Wenn auch Gewaltdarstellungen männliche Jugendliche mit niedrigem Selbstwertgefühl zu einer höheren Gewaltbereitschaft verleiten können, kann ein kausaler Zusammenhang zwischen medialer Gewalt und realer Gewaltausübung wissenschaftlich nicht belegt werden. Es herrscht aber Einigkeit darüber, dass extreme Formen des Mediengebrauchs oft ein Symptom für verborgene Probleme ist.

8.2.3 Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum

Verschieden Studien hierzu sind aufgrund verschiedener Parameter schlecht vergleichbar und erlauben so nur Tendenzaussagen:

Die schädlichen Auswirkungen des Tabakkonsums sind abhängig vom Einstiegsalter, der Dauer und Intensität des Konsums. 59% der weiblichen und 62% der männlichen Jugendlichen von 11 bis 17 Jahren hat noch nie geraucht. Um die 40% der 16-17jährigen geben an, aktuell zu rauchen. Einfluss auf den Tabakkonsum nehmen der Sozialstatus und auch die kulturellen Eigenheiten des Herkunftsmilieus.

Fast alle ältere Jugendliche geben an, schon einmal Alkohol getrunken zu haben. Alkohol ist unter Heranwachsenden die am weitesten verbreitete proaktive Substanz.

Bevölkerungsspezifische Unterschiede im Konsummuster (Status, Schultyp, Wohnregion) sind marginal. Allerdings konsumieren Jugendliche mit Migrationshintergrund deutlich weniger (mit religiös stark differierenden Mustern). Insgesamt ist von 2004 bis 2008 ein Rückgang des regelmäßigen Alkoholkonsums zu verzeichnen. Übermäßiger Alkoholkonsum kann zu erheblichen Gesundheitsschäden, Abhängigkeit und psychosozialen Folgeproblemen führen.

Neben Tabak und Alkohol sind legale (z.B. Psychopharmaka, Schmerzmittel, Klebstoffe) und illegale Substanzen (u.a. Cannabisprodukte, Ecstasy, Speed, Kokain, Heroin) gebräuchliche Suchtmittel. Bevölkerungsspezifische Unterschiede im Konsummuster sind marginal. Bei den meisten Jugendlichen ist der problematische Substanzkonsum auf die Jugendphase begrenzt.

Insgesamt zeigt sich ein widersprüchliches Bild: Ein rückläufiger bzw. stagnierender Konsum von Alkohol und Drogen einerseits und andererseits riskante exzessive Gebrauchsmuster in bestimmten Gruppen. Das Spektrum der Konsummotive umfasst die Suche nach Trost bei Misserfolgen, Ersatz für Selbständigkeit, gewollte Normverletzung, Notfallfunktion bei „Entwicklungsstress“, Zugang und Zugehörigkeit zu Gleichaltrigen sowie die Vorwegnahme des Erwachsenseins.

8.2.4 Gewalterfahrungen

Die von jungen Menschen verübte Gewalt steht immer wieder im Mittelpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit. Weniger bekannt ist, dass Kinder und Jugendliche Opfer von Gewalt in den unterschiedlichsten Kontexten sind (Familie, Schule, Partnerschaften). Es gibt eine sehr kleine Gruppe junger Menschen (vor allem Jungen) mit andauernder Delinquenz.

Was die Gewaltausübung anbetrifft, gibt es deutliche Statusunterschiede.

Gewalterfahrungen (z.B. Bullying, andauernde unbegründete Bedrohungen, Angriffe, Entwürdigungen) gehören schon in der Grundschule für 5% der Schüler/innen zum Schulalltag.

Bei sexueller Gewalt ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen. Eine Studie geht davon aus, dass jedes vierte bis fünfte Mädchen und jeder zwölfte Junge in Deutschland vor allem im Alter zwischen 5 und 14 Jahren von sexueller Gewalt betroffen ist. Bei Kindern mit körperlich/geistiger Behinderung ist von einer deutlich höheren Quote auszugehen. Sexuelle Gewalt kommt in allen Statusgruppen vor, betroffen sind aber vor allem Kinder aus „unvollständigen Familien“. Insgesamt gelten für die Folgen des sexuellen Missbrauchs die in Kapitel A für Traumatisierung generell formulierten Hinweise.

Exkurs: Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Frauen mit Behinderung. (S.212)

8.2.5 Verhaltensauffälligkeiten

16,6% der 11-13jährigen und 12,4% der 14-17jährigen Jugendlichen werden als verhaltensauffällig (emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivitätsprobleme, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen, Mangel im psychosozialen Verhalten) beschrieben, wobei Jungen deutlich höhere Werte aufweisen als Mädchen. Jugendliche mit Migrationshintergrund weisen gerade im Alter zwischen 11 und 13 Jahren weit überdurchschnittliche Werte auf (25,2%). Mädchen und Jungen mit höherem und mittlerem Status sind deutlich seltener betroffen als diejenigen mit geringem sozialen Status.

Psychisch auffällige Jugendliche sind häufiger Täter und Opfer von Gewalthandlungen. Sie verfügen über wenige personale, familiäre und soziale Ressourcen sowie eine geringe Lebensqualität.

8.2.6 Essstörungen

Typische Essstörungen bei Jugendlichen sind Magersucht (Anorexia nervosa) und Ess-Brech-Sucht (Bulimia nervosa). Mehr als ein Fünftel der Jugendlichen von 11-18 Jahren weisen Essstörungen auf – ohne dass in jedem Fall schon von einer manifesten Erkrankung gesprochen werden kann. Die Anteile der Mädchen (vor allem 14-17 Jahre) und Jugendlichen mit Migrationshintergrund sind dabei wesentlich höher. Auch ein niedriger Sozialstatus erhöht deutlich das Risiko.

Psychosomatische Essstörungen sind multifaktoriell bedingt: Es gelten soziokulturelle Faktoren (Leistungsnormen, Schlankheitsideale), persönlichkeitsbedingte Merkmale (geringe Frustrationstoleranz, Perfektionismus), belastende Lebensereignisse sowie schwierige soziale Lebensbedingungen (Isolation, gestörte Familienbeziehungen) als verursachend. Über Unterstützung und Ermutigung und durch Veränderungen ihres inneren Selbstbildes sind 50-70% der Betroffenen in der Lage, die Krankheit zu überwinden oder einzugrenzen.

8.2.7 Übergewicht und Adipositas

Während Übergewicht noch nicht als chronische Erkrankung gilt, ergibt sich der Krankheitswert von Adipositas aus den begleitenden funktionalen, individuellen sowie psychosozialen Einschränkungen. Adipositas geht häufig mit Herz- und Kreislauferkrankungen, Diabetes und orthopädischen Komplikationen einher. Betroffene leiden unter Stigmatisierung und geringer gesundheitsbezogener Lebensqualität. Zwischen 7,2 und 8,5% der Jugendlichen gelten als übergewichtig oder adipös. Sie kommen vermehrt aus sozial benachteiligten Familien. Heranwachsende mit Migrationshintergrund – vor allem aus der Türkei - sind stärker von Übergewicht betroffen. Studien belegen einen gesteigerten Medienkonsum übergewichtiger Kinder. Zu den Risikofaktoren für Übergewicht und Adipositas gehören ein Übergewicht der Mutter, ein hohes Geburtsgewicht, wenig körperliche Aktivität, zu kalorienreiche Nahrung und psychische Faktoren.

8.2.8 Depressive Erkrankungen

„Schlecht drauf“ zu sein und nach dem Sinn des Lebens zu fragen, gehört zum Jugendalter dazu. Bei vielen Jugendlichen verfestigen sich aber negative Gefühle und führen zu ausgedehnten Symptomen bis hin zu depressiven Verstimmungen und Erkrankungen. Ab dem 12. Lebensjahr setzt ein deutlicher Anstieg depressiver Symptome, mit 14/15 Jahren häufig der Beginn einer depressiven Erkrankung bei Jungen und mit doppelter Wahrscheinlichkeit bei Mädchen ein. Depressive Erkrankungen haben ein hohes Chronifizierungsrisiko, was die Funktionalität und Leistungsfähigkeit verringert sowie Sozialkontakte und Freizeitaktivitäten behindert.

8.2.9 Selbstverletzendes Verhalten

Mit selbstverletzendem Verhalten ist keine Tötungsabsicht verbunden. Vielmehr soll damit emotionale Entlastung, Abbau bestehender Spannungs- und Unruhezustände erreicht sowie Aufmerksamkeit erzielt werden. Etwa 11% der befragten 14-jährige (überrepräsentiert sind Mädchen, Jugendliche ohne Migrationshintergrund, Kinder mit Behinderung in Heimen) geben an, sich gelegentlich zu verletzen. Wiederkehrendes selbstverletzendes Verhalten ist als Ausdruck einer psychischen Störung behandlungsbedürftig.

8.2.10 Suizidalität

Suizide meist beginnend ab dem 12. Lebensjahr stellen die zweithäufigste Todesursache bei jungen Menschen dar. 2007 gab es in Deutschland 219 Todesfälle in der Altersgruppe der 10 bis unter 20-jährigen, die zu 74,4% männliche Jugendliche betrafen. Suizide bei

Jugendlichen sind tendenziell rückläufig. Auslöser suizidaler Handlungen sind oftmals Krisensituationen (zwischenmenschliche Probleme, Schulschwierigkeiten). Auch Internetforen haben einen bislang unterschätzten Einfluss auf Selbstmordabsichten.

8.3 Zusammenfassung

Die Identitätsentwicklung im Jugendalter ist eine krisenanfällige Zeit des Übergangs, die der Auseinandersetzung über den eigenen richtigen Weg bedarf. Trotz vieler Stressoren schließen die meisten Jugendlichen diese Phase gesund ab.

8.4 Fazit

Für die Identitätsbildung brauchen Jugendliche Herausforderungen und Grenzen sowie genügend Sozial- und Erfahrungsräume, um sich auszuprobieren und ein Selbstwertgefühl zu entwickeln. Mediale normierte Vorbilder behindern die Bereitschaft, Verschiedenheit zu akzeptieren. Angesichts der erweiterten auch finanziellen Möglichkeiten, Tabak und Alkohol zu konsumieren, brauchen Jugendliche auch hier Hilfen für den Erwerb der nötigen „Lernkompetenzen“ und einen funktionierenden Jugendschutz.

Kapitel 9: Junge Erwachsene von achtzehn- bis siebenundzwanzig Jahren

9.1 Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen

Der Bericht stellt fest, dass „mit der Entkopplung von Bildung und Arbeit“ die biografische Ungewissheit für junge Menschen gewachsen ist. Junge Menschen können nicht mehr wie früher von einer Normalbiografie (Ausbildung, Beruf, Familiengründung) ausgehen. Sie müssen sich permanent neu orientieren und Brüche in ihrer Biografie integrieren. Einerseits sind die Möglichkeiten für die eigene biografische Entwicklung vielfältiger geworden, andererseits aber auch unsicherer. Gleichzeitig haben Status und Einkommen weiterhin eine hohe Wertigkeit. Junge Menschen stehen unter einem hohen Druck, die richtige Entscheidung zu treffen sowohl für ihre soziale (Partnerschaft, Familiengründung) als auch für ihre berufliche Verortung.

Der Bericht nennt drei zentrale Entwicklungsthemen: sich entscheiden (müssen), Verantwortung übernehmen und Intimität leben. Diese Themen werden insofern als gesundheitsrelevant eingestuft als ihre erfolgreiche Bewältigung Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden fördern.

Intimität leben:

Die beschriebene Situation junger Erwachsener bewirkt eine lang andauernde ökonomische Abhängigkeit, verbunden mit einem späteren Auszug aus der Herkunftsfamilie. Eheschließung und Gründung einer Familie werden in der Biografie nach hinten geschoben. Geht man davon aus, dass die berufliche Platzierung ins dritte Lebensjahrzehnt verschoben ist, so fällt diese nun mit der Familiengründung weitgehend zusammen.

Auch wenn nur noch 40% der befragten Jugendlichen eine Ehe eingehen wollen, wünschen sich immer noch 76% der jungen Frauen und 69% der jungen Männer eine Familie. Entsprechend wächst die Zahl zusammenlebender unverheirateter Paare, aber auch die Zahl Alleinerziehender.

Mit der zeitlichen Verschiebung der Familiengründung haben junge Frauen mehr Möglichkeiten, sich außerhalb traditioneller Geschlechterrollen zu erproben. Jedoch wird mit der Geburt des ersten Kindes häufig ein Rückfall in die überkommene Rollenteilung

festgestellt. Dies wird begründet mit immer noch besseren Verdienstmöglichkeiten für junge Männer auf dem Arbeitsmarkt.

Sich entscheiden (müssen) und Verantwortung übernehmen:

Auch wenn in dem Bericht von einer Entkopplung von Bildung und Arbeit die Rede ist, so wird doch konstatiert, dass Bildungsabschlüsse, Familienzugehörigkeit, ethnischer Hintergrund, Geschlecht und gesundheitliche Verfassung großen Einfluss auf die Entscheidungs- und Handlungsspielräume haben. Unabhängig davon wird aber von allen gleichermaßen erwartet, dass sie selbstverantwortlich eigene Entscheidungen treffen und die damit verbundenen Risiken persönlich tragen.

Herausgestellt wird die Bedeutung persönlicher Ressourcen wie positives Selbstkonzept und hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugung, die dazu beitragen können auch schlechte Ausgangsbedingungen als bewältigbar und die eigenen Anstrengungen als lohnend einzuschätzen.

Der Bericht geht schließlich auf verschiedene Lebenslagen näher ein.

Er beschreibt die tendenzielle Benachteiligung von jungen Frauen beim Zugang zur dualen Berufsausbildung, vor allem wenn sie nur über einen Hauptschulabschluss verfügen. Diese Benachteiligung setzt sich im weiteren Verlauf auch an der so genannten zweiten Schwelle (Übergang Ausbildung/ Beruf) fort.

Dann geht er weiter auf junge Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten ein und gibt zu Bedenken, dass mit den zielgruppenspezifischen Wohn- und Beschäftigungsmöglichkeiten der Behindertenhilfe oft ein hoher Grad an Exklusion verbunden ist.

Schließlich richtet er den Blick auf junge Menschen in strukturschwachen Regionen in Ostdeutschland. Vor allem gut ausgebildete junge Frauen zwischen 18 und 29 Jahren verlassen diese Regionen, während junge Männer, vor allem wenn sie keine Ausbildung haben und arbeitslos sind, häufiger deviant werden.

Der Bericht formuliert den Anspruch an die Kinder- und Jugendhilfe sich stärker darauf zu besinnen, dass ihre Zuständigkeit nicht nur bis zur Volljährigkeit reicht. Dem gegenüber wird die zunehmend höher werdende Hürde für die Hilfgewährung für junge Erwachsene nach § 41 SGB VIII problematisiert. In Frage gestellt wird die Kopplung der Mittelvergabe für junge Erwachsene an ihre Bereitschaft, sich in den Dienst der Arbeitswelt zu stellen. In diesem Zusammenhang ist von einer Verschärfung der Aktivierungspolitik die Rede. Dagegen wird eine produktive Förderung der eigenen Stärken und der Persönlichkeitsentwicklung sowie einer eigenverantwortlichen Lebensführung von (arbeitslosen) jungen Erwachsenen, u.U. auch jenseits von Arbeit und Beruf gestellt.

9.2. Gesundheit, Krankheit und Behinderung

Psychische Gesundheit:

Es wird davon ausgegangen, dass ca. 20% der jungen Erwachsenen unter psychischen Störungen leiden. Dies entspricht in etwa der Quote im Kindesalter. Wobei nicht davon auszugehen ist, dass es sich um dieselben Personen handelt. Etwa die Hälfte überwindet die psychischen Störungen, während wieder neu Erkrankte im späteren Alter hinzu kommen.

Bedeutsam ist die Feststellung, dass es bei psychisch auffälligen jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren vielfach frühe Anzeichen bereits im Alter ab 8 Jahren in Form von emotionalen Auffälligkeiten, ADHS oder dissozialem Verhalten gab. Außerdem wird festgestellt, dass psychische Auffälligkeiten im Alter zwischen 13 und 18 mit der Entwicklung von Suchterkrankungen in Beziehung stehen.

Besonders hervorgehoben wird die Borderline – Persönlichkeitsstörung, die in der Altersgruppe der jungen Erwachsenen relativ häufig diagnostiziert wird (5 bis 11%). Die

soziale Lage ist im hohen Maße mitentscheidend für die Prognose. So wirken sich hohe Intelligenz, künstlerisch-musische Begabung, geringes Ausmaß an traumatischen Erfahrungen und eine gute berufliche und soziale Einbindung günstig auf den Heilungsverlauf aus.

Missbrauch und Abhängigkeit von Substanzen:

Als größte Suchtgefährdung wird der Konsum von Alkohol und Tabak benannt, der als Ursache für eine Vielzahl von späteren Gesundheitsgefährdungen gilt. Alkoholmissbrauch bzw. –abhängigkeit und Nikotinabhängigkeit ist in der Altersgruppe der 18 bis unter 29-jährigen überproportional hoch (im Vergleich zur Gesamtbevölkerung). Dies trifft für junge Männer noch einmal mehr zu als für junge Frauen.

Die Bedeutung der Medikamentenabhängigkeit ist insgesamt in ihrer quantitativen Dimension in der Gesamtbevölkerung der Alkoholabhängigkeit gleichzusetzen, jedoch für die genannte Altersgruppe weniger relevant. Allerdings wird für die Gruppe der unter 25-jährigen Frauen eine Tendenz zu unkritischem Medikamentenkonsum festgestellt.

In Bezug auf illegale Drogen sind vor allem die jüngeren (18 bis 24) mit weit über 3% beim Cannabissmissbrauch betroffen. Ab 25 Jahre sinkt der Anteil auf 1,1%. Dies betrifft Frauen in deutlich geringerem Umfang als Männer. Bei jungen Menschen mit Migrationshintergrund steht die Drogenabhängigkeit an dritter Stelle der psychischen Störungen. Wurde Cannabis früher noch eher als harmlos eingestuft, so gibt es heute weiter gehende Erkenntnisse in Bezug auf längerfristige kognitive und psychische Folgen und in Bezug auf die Funktion als Einstiegsdroge.

Nicht stoffgebundene Süchte:

Die Spielsucht wird kurz angeschnitten und als markantes Problem vor allem in der Gruppe der ab 28-jährigen beschrieben. Auch hier sind zu 90% Männer betroffen.

Bei 6% bei den 15 bis 24-jährigen wird eine Kaufsucht vermutet. Frauen sind davon häufiger betroffen als Männer.

Die Internet- und Onlinesucht erscheint vor allem als Jugendproblematik (7,2% der unter 20-jährigen).

HIV/ AIDS:

Der Bericht stellt wieder eine Zunahme an HIV- Neuinfektionen bei jungen Erwachsenen fest, nachdem bis zur Jahrtausendwende ein Rückgang zu verzeichnen war. Besonders betroffen ist hier die Gruppe der 25 bis 29-jährigen (über 400 Neuinfektionen im Jahr 2007). Bei den 20 bis 24-jährigen ist jedoch auffällig, dass junge Frauen nahezu doppelt so häufig erkranken wie junge Männer.

Gesundheitsrelevante Aspekte am Ausbildungs- und Arbeitsplatz

Zunächst wird konstatiert, dass die Datenlage zu dieser Fragestellung mager ist. Insbesondere werden quantitative Aussagen zu jungen Erwachsenen mit Behinderungen vermisst.

Wiederholt wird darauf hingewiesen, dass junge Erwachsene mit Behinderung weniger gute Aussichten haben auf eine dauerhafte Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt. Daraus wird eine besondere Gefährdung ihres Kohärenzgefühls abgeleitet.

Problematisiert wird die Situation psychisch erkrankter Studentinnen und Studenten, deren Studierfähigkeit (in vier von zehn Fällen) krankheitsbedingt erheblich beeinträchtigt ist.

Junge Erwachsene in der Ausbildung (inkl. Hochschulbildung) berichten häufig über psychosomatische Symptome von Stress. Besonders herausgestellt werden die Berufsschüler/-innen. Bei ihnen weisen mehr junge Frauen als Männer und mehr Jugendliche mit Migrationshintergrund als Jugendliche ohne Migrationshintergrund diese Beschwerden auf. Der Bericht vermutet einen Zusammenhang zwischen den psychisch-emotionalen Belastungen und den real unterschiedlich (un)günstigen Chancen der Betroffenen auf dem Arbeitsmarkt.

Als weitere Gruppe werden junge Menschen in Maßnahmen der berufsbezogenen Jugendhilfe betrachtet. Es handelt sich um junge Menschen, die an den vorgesehenen Übergängen von der Schule in den Beruf gescheitert sind. Deutlich wird, dass diese Maßnahmen von westdeutschen und ostdeutschen jungen Menschen unterschiedlich eingeschätzt werden. Während sich erstere positive Effekte erhoffen, erleben die ostdeutschen jungen Menschen die Maßnahmen eher als weitere Ausgrenzung vom Arbeitsmarkt. Für beide Gruppen wird die Gefahr eines Einstiegs in dauerhafte Arbeitslosigkeit und damit langfristige Armut gesehen.

Der Zusammenhang von Stresssymptomen (z.B. Einschlafprobleme, Kopf- und Magenschmerzen, Appetitlosigkeit) und geringere berufliche Chancen zeigt sich auch bei Hauptschüler/-innen im Alter zwischen 14 bis 16 Jahren, die ihren Schulabschluss voraussichtlich nicht erreichen werden.

Jedoch wird auch herausgestellt, dass junge Menschen in Ausbildung und Beschäftigung unter psychischem Druck stehen. Als Ursache wird vor allem die Arbeitsplatzunsicherheit angeführt. Bei den 16 bis 30-jährigen gingen 2007 65,8% zur Arbeit, obwohl sie krank waren. Insgesamt berichten junge Erwachsene mit unsicheren beruflichen Perspektiven häufiger über Symptome wie Angst, Depression und reduziertes Wohlbefinden.

Gesundheitsrelevante Aspekte von Arbeitslosigkeit

Junge Menschen reagieren auf Arbeitslosigkeit mit einer Vielzahl von gesundheitlichen Beeinträchtigungen somatischer und psychischer Art. Hinzu kommt ein erhöhtes Risikoverhalten z.B. in Bezug auf Tabak- und Alkoholkonsum und Bewegungsmangel. Je länger die Arbeitslosigkeit andauert desto ausgeprägter werden die Symptome. Sie gehen vermehrt auch in chronische Zustände über. Andererseits wird ein erhöhtes Risiko für (Langzeit-) Arbeitslosigkeit festgestellt bei jungen Erwachsenen, die bereits als Jugendliche in hohem Maße psychisch belastet waren.

Insgesamt wird noch einmal die Bedeutung eines Arbeitsverhältnisses über den Einkommenserwerb hinaus für soziale Kontakte und Anerkennung und für ein eigenständiges Leben herausgestellt.

9.3 Fazit

Folgende Notwendigkeiten werden für junge Erwachsene in einer Welt sich kontinuierlich wandelnder Ansprüche und Anforderungen formuliert:

- Vertraute und kompetente Personen aus ihrem sozialen Netzwerk, die sie bei ihren Zukunftsentscheidungen unterstützen. Sind diese Personen nicht vorhanden bedarf es sozialstaatlicher Hilfsangebote
- möglichst frühzeitige Hilfen bei gesundheitlichen Einschränkungen bei Jugendlichen, damit sich Probleme nicht verfestigen und die weiteren beruflichen und sozialen Chancen einschränken (gut vernetzte soziale und medizinische Hilfen).
- Ausbildungs- und Erwerbskontexte mit Zukunftsperspektiven und ohne gesundheitliche Risiken
- individuelle Handlungsspielräume, in denen Intimität gelebt werden kann, auch in Verantwortung für die Partnerin/ den Partner. Für einen verantwortlichen Umgang mit Sexualität und Familienplanung benötigen junge Erwachsene Wissen und finanzielle Ressourcen.

- Optimismus, Motivation und Zukunftsperspektive, um Verantwortung für die eigene Gesunderhaltung zu übernehmen. Diese Verantwortungsbereitschaft soll durch Strukturen von sozial- und bildungspolitischer Seite her unterstützt werden.

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

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

In den Arbeitsfeldern der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung sind über die Leistungen des SGB VIII hinaus die Strukturen und Aufgaben des Gesundheitssystems, der Behinderten- und Eingliederungshilfe bzw. der Reha-Systeme mit einzubeziehen. In Kapitel 11-14 werden daher die relevanten Bereiche und Schnittstellen skizziert:

Kapitel 11: Strukturen und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe

Den kommunalen Jugendämtern obliegt die Gesamtzuständigkeit in der Kinder- und Jugendhilfe. Der überwiegende Teil der Leistungen wird von Nichtregierungsorganisationen organisiert und erbracht (67% der Einrichtungen). Die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe werden durch öffentliche, im Wesentlichen kommunale, Haushalte finanziert. Zwischen 2002 und 2006 fand im Bereich der Kitas ein Anstieg der Vollzeitbeschäftigten (1,9%) bei gleichzeitigem Rückgang in anderen Arbeitsbereichen um 11,3%. (v.a. Behindertenhilfe, Erziehungshilfen und Kinder- und Jugendarbeit) statt.

Grundlagen der Gesundheitsförderung im SGB VIII:

- § 8a, Absatz 4; „Soweit zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden (...) von Einrichtungen der Gesundheitshilfe (...) notwendig ist“
- § 11 (1.3) gesundheitliche Bildung als Schwerpunkt der Jugendarbeit
- § 20, Absatz 1 und 3, Ausfall der Eltern aus gesundheitlichen Gründen
- § 35a seelische Gesundheit
- § 45 Absatz 2 b) gesundheitliche Vorsorge und med. Betreuung als Mindestanforderung in einer Einrichtung
- § 81 Verpflichtung zur Kooperation von öffentlichen Trägern der Kinder- und Jugendhilfe und sonstigem öffentlichen Gesundheitsdienst

Nach Angaben des 11. Kinder- und Jugendberichts werden die zentralen Begriffe des KJHG ‚Erziehung‘ und ‚Entwicklung‘ ebenfalls im Kontext der gesundheitlichen Förderung verstanden.

Kapitel 12: Das Gesundheitssystem

Das Gesundheitssystem wird durch öffentliche und private Haushalte sowie die Sozialversicherungen finanziert. Angesichts der Mittelknappheit bei den gesetzlichen Krankenkassen verschlechtert sich die gesundheitsbezogene Chancengleichheit vor allem für sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen: Das Erkrankungsrisiko in benachteiligten Lebenslagen ist bereits höher, der wachsende Wettbewerb im Gesundheitssystem verschärft Ungleichheiten und durch unzureichende Nutzung der gesundheitsbezogenen Angebote (z.B. Vorsorgebereich) wird die gesundheitliche Unterversorgung verschärft.

Im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe sind als Strukturen des Gesundheitssystems die Kinder- und Jugendmedizin und die Kinder- und Jugendpsychiatrie / -psychotherapie zu

nennen. Ca 90% aller Erkrankungen werden ausschließlich ambulant durch Kinder- und Jugendärzte behandelt. Akute Infektionserkrankungen haben deutlich abgenommen, während Erkrankungen, die durch soziale Probleme (mit-) bedingt sind, zugenommen haben. Diese müssen in Kooperation mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst, dem Rehabilitationssystem und der Kinder- und Jugendhilfe behandelt werden.

Nach Beschlüssen der Gesundheitsministerkonferenz soll die stationäre. Behandlung in eigenständigen Kinderabteilungen /-kliniken erfolgen. Knapp 50% werden aber in nicht entsprechend ausgestatteten Abteilungen behandelt. Durch bessere Vernetzung und gezielter Nutzung von ambulanten Angeboten - aber auch durch deutlichen Druck der Krankenkassen - sank die Aufenthaltsdauer bei stationärer. Behandlung in den letzten Jahren erheblich. Durch den Ausbau der Tagesklinikangebote können mehr Heranwachsende erreicht werden. In fast allen Fachkrankenhäusern bzw. Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie / -psychotherapie bestehen Institutsambulanzen. Diese sind zunehmend auch beratend in den Einrichtungen und Diensten der Kinder- und Jugendhilfe tätig.

Zunehmend kommen bei Kindern und Jugendlichen Krankheiten der ‚neuen Morbidität‘ (s. Kapitel 4) auf, auf die das Gesundheitssystem nicht eingestellt ist:

- a) Körperbezogene Störungen (Gewichtsentwicklung bis hin zu Typ 2-Diabetes, Fein- und Grobmotorik etc)
- b) Psychosomatische Störungen (Ängste, Schlafstörungen, Bauchschmerzen etc)
- c) Störungen und Auffälligkeiten im Bereich der psychischen und Persönlichkeitsentwicklung, des Sozialverhaltens, der Sprachentwicklung, schulbezogene. Leistungsfähigkeit, Pubertät und Selbständigkeitsentwicklung
- d) Gesundheitsschädigendes Medien- und Konsumverhalten, erste Zeichen von Suchtentwicklung

Durch intensive Prävention im Kleinkind- und Grundschulalter könnten diese wesentlich eingedämmt werden. Eine enge Kooperation zwischen Krankenversicherungen, ÖGD, Frühförderstellen, Kinder- und Jugendhilfe, Vertragsärzt(inn)en und Trägern von Kitas wäre dafür notwendig.

Für die Kinder- und Jugendhilfe ist v.a. die kommunale Ebene, d.h. die Gesundheitsämter, bedeutend. In den letzten zwei Jahrzehnten haben die Gesundheitsämter ihre Angebote verändert und Prävention, Gesundheitsförderung und Qualitätssicherung in den Vordergrund gestellt. Die Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler Ebene ist eine Aufgabe der Gesundheitsämter. Wichtige Impulse für die Gesundheitsplanung könnten durch Gesundheitskonferenzen mit Ärzten, sozialen. Einrichtungen, Jugendämtern und Schulen erfolgen.

Interessensgeleitete Widerstände, objektive Strukturprobleme sowie Rechts- und Finanzierungsfragen stehen Lösungsansätzen an der Schnittstelle von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem entgegen. In einer Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht wird in diesem Sinne auch auf die langjährige Debatte um den § 35a SGB VIII und die fragliche Zuständigkeitstrennung zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Behindertenhilfe und Rehabilitationssystem hingewiesen.

Kapitel 13: Eingliederungshilfe und Rehabilitation

Die Behindertenhilfe erbringt Leistungen der sozialen und beruflichen Rehabilitation, die in der Regel aus Mitteln der überörtlichen Träger der Sozialhilfe finanziert werden.

In den 50er Jahren entwickelte sich auf dem Erfahrungshintergrund der Maßnahmen des Dritten Reiches („Lebensunwertes Leben“) die Behindertenhilfe als ein sehr differenziertes System von Hilfen – abgegrenzt von der Gesundheitshilfe und dem allgemeinen Bildungsbereich („Sonderpädagogik“).

Aufgrund dieser Erfahrungen ist bis heute auch die schlechte Datenlage zu begründen: eine systematische Erfassung von Kindern und Jugendlichen oder auch Erwachsenen mit

Behinderungen gibt es nicht. Zahlen können nur abgeleitet werden; z.B. Anzahl von Kindern in Sonderkindertagesstätten oder Schulen; Jugendlichen in Werkstätten für Behinderte. Nach 1945 entwickelte sich das System der sonderpädagogischen Hilfen sehr spezifisch, ausgerichtet an den Grundformen der Behinderung (Körperliche, geistige, Sinnesbehinderung). Schon immer waren und sind in diesen Einrichtungen neben Maßnahmen zur Rehabilitation (Therapien) auch Maßnahmen zur Gesundheitsförderung integriert.

13.1 Konzepte der Behindertenhilfe und inklusive Angebote

Im Vergleich zu skandinavischen Ländern bietet Deutschland eine immer noch auf stationären Komplexleistungen focussierte Angebotsstruktur. Vor allem aber in Kindertagesstätten, vereinzelt aber auch in Schulen haben sich aber in den letzten Jahren vermehrt integrative Erziehung-, Bildungs- und Betreuungsangebote etabliert.

Diskussionen im die Integration münden mittlerweile in die Forderung nach einem flächendeckenden Ausbaus von Unterstützungsmaßnahmen – Inklusion als Teilhabe am Gemeinwesen.

Menschen mit Behinderungen werden nicht mehr zwangsläufig als krank, behandlungs- und fürsorgebedürftig gesehen, sondern die Beeinträchtigung der Funktionstüchtigkeit ist Teil der individuellen Persönlichkeit. Ziel sollte es sein, größtmögliche Fähigkeiten zu entfalten und die Selbstbestimmung über die Wahl eines eigenen Lebensstils. Dies jedoch nicht über vorwiegend medizinisch-therapeutische Maßnahmen und einer Orientierung an dem Normalitätsgedanken.

Dieser Perspektivenwechsel zeigt sich auch in der UN-Konvention über die rechte behinderter Menschen, die die Bundesregierung 2008 unterzeichnet hat.

13.2 Funktionsfähigkeit, Teilhabe und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen

Behinderung wird als Oberbegriff für Schädigungen und Beeinträchtigungen auf der Ebene der Körperstrukturen und Körperfunktionen, Aktivitäten und der Teilhabe verstanden. Es ist das Ergebnis negativer Wechselwirkungen zwischen einer Person, ihren Gesundheitspotentialen und den jeweiligen Umweltfaktoren. Dieses Verständnis liegt der ICF zu Grunde (International Classification of Functioning, Disability and Health). Diese Klassifikation wurde 2007 veröffentlicht, eine deutschsprachige Version für Kinder und Jugendliche liegt aber noch nicht vor. Hintergrund der Übersetzungsbemühungen ist der Versuch, die Situation von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung besser zu beschreiben als Grundlage von systemübergreifenden interdisziplinären Unterstützungsleistungen um hiermit Angebotsgestaltung und Ressourceneinsatz wirksam und wirtschaftlich zu steuern.

13.3 Leistungskanon der Rehabilitation

Leistungsansprüche zur medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation für Kinder werden durch das SGB IX geregelt.

Rehabilitationsleistungen (Bsp. hier Kinder und Jugendliche) unterscheiden sich in

- Ambulante und mobile Hilfen (z.B. Frühförderung und Sozialpädiatrische Zentren)
- Teilstationäre Hilfen (Kindertagesstätten, Schulen, Werkstätten)
- Stationäre Hilfen (Rehabilitationsklinik, Wohnheim).

Stationäre Leistungen sollen aber erst dann erbracht werden, wenn ambulante und / oder teilstationäre Maßnahmen nicht mehr ausreichen oder verfügbar sind.

Das Rehabilitationssystem in Deutschland ist schwer zu durchschauen. Rehabilitationsträger können wie im SGB IX geregelt, sein:

- gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)
- gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI)
- gesetzliche Unfallversicherung (SGBVII)
- Bundesagentur für Arbeit
- Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII)

- Sozialhilfe (SGB XII)
- Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)

Sog. Servicestellen (§22 SGB IX) sollen Betroffenen helfen, sich in diesem System zurechtzufinden. Eltern von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen erreichen diese Servicestellen aber kaum.

Rehabilitationsleistungen werden – vereinfacht gesagt – zu großen teilen entweder von der gesetzlichen Rentenversicherung oder von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen.

Als Kernziel der medizinischen Rehabilitation wird die ganzheitliche Entwicklung eines Kindes zugunsten einer möglichst selbstständigen und selbstbestimmten Lebensführung definiert.

Festzustellen ist aber, dass auch nach Einführung des SGB IX behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen noch immer mit den Unwägbarkeiten beim Verfahren der Leistungserbringung und mit Ungleichbehandlungen bei der Leistungsgewährung konfrontiert sind, wobei dies primär auf die Anwendung des geltenden Rechts zurückzuführen sein.

Kapitel 14: Suchtkrankenhilfe als ein Praxisfeld zwischen den Systemen

Für die Finanzierung der Suchtkrankenhilfe sind verschiedene Leistungsträger zuständig:

- Krankenhausversorgung und medizinische Reha: GKV /PKV und Rentenversicherungsträger
- Ambulante Hilfen, Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung, Wohnhilfen: Hier besteht keine einheitliche Kostenregelung. Eigenmittel der Träger, Zahlungen der Gebietskörperschaften und Spenden und Zuwendungen von Institutionen

Das Angebot in der Suchtkrankenhilfe ist meist nicht für Kinder und Jugendliche differenziert. Zuständig sind die Bereiche Suchtkrankenhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendhilfe und Behindertenhilfe. Bisher sind die betroffenen Hilfesysteme wenig vernetzt. Ein Wissenstransfer zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Suchtkrankenhilfe und der Kinder und Jugendpsychiatrie ist dringend notwendig, um eine erfolgreiche Behandlung zu ermöglichen.

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

Kapitel 16: Frühe Kindheit, Vorschul-, Kindergarten- und Grundschulalter

16.1 Familien und Elternbildung

Im 13. Kinder- und Jugendbericht werden die vielfältigen Angebote der Familien- und Elternbildung skizziert. Dabei wird differenziert zwischen traditionellen Angeboten wie Erziehungsberatungsstellen und Familienzentren einerseits und elektronisch/digitalen Angeboten wie Online-Beratungen und Fernsehsendungen andererseits. Die zwischenzeitlich entstandene Vielfalt an Angeboten wird auf ein wachsendes Interesse an der Eltern- und Familienbildung zurückgeführt.

In diesem Zusammenhang wird darauf verwiesen, dass sich neue thematische Schwerpunkte der Eltern- und Familienberatung, die sich auf Fragen der Früherziehung, der Gesundheitserziehung und des Medienverhaltens beziehen, etabliert haben. Gefordert wird im Bericht insgesamt eine bessere Abstimmung, Vernetzung und Zuständigkeitsklärung zwischen den einzelnen Anbietern der Familien- und Elternbildung.

16.2 Kindertagesbetreuung

Einführend in diesen Abschnitt des 13. Kinder- und Jugendberichtes werden aktuelle Zahlen und Angebotsformen der institutionellen Kindertagesbetreuung beschrieben. Ebenso erläutert werden die konzeptionellen und gesetzlichen Grundlagen der Kindertagespflege sowie die Ausbildungsmodalitäten von pädagogischen Fachkräften und Tagespflegepersonen.

Weiterführend informiert der Bericht über die Inanspruchnahme der Kindertagesbetreuung, -Bildung und -Erziehung in Deutschland. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass die Quote der Inanspruchnahme in der Altersgruppe der drei bis sechs Jährigen in Ostdeutschland bei 92,4 Prozent, in Westdeutschland bei 86,1 Prozent liegt.

Zur Frage der Qualität von Betreuungsangeboten wird darauf verwiesen, dass hier Ansätze der Fröbel-, Waldorf-, Montessori- oder Freinetpädagogik eine ebenso tragende Rolle spielen wie der Situationsansatz. An dieser Stelle werden auch die Bildungspläne der Bundesländer aufgeführt. Kritisch erwähnt wird dabei, dass nicht alle Bildungspläne pädagogische Anforderungen für die Arbeit mit Kindern unter Drei beziehungsweise für die Arbeit mit Kindern mit Behinderungen enthalten.

Nach Auffassung der Autoren eignet sich das Setting „Kindertagesstätte“ sehr gut für die Umsetzung von präventiven und gesundheitsförderlichen Lebensweisen, da hier nahezu alle Kinder und ihre Familien erreicht werden können. Dabei wird im Bericht differenziert zwischen „Gesundheitsförderung im Setting“, in diesem Fall die Kindertageseinrichtung, und „Gesundheitsförderung durch Settingentwicklung“. Letztere Form ist nach Auffassung der Autoren umfassender und versucht durch zum Beispiel Stadtteilentwicklung gesundheitsrelevante und gesundheitsabträgliche Lebensbedingungen zu modifizieren. Eine so verstandene Gesundheitsförderung findet sich beispielsweise in den Early Excellence Centers wieder.

Weiterführend wird darauf hingewiesen, dass in allen 16 Bildungsplänen Bildungsbereiche enthalten sind, die sich auf unterschiedliche Weise mit dem Thema Gesundheit beschäftigen. Kritisch angemerkt wird, dass ein bundesweites Konzept zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in Kindertageseinrichtungen und in der Kindertagespflege fehlt, dass die Frage gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen für Erzieherinnen kaum beachtet wird und dass im Bereich der Kindertagespflege Qualifizierungsstandards zur Frage der Gesundheitsförderung festzuschreiben sind.

16.3 Schnittstellen

16.3.1 Ganztagsbetreuung im Grundschulbereich

Verwiesen wird in diesem Abschnitt auf den Auftrag der Schulen zur Gesundheitsbildung- und Erziehung. Um nachhaltig wirken zu können, benötigen Schulen jedoch Kooperationspartner aus den Bereichen der Jugend-, Familien – und Sozialpolitik.

Weiterführend wird darauf verwiesen, dass sowohl in der schulischen Gesundheitsförderung als auch in den einschlägigen Ansätzen der Jugendhilfe Übereinstimmung bezüglich fachlicher Standards und Konzepte besteht. In beiden Bereichen stehen Ressourcenorientierung, Empowerment, Partizipation, Lebensweltorientierung und Integration im Vordergrund. Durch diese Übereinstimmung ist nach Auffassung der Autoren ein Synergiepotential vorhanden, das zu wenig ausgeschöpft wird.

16.3.2 Gesundheitssystem

Krankenkasse und Kindergarten

Kritisiert wird, dass die Krankenkassen in den letzten Jahren das Thema Kindergesundheit auf Vorsorgeuntersuchungen verengt haben, die beispielsweise sprachliche und das

Sozialverhalten betreffende Entwicklungsdefizite nicht erfassen. Ebenso kritisiert wird, dass von den 3,30 € pro Versichertem nur 18 Cent in lebensweltbezogene Gesundheitsförderung außerhalb der Betriebe (zum Beispiel Kindertageseinrichtung) fließen.

Kooperation zwischen dem öffentlichen Gesundheitsdienst, Ärzten/Zahnärzten und Einrichtungen der Kindertagesbetreuung

Hingewiesen wird in diesem Abschnitt auf die unterschiedlichen Regelungen zur Kooperation des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Kindertagesbetreuung in den Bundesländern. Einheitlich geregelt sind Fragen des Infektionsschutzes. Weiterführend werden Kooperationsformen der zwischen Gesundheitsämtern und Kindertagesbetreuung aufgeführt beziehungsweise beschrieben.

16.3.3 Frühförderung

In diesem Abschnitt des 13. Kinder- und Jugendberichts werden Aufgaben, die rechtliche Verankerung und Formen der Frühförderung beschrieben. Es wird darauf verwiesen, dass die Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder eine Aufgabe ist, die nur in fachübergreifender Zusammenarbeit angemessen erfüllt werden kann. Medizinische, psychologische, pädagogische und soziale Maßnahmen werden dabei als Bestandteile eines ganzheitlichen Konzeptes benannt, in das die Familie einzubeziehen ist. Weiterführend werden die Anzahl der Frühförderstellen nach Bundesländern aufgeführt und die Finanzierung der Frühförderstellen und Kooperationsformen dargelegt.

Kapitel 17: Jugendalter

17.1 Jugendarbeit

Die Gesundheitsförderung und Prävention ist in den meisten Angeboten der Jugendarbeit eingebettet. Spezifische Angebote finden sich meist bei den Sportverbänden, die ein breites Angebot, insbesondere in der Bewegungserziehung aufgebaut haben. Die Angebote stehen allen Kinder- und Jugendlichen offen, auch wenn sie nicht einem Sportverein angehören. Es werden in letzter Zeit verstärkt Kooperationen mit dem Feld der Erziehungshilfe aufgebaut

17.2 Hilfen zur Erziehung

Im ersten Teil der Berichte beschreiben die Autoren die gesetzlichen Grundlagen § 27 - §35 a SGB VII, im Weiteren werden dann statistische Angaben gemacht, die es lohnt sich durchzulesen, da sie relativ aktuell sind.

Ausgangssituation

Es gibt keine Statistiken zum Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen in der Erziehungshilfe. Der Bericht stellt dennoch fest, dass Kinder und Jugendliche in den Erziehungshilfen in aller Regel gesundheitlich überdurchschnittlich stark belastet sind, wobei psychosoziale Beeinträchtigungen wie u. a. Essstörungen, selbstverletzendes Verhalten oder Suchtmittelmissbrauch im Vordergrund stehen und teilweise auch drohende seelische Behinderung im Sinne von § 35a SGB VIII. Diese unterschiedlich ausgeprägten Auffälligkeiten werden im Zusammenhang mit psychosozialen Risikofaktoren (psychische und Suchterkrankungen der Eltern, die Erfahrung von Vernachlässigung und (sexueller) Gewalt, dysfunktionaler Familienbeziehungen und weitere Belastungen in Familie, Schule und sozialem Umfeld.) gesehen, die oft Anlass für gewährte Hilfen bilden. Eine Untersuchung in 20 stationären Einrichtungen ergab, dass bei knapp 60 % der 700 einbezogenen Kinder und Jugendlichen im Alter von 4 – 18 Jahren (davon 70 % Jungen) mindestens klinisch relevante psychische Störungen diagnostiziert wurden. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen dieser Kinder und Jugendlichen sind oft vielfältig miteinander verwoben wie ihre möglichen Ursachen. In nicht wenigen Fällen kann davon

ausgegangen werden, dass die Auffälligkeiten Folgen von Bindungsstörungen und sequentieller Traumatisierung sind.

Die Begrifflichkeiten Gesundheitsförderung und Prävention sind in der Erziehungshilfe nicht klar definiert. Die Autoren des Berichtes vermuten, dass dies daran liegt, dass viele Einrichtungen das Thema Gesundheit als Querschnittsthema verstehen und so in den einzelnen Angeboten und Maßnahmen verankert haben.

In den ambulanten Diensten gibt es viele kreative Ansätze und Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention. Die Palette reicht von Elternkursen bis hin zu Kooperationen mit Vereinen über individuelle Erziehungshilfen.

In der Einzelfallberatung der Erziehungsberatung sind die Fragen nach Gesundheitsförderung und Prävention unterrepräsentiert, ca. 10% der Beratungsanlässe beziehen sich auf Themen wie ADHS, psychosomatische Probleme, autoaggressives Verhalten, Einnässen, Einkoten, Essstörungen, Suchtprobleme und seelische Behinderung. Der Bericht stellt kritisch fest, dass sehr wenige Familien mit Migrationsgeschichte in der Erziehungsberatung erreicht werden.

Neben den klassischen Aufgaben in der teil bzw. stationären Hilfen wie Sozial- und Konfliktkompetenz, die Reduktion von Gewalt und Aggressionen sowohl im Alltag wie in therapeutischen Settings, sind die Gesundheitsthemen in allen Angeboten eingebettet. Besondere Bedeutung haben Trainings zur Ernährung, zum Essverhalten, Übergewicht, die Bewegungserziehung, Suchtproblematik, Erziehung zur Hygiene. In diesem Bereich sind die Themen der Gesundheitsförderung wohl am ausgeprägtesten, insbesondere durch die pädagogischen Fachkräfte, die gesundheitsbezogenes Wissen in ihre Angebote implementiert haben.

Die fest verankerte interdisziplinäre Kooperation der langfristig eingesetzten Fachkräfte ist sehr fruchtbar und führen bereits heute zu einer nachhaltigen Wirkung in der Erziehungshilfe. Dies betrifft alle Angebote nach §§ 25 – 35a SGB VIII. In Zukunft könnten die Gesundheitsthemen transparenter und mit einem deutlichen Profil dargestellt werden, neben den klassischen bestehenden Angeboten.

Im Bericht nehmen Stellungnahmen von allen Erziehungshilfefachverbänden oft einen breiten Raum ein. Der Erziehungsberatung, hier insbesondere der Stellungnahmen der bke werden mehrer Seiten eingeräumt. Es ist signifikant, dass im Kapitel 17.0 nie Caritas bzw. der BVKE oder einer seiner Einrichtungen und Dienste genannt wird.

Besondere Strategien in der Kinder- und Jugendhilfe sind der Jugendschutz und die Prävention (Delinquenz, Kriminalität und Gewalt). Der Bericht beschreibt den Stand der Fachdiskussion und zeigt Methoden auf, um diese Themen in der Kinder- und Jugendhilfe zu implementieren. Schwerpunkt ist die Suchtproblematik. Bei der Gewaltprävention sind in stationären Einrichtungen die Hilfeangebote gut ausgeprägt. In den offenen und ambulanten Angeboten hängt eine kontinuierliche Arbeit von „konjunkturellen Schwankungen“ ab, die ökonomisch begründet sind aber auch abhängig von der öffentlichen Diskussion sind.

17.5 Schnittstellen

17.5.1. Kooperation Jugendhilfe – Schule; Schulsozialarbeit

Die Angebote sind meist projektbezogen und haben Präventivcharakter. In der Schulsozialarbeit zielen die Angebote auf Stärkung sozialer Fertigkeiten, Vermeidung von Aggressionen und Suchtprävention ab. Neben diesen Angeboten versucht die Schulsozialarbeit lern- und schülerfreundliches Schulklima herzustellen in der über Bewegungsförderung und Körpererfahrung Anregungen zur Gesundheitsförderung gegeben werden.

17.5.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Vordergrund stehen in diesem Abschnitt frühe Hilfen für Kinder psychisch und Suchtkrankender Mütter, sowie die Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie, um eine effektive Hilfeplanung zu gewährleisten.

17.5.3 § 35a SGB VIII und Behindertenhilfe

Der Bericht beschreibt ausführlich die Problematik der Zuständigkeit zwischen SGB VIII und SGB IX und deren Probleme bei der Förderung, Heilung und Eingliederung von Kindern- und Jugendlichen. Als wohl bedeutendster Auslöser von seelischer Behinderung bei Kinder- und Jugendliche sind die Suchtprobleme der Eltern. Man nimmt an, dass mehr als 2,65 Mio. Kinder- und Jugendliche in solche einem gefährdeten sozialen Umfeld aufwachsen.

Kapitel 18: Junge Erwachsene

18.1 Jugendberufshilfe; berufsbezogene Jugendhilfe

Der Bericht listet das Leistungsspektrum der Jugendberufshilfe auf, mit dem die berufliche Handlungsfähigkeit sowie die Eingliederungschancen individuell beeinträchtigter und sozial benachteiligter junger Menschen in Ausbildung und Arbeit erhöht werden soll.

Eine systematische Prävention und Gesundheitsförderung findet in den Einrichtungen der berufsbezogenen Jugendhilfe vor allem als integriertes Angebot im Bildungsteil statt. Außerdem wird die Thematik in Kooperationsprojekten mit den Krankenkassen und in Aktionen sowie bei Projekttagen bearbeitet. Besonders herausgestellt und beschrieben wird das Projekt BodyGuard, das in Kooperation von IB und BZgA durchgeführt wird und an zehn Modellstandorten in Deutschland durch gesundheitsfördernde Angebote zu gesundheitsbewusstem Verhalten anregen will.

18.2 Junge Menschen mit Behinderung

Der Bericht bemerkt ein weiteres Mal, dass die Lebensverhältnisse junger Erwachsener mit Behinderung wenig untersucht sind. Er verweist auf zwei eigens für den Bericht erstellte Expertisen bzgl. junger Erwachsener mit psychischen Störungen, die gemäß § 35 a SGB VIII Hilfen in Heimen erhalten.

Problematisiert werden die „Verschiebebahnhöfe“ zwischen den Hilfen zur Erziehung und den Zuständigkeiten bei Eingliederungshilfen über SGB IX.

In Bezug auf Heime und heimähnliche Unterbringungen der Behindertenhilfe wird gefragt, ob diese Form der separaten Betreuung für die Bewältigung alterstypischer Entwicklungsaufgaben förderlich ist. Diesbezüglich wird ein Untersuchungsbedarf formuliert.

Das Netzwerk zur beruflichen Eingliederung in der Behindertenhilfe wird dargelegt. Die gesonderten Qualifikationsorte für behinderte junge Menschen werden problematisiert. Die Bilanz der Erfolge beruflicher Rehabilitation wird als „eher ernüchternd“ beschrieben. Hierfür wird auch die Verdrängung der Berufseinsteiger aus diesen Maßnahmen von anderen Zielgruppen des Arbeitsmarktes verantwortlich gemacht. Dies führt in der Folge zu weiteren Qualifizierungsmaßnahmen und dem Einstieg in eine Maßnahmekarriere.

Auch die Verbesserung der Situation von Studierenden mit Behinderungen wird als dringend erforderlich eingeschätzt.

Der Bericht weist der Jugendhilfe die Aufgabe zu, durch Kooperationen zwischen ihren Angeboten und denen der Eingliederungshilfe die Anschlussfähigkeit der Angebote zu erhöhen. Zudem könnte sie Anlaufstelle sein für junge Erwachsene mit Behinderung, um durch den „Dschungel“ von Verordnungen, Gesetzen und vorhandenen Angeboten hindurch

zu helfen. Auch wird es für notwendig gehalten, für die Zielgruppe der jungen Menschen mit Behinderungen immer wieder zu überprüfen, ob mit einer zusätzlichen sozialpädagogischen Unterstützung (unabhängig von der Behinderung) im Rahmen von Angeboten des SGB VIII das Ziel einer eigenständigen Lebensführung besser zu erreichen wäre.

Kapitel 20; Eine Zwischenbilanz

Das Thema Prävention und Gesundheitsförderung wird in der Zwischenzeit in allen Handlungsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe thematisiert und teilw. bereits umgesetzt. Insgesamt werden vor allen Dingen Präventionsprojekte durchgeführt, insbesondere in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Körpererfahrung. Bei der Gesundheitsförderung wird der ‚Settingansatz‘ als Kernstrategie angewandt. In den Verbänden wird das Thema vor allem in Verbindung mit Frühen Hilfen, Armut, Migration und Chancengleichheit aufgegriffen. In den meisten Fällen sind die Angebote nicht in die Regelstruktur integriert sondern projektartig. Diese werden oft nicht sinnhaft miteinander verknüpft sondern stehen als einzelne Säulen für sich.

In der Kinder- und Jugendhilfe treten die vier folgenden Formen expliziter gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung auf, die in der Praxis vermischt werden:

- (1) Information und Aufklärung
- (2) Gesundheitspädagogische Projekte und Aktionen
- (3) Gesundheitsbezogene Prävention
- (4) Eingebettete Gesundheitsförderung

Viele Praxisangebote können sowohl als pädagogische bildende Angebote als auch als Gesundheitsförderung verstanden werden. Ob ein Praxisansatz gesundheitsförderlich bezeichnet werden kann, hängt vor allem davon ab, ob er in die Lebenswelt der Betroffenen eingebettet ist und die Heterogenität verschiedener Milieus und des jeweiligen Gesundheitsverständnisses sowie der verschiedenen Formen des Kompetenzerwerbs konzeptionell miteinbezogen wurden. Die Kommission nennt dies ‚gesundheitspädagogische Angebote‘ der Kinder- und Jugendhilfe.

Bei der Auswertung einer solchen Praxis bestehen Schwierigkeiten durch fehlende Überblicksdarstellung, die Projektartigkeit der Angebote, fehlenden überregionalen Erfahrungsaustausch und eine wenig entwickelte Fachdiskussion in diesem Bereich. Auswertungskriterien des Gesundheitssystems können nicht unbedingt auf die Kinder- und Jugendhilfe übertragen werden.

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

Der Fokus in diesem abschließenden Kapitel des 13. Kinder- und Jugendberichts liegt auf den Empfehlungen und Forderungen an Politik und Fachpraxis.

Resümierend kommt der Bericht grundsätzlich zu der Auffassung, dass „Kinder- und Jugendhilfe sich in ihrem Handeln nicht einfach von medizinischen Risikofaktoren und salutogenetischen Befähigungsfaktoren leiten lassen kann, sondern sie muss diese situativ kontextualisieren und dabei Kinder und Jugendliche als eigenständige Akteure und ihre Sichtweisen zum Bezugspunkt ihres Handelns machen.“ (S. 249)

„Es geht also um die Bestimmung des Verhältnisses von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem bzw. Behindertenhilfe und Rehabilitation vor dem Hintergrund ihrer eigenen Fachlichkeit und institutionellen Möglichkeiten und Grenzen.

Aus Sicht des Berichts bietet die Kinder- und Jugendhilfe spezifische Kompetenzen und Chancen, die zielgerichtet genutzt werden sollten:

- Erreichbarkeit und Zugang

- Akteursperspektive
- Lebenslaufperspektive
- Sozialraumbezug
- Geschlechter- und interkulturelle Sensibilität
- Förderung der Inklusion

Wiederholt wurde in dem Bericht auf die Bedeutung des salutogenetischen Blicks als konzeptioneller Rahmen für Ansätze gesundheitsbezogener Prävention und der Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe herausgehoben.

Die folgenden 12 Leitlinien beschreiben eine Grundhaltung, die die Basis für die nachfolgenden Empfehlungen darstellt:

1. Stärkung der Lebenssouveränität
2. Gesellschaftsbezug
3. Lebenswelt- und Kontextbezug
4. Förderung positiver Lebensbedingungen
5. Befähigungsgerechtigkeit
6. Bildungsgerechtigkeit
7. Inklusion
8. Achtsamer Körperbezug, kommunikativer Weltbezug, reflexiver Bezug
9. Lebenslaufperspektive
10. Interprofessionelle Vernetzung
11. Von einer Anbieter- zu einer Akteursperspektive
12. Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Die von der Berichtskommission formulierten 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.

1. Gesundheitsförderung als fachlicher Standard

Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen muss Ziel fachlichen Handelns in der Kinder- und Jugendhilfe werden. Stärker als bisher bedarf die Berücksichtigung der gesundheitsbezogenen Folgen von sozioökonomischer und –kultureller Benachteiligung der Entwicklung entsprechender Angebote in der Kinder- und Jugendhilfe.

2. Förderung eines achtsamen Körperbezugs

Der Bericht fordert, dass 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 deutlicher als bisher Inhalt pädagogischen Handelns in der Kinder- und Jugendhilfe werden muss.

3. Förderung eines kommunikativen Weltbezugs

Aneignung von Welt ist ohne Kommunikation nicht denkbar, Gesundheit und Wohlbefinden sind unmittelbar von ihr abhängig, die über Selbsttätigkeit und Selbstständigkeit ermöglicht werden.

Die Förderung der Sprache sollte in den Einrichtungen 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. Mehrsprachigkeit ist als Ressource zu betrachten. Sprachentwicklungsförderung sollte so früh als möglich einsetzen. Kitas und Kindertagespflege sind dabei wichtige Lernorte.

4. Förderung eines reflexiven Bezugs auf das eigene Selbst

Der im Bericht ausführlich dargestellte salutogenetische Ansatz rückt das Kohärenzgefühl im Sinne eines reflexiven Selbstbezugs als zentrale Bedingung für psychische und körperliche Gesundheit ins Zentrum aller Überlegungen zur Gesundheitsförderung. Daher sollten die Angebote der Kinder- und Jugendhilfe für Heranwachsende altersadäquate

Gelegenheitsstrukturen schaffen, Kompetenzen zu erwerben, die widerstandsfähiger gegen psychosoziale Belastungen machen.

5. Stärkere Berücksichtigung unterschiedlicher Entwicklungspfade und Ressourcen

Der Bericht plädiert dafür, dass die Kinder- und Jugendhilfe in allen Feldern stärker ihre konzeptionelle Orientierung der Strategien zur gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung an den Unterschieden der gesundheitlichen Entwicklung je nach Alter, sozialer Lage, Geschlecht, sozioökonomischen und kulturellen Hintergründen sowie an den verfügbaren individuellen, institutionellen, privaten und öffentlichen Ressourcen ausrichtet. Dabei werden 4 Bedingungen des Aufwachsens besonders in den Blick genommen:

a) Aufwachsen in Armutslagen

Der Zugang zu allen Angeboten gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung ist für sozial benachteiligte Kinder, Jugendliche und ihre Familien sicherzustellen. 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.

b) 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. 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.

c) Kinder und Jugendliche mit Behinderungen

Der Bericht formuliert hier die Leitprinzipien der „Barrierefreiheit“, der „Hilfen aus einer Hand“ und die Wertschätzung der „Kompetenz zur Selbsthilfe“ (siehe auch Teil C, Kapitel 13).

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

Der Bericht fordert eine höhere Aufmerksamkeit der Fachärzte und Kliniken und anderer Angehöriger des Gesundheitssystems für die Frage, ob ihre Patientinnen bzw. Patienten 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 KJH – 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.

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

In dieser Altersspanne fokussiert der Bericht vor allem besondere Anforderungen an Kooperation und Vernetzung zwischen Helfern und Hilfesystemen einerseits und die gezielte Förderung der Eltern als wichtige Unterstützer der Entwicklung ihrer Kinder andererseits. Im Bereich der frühen Kindheit ist es insbesondere wichtig, Angebote von Jugend- und Gesundheitshilfe 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 bestehende Regelstrukturen eingebunden werden.

7. Jugendalter: Unterstützung bei der Entwicklung von Lebenskohärenz und Selbstwirksamkeit

Der Bericht fordert eine stärkere fachliche (und politische) Aufmerksamkeit für die gesundheitlichen Herausforderungen und Risiken des Jugendalters. Die gesundheitlichen Herausforderungen und Risiken des Jugendalters stehen in engen Zusammenhang mit der abnehmenden Bedeutung der familialen Lebenswelt und der wachsenden Bedeutung außerfamilialer Lebenswelten (u. a. peers, Schule), die neue, vor allem soziale Entwicklungsaufgaben stellen. Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention sollten sich verstärkt auf diese in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in der Schule und niedrigschwellig in der sozialpädagogischen Arbeit mit Gleichaltrigengruppen ausrichten.

8. Junge Erwachsene: Übergänge unterstützen

Gesundheitsrisiken Heranwachsender stellen einen besonderen Handlungsbedarf dar, der aus Sicht der Berichtskommission 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 Heranwachsenden mit Armuts-, Migrations- und/oder Behinderungserfahrungen zu fördern.

9. Fort-, Aus- und Weiterqualifizierung der Fachkräfte

Der Bericht betont, dass gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe eine reflexive Professionalität erfordert. Er fordert den gezielten Ausbau der Aus-, Fort- und Weiterbildung in gesundheitswissenschaftlichen Grundlagen (z.B. Salutogenese, Empowerment, New Public Health, Transfer der medizinischen und entwicklungspsychologischen Forschungsergebnisse in die Praxis).

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 den institutionellen Verfahren und Regeln in den Einrichtungen und Angeboten (analog der Diskussion zur Schulkultur) gehören dazu auch die Fachkräfte und ihr Handeln – also entsprechende institutionelle Ressourcen und Rahmenbedingungen, Qualifikation und Formen professionelles Handeln.

11. Wirkungsorientierte Qualitätsentwicklung und die Entwicklung von Standards und Leitlinien

Unter diesem Punkt beschreibt der Bericht als zentrale Herausforderung im Bereich gesundheitsbezogener Evaluation die Entwicklung gemeinsamer Standards der Bewertung von Angeboten und Maßnahmen sowie von Leitlinien in der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitssystem und Kinder- und Jugendhilfe.

12. Forschungsbedarfe und Evaluation

Es wird konstatiert, dass über salutogenetische Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe wenig bekannt ist. Er fordert mehr ressortübergreifende empirische Studien, die 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. Darüber hinaus wird die Dokumentation und Evaluation der vorhandenen Netzwerke für eine verbesserte Kooperation zwischen Gesundheitswesen, Eingliederungshilfe, Kinder- und Jugendhilfe und den Aktivitäten der Selbsthilfe angemahnt.

Arbeitsfeldübergreifende Herausforderungen

Den Schlussteil des Berichts bilden die arbeitsfeldübergreifenden Herausforderungen. Diese lassen sich in folgenden 5 Themen zusammenfassen:

1. Vernetzung Netzwerkbildung, insbesondere in den Bereichen Frühe Förderung, Kindertagesbetreuung, Schnittstelle Schule – Kinder- und Jugendhilfe, Jugendliche in belastenden Lebenslagen und Kinder und Jugendliche mit Behinderung.
2. Kommunale Strategien der Inklusion im Sinne von systemübergreifenden, passgenauen Hilfen, insbesondere für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen.
3. Armutsbekämpfung im Sinne von Zugangswissen zu den Hilfesystemen, speziell zur Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitshilfe.
4. Kooperative Gesundheitsberichterstattung, insbesondere in den Bereichen Ernährung/Bewegung, Sprach- und Kommunikationskompetenz sowie die Erhebung psychosozialer Entwicklung und die Schaffung verbindlicher Indikatoren.
5. Begleitende staatliche Sozial- und Gesundheitspolitik im Sinne einer Verringerung ungleicher Gesundheitschancen als vorrangiges nationales Gesundheitsziel.

Last but not least formuliert der 13. Kinder- und Jugendbericht folgende **fünf Prüfkriterien**:

1. 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)
2. In fünf Jahren nimmt Übergewicht bei Heranwachsenden nicht weiter zu (gemessen z. B. auf Grundlage einer KiGGS- Nachfolgeerhebung)
3. 95 % aller Kinder sollen bei der Einschulung über adäquate Sprachkompetenzen verfügen. Überprüfung des erreichten Standes bei der Schuleingangsuntersuchung.
4. 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 % aller Schulen und Schultypen aufgebaut werden.
5. Die psychosozialen Auffälligkeiten von Jugendlichen sollen in fünf Jahren um 10 % 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).