

D

Dokumentation 7 Gesundheit ist ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens. Dementsprechend ist eine gesunde Lebensführung immer auch verbunden mit der Fähigkeit, die eigenen Kompetenzen einsetzen und präventiv Risiken erkennen und minimieren zu können. Die Ziele der Gesundheitshilfe und der Kinder- und Jugendhilfe kommen sich in diesem Bereich der Gesundheitsförderung sehr nahe.

Onlineausgabe

Gesundheits- förderung in der Kinder- und Jugendhilfe

Dokumentation zur Fachtagung
„Jugendhilfe und Gesundheitshilfe –
zwei Systeme nähern sich an“
13. bis 14. November 2008 in Berlin



**SOS
KINDERDORF**

Sozialpädagogisches
Institut

Dokumentation 7

Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe

Mit Beiträgen von
Stefan Bestmann
Sonja Bröning
Nicola Gragert
Sarah Häsel
Heiner Keupp
Andreas Klocke
Hanna Permien
Klaus Schäfer



**SOS
KINDERDORF**

Sozialpädagogisches
Institut

Inhalt

Dokumentation 7 der SPI-Schriftenreihe

Sozialpädagogisches Institut des SOS-Kinderdorf e.V. (Hrsg.) (2010).
Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe.
Mit Beiträgen von Heiner Keupp; Klaus Schäfer; Andreas Klocke;
Hanna Permien; Nicola Gragert; Sonja Bröning; Sarah Häsel, Stefan Bestmann.
München: Eigenverlag

ISSN 1435-3016
ISBN 978-3-936085-73-0
ISBN 978-3-936085-74-7 (Onlineausgabe)
urn:nbn:de:sos-117-5

Redaktion: Dr. Kristin Teuber, Ernst-Uwe Küster,
Rosa-Maria Gartmeier, SPI

© 2010 SOS-Kinderdorf e.V. Alle Rechte vorbehalten.

SOS-Kinderdorf e.V.
Sozialpädagogisches Institut (SPI)
Renatastraße 77
80639 München
Tel. 0 89/1 26 06-432
Fax 0 89/1 26 06-417
info.spi@sos-kinderdorf.de
www.sos-kinderdorf.de/spi

Titeltext entnommen aus dem Beitrag von Klaus Schäfer.

- 5 Vorwort des SPI
- 7 Heiner Keupp
Gesundheitsförderung durch Kinder- und Jugendhilfe –
zwischen Hilfe und Kontrolle
- 35 Klaus Schäfer
Gesundheitshilfe und Kinder- und Jugendhilfe
- 51 Andreas Klocke
Soziales Kapital als Ressource der Armutsbewältigung
und der Gesundheitsstärkung im Jugendalter
- 64 Hanna Permien
Prävention und Gesundheitsförderung in den Hilfen zur Erziehung
- 86 Nicola Gragert
Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten
- 107 Sonja Bröning
Prävention und Gesundheitsförderung durch Elternbildung
- 126 Sarah Häsel, Stefan Bestmann
Gesundheitsförderung in der Jugendarbeit
- 143 Die Autorinnen und Autoren
- 146 Der Herausgeber

Vorwort des SPI

Gesundheit und Wohlergehen sind maßgeblich für ein gedeihliches Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen. Diese in ihrer Entwicklung zu unterstützen, ist erste Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe. Insofern gewinnen in deren verschiedenen Arbeitsfeldern derzeit Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention zunehmend an Bedeutung.

Obgleich der überwiegende Teil der Jugendlichen gut ins Leben findet, kann nicht übersehen werden, dass die Dynamisierung der Lebensumstände neue Belastungen in Familie, Schule, Freizeit und öffentlichem Leben erzeugt, die – das belegt die Gesundheitsforschung – die körperlichen und psychischen Kräfte von Kindern und Jugendlichen erheblich strapazieren. Die sich verändernden Bedingungen des Aufwachsens lassen sich an häufiger anzutreffenden Krankheitsbildern von Mädchen und Jungen ablesen: In den letzten Jahren werden bei ihnen vermehrt Entwicklungsbeeinträchtigungen und eine Zunahme von psychischen und psychosomatischen Störungen sowie von chronischen Erkrankungen diagnostiziert.

Die Aussichten, gesund aufzuwachsen, sind umso besser, je höher der soziale Status eines jungen Menschen ist. Gesundheitliche Probleme nehmen hingegen zu bei Kindern und Jugendlichen, deren Familien in Armut leben. Prekäre ökonomische Lebensbedingungen und die damit verbundenen sozialen Einbußen beeinträchtigen nachweislich die Gesundheit und das Wohlbefinden im Kindes- und Jugendalter. Diese Kinder und Jugendlichen sind häufiger krank und haben eine geringere Lebenserwartung. Mehr als im individuellen Verhalten liegen die Ursachen für Erkrankungen in den Verhältnissen – Gesundheit ist eine Frage der sozialen Gerechtigkeit.

Gesundheit und Wohlbefinden entstehen in der Wechselwirkung zwischen den individuellen Möglichkeiten und den strukturellen Verhältnissen, in denen Menschen leben. Sich als selbstwirksam und sinnvoll handelnd zu erfahren, mit Zuversicht das eigene Leben zu gestalten und die Kontrolle darüber in die Hand zu nehmen, dies sind aus salutogenetischer Sicht wichtige Bedingungen für die Erhaltung beziehungsweise die Wiedererlangung von Gesundheit.

In der Kinder- und Jugendhilfe sind insbesondere Empowerment- und Beteiligungsansätze geeignet, junge Menschen zu stärken und in ihrer Entwicklung zu fördern. So können bereits Kinder ermutigt werden, ihre körperliche und seelische Gesundheit und die sozialen Bedingungen zu beeinflussen. Angebote zur Aufklärung, Prävention und zur gezielten Gesundheitsförderung setzen im Alltag an, in den Familien, der Schule, im Freundeskreis und in der Freizeit. Sie entfalten dann ihre Wirkung, wenn sie niedrigschwellig, bedarfsorientiert sowie nachhaltig arbeiten und im günstigsten Fall mit dem Gesundheitssektor verschränkt sind.

Bei der Entwicklung lebensweltorientierter Konzepte zur Gesundheitsförderung kann die Kinder- und Jugendhilfe inzwischen auf vielfältige Erfahrungen zurückgreifen. Die Zusammenarbeit mit der Gesundheitshilfe ist jedoch vielerorts Neuland, die Rahmenbedingungen für eine systematische und institutionalisierte Kooperation der Systeme sind nicht gerade günstig. In beiden Hilfesystemen gelten eigene Professions-, Struktur- und Finanzlogiken, beide stehen unter wirtschaftlichem wie zeitlichem Druck. Entsprechend geboten erscheint es, sich anzunähern, voneinander zu lernen und für diese Aufgabe auch Überzeugungsarbeit zu leisten.

Mit dem Dreizehnten Kinder- und Jugendbericht wurde ein wichtiger Impuls in diese Richtung gegeben, nun liegt es an den Professionen, diesen aufzugreifen und wirkungsvoll umzusetzen. Die Wege, die bereits beschritten und in diesem Band beispielhaft dargestellt wurden, sind vielversprechend und verdienen Anerkennung. Angesichts politisch geplanter Einsparungen bei Familien, die von Armut betroffen sind, sind konzertierte Anstrengungen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung dringend nötig.

Heiner Keupp

Gesundheitsförderung durch Kinder- und Jugendhilfe – zwischen Hilfe und Kontrolle

„Jugendhilfe und Gesundheitshilfe – zwei Systeme nähern sich an“, so lautet der Titel dieser Tagung. Man hätte durchaus auch einen Untertitel wählen können, der von der Begegnung zweier sich fremder Systeme gesprochen hätte oder davon, wie sich die Grenzen zwischen den Systemen überwinden lassen.

Deutschland hat zum Thema Grenzen überwinden einiges zu bieten. Ein zusammengehöriges Ganzes wird getrennt und durch Grenzen, Stacheldraht und Mauern voneinander abgeschottet. In den getrennten Teilen entstehen eigene Kulturen, ja sogar eigene Sprachcodes. Identitäten entwickeln sich sehr unterschiedlich. Wechselseitige Feindbilder entstehen. Man wird sich fremd, und wir wissen, dass eine Aufhebung der Grenze all diese Differenzen nicht mit einem Mal auslöscht. Sie halten sich noch lange und umso länger, je ungleicher die Entwicklung in den Teilsystemen verläuft. Die Überwindung der Unterschiede hängt mit davon ab, wie bereitwillig die verschiedenen Erfahrungswelten anerkannt werden oder ob es zu einer Kolonisierung kommt, bei der der Stärkere seine Sicht der Dinge dem unterlegenen Teil aufnötigt. Was hat das mit Kooperationsmöglichkeiten von Jugendhilfe und Gesundheitswesen zu tun? Ich stelle die These auf, dass sich hier zwei Fremde begegnen, die teilweise Feindbilder voneinander haben, die einen eigenen Denkstil und Sprachcode entwickelt haben, die unterschiedlichen Handlungslogiken folgen, die unterschiedlich funktionierenden und gesetzlich definierten institutionellen Mustern unterliegen und – nicht zuletzt – die aus unterschiedlichen fiskalisch geordneten Töpfen bezahlt werden. Dies alles spielt hinein, wenn man Kooperationsmöglichkeiten ausloten möchte. Aber spielt es auch tatsächlich eine Rolle, wenn man zum Zweck der Erziehung, Förderung und für den Schutz kleiner Kinder engagiert ist? Dem scheint so zu sein, obwohl beide Sys-

teme durchaus gemeinsame Wurzeln in Bezug auf die Förderung des Kindeswohls haben.

Wenn man der Metapher der Fremdheit weiter folgt, dann ergeben sich daraus Fragen und Konsequenzen. Es stellt sich vor allem die Frage, wie Fremdheit überwunden werden kann und wie neue Formen der Kooperation institutionell ermöglicht werden könnten. Natürlich ist auch Übersetzungsarbeit zwischen zwei unterschiedlichen Sprachsystemen und den dahinterliegenden Denkmodellen notwendig. Und schließlich steht die Frage der wechselseitigen Anerkennung und des Respektes im Raum: Wie können sich Berufsgruppen und Hilffsysteme auf gleicher Augenhöhe begegnen?

Bevor Kooperationsformen entwickelt werden, muss die Frage erlaubt sein, warum in jüngster Zeit Gesundheit, gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung so nachdrücklich als Herausforderungen für die Kinder- und Jugendhilfe verstanden werden, wo doch vorrangig in unserer Gesellschaft das Gesundheitssystem, die Gesundheitspolitik und gegebenenfalls die Gesundheitserziehung sowie die gesundheitliche Aufklärung für Gesundheit zuständig sind.

Es existieren viele fachliche Argumente für verbesserte kooperative Leistungsangebote von Jugendhilfe und Gesundheitssystem, um in diesem Sinn aktiv zu werden. Dass sich gerade jetzt Aktivitäten vollziehen, hat damit zu tun, dass der Kinderschutz zum Leitmotiv geworden ist, der eine zielgenaue Bündelung der unterschiedlichen Hilffsysteme erfordert. Die enge Verzahnung von Maßnahmen der Jugendhilfe und des Gesundheitssystems wird dadurch von einer Kontroll- und Sicherheitsphilosophie beherrscht, die einer kritischen Überprüfung zu unterziehen ist.

ZUR SITUATION VON KINDERN IN DEUTSCHLAND – REALISMUS STATT PANIK

Die geistige „Lufthoheit“ zu Fragen von Erziehung haben seit einigen Jahren die Verkünder von Katastrophen und Endzeitstimmung übernommen. Gesellschaftliche Probleme werden dann vorschnell an Kindern und Familien festgemacht. Besonders der Kinderpsychiater Michael Winterhoff hat sich in dieser Hinsicht öffentlich profiliert. Für ihn sind die meisten Kinder in Deutsch-

land gestört – in ihren körperlichen Fähigkeiten, ihrer sprachlichen Entwicklung, ihrem Sozialverhalten. Sie bewegten sich kaum noch, und ihr schulisches Leistungsniveau sinke. Als Verursacher der Defekte macht Winterhoff Lehrer, Erzieher, aber vor allem die Eltern aus. Weil sie Konflikte scheuten und keine Grenzen mehr setzten, verhinderten sie, dass die Kinder altersgerecht heranreiften. Bei siebzig Prozent entdeckt Winterhoff sogar pathologische Züge. Wenn diese Kinder – er nennt sie „Monster“ – erwachsen würden, bedrohten sie „die Existenz unserer friedlich zusammenlebenden Gesellschaft“ (Winterhoff 2008). Solche mehr oder weniger schwer erträglichen Bücher sollte man als das ernst nehmen, was sie sind: Sie prangern ein Problem an, für das sie keine zukunftsorientierten Lösungen haben, und sind gleichzeitig selbst Ausdruck dieses Problems.

Im Zuge eines grundlegenden gesellschaftlichen Strukturwandels verändern sich nicht nur die Alltagswelten, sondern auch die Kompetenzprofile, die Menschen und vor allem Heranwachsende brauchen, um für ihr Leben die eigene Regie übernehmen zu können. Professionen der psychosozialen Arbeit sind mit ihrem Arbeitsauftrag in aller Regel auf Personengruppen fokussiert, die gerade Probleme haben, ihr Leben in die eigene Hand zu nehmen. Das liefert ihnen eine Existenzberechtigung und Arbeit genug. Dabei sollten sie aber tunlichst vermeiden, die fachliche Orchestrierung der angesprochenen Untergangsgesänge zu übernehmen. Es gibt gute Gründe, genau hinzuschauen und zu differenzieren. Martin Spiewak hat vor einer Panikmache in Bezug auf die heranwachsende Generation gewarnt und kommt auf der Grundlage belastbarer Daten zu folgenden Aussagen (Spiewak 2008, S. 37; Hervorhebung H. K.):

- Kinder von heute *sind* gesünder,
- Kinder sind schlauer als früher.
- Kinder leben heute sicherer.
- Die Kleinfamilie ist nicht totzureden.
- Eltern erziehen, aber anders.
- Die Jugend-Tugend erlebt eine Renaissance.

Für Spiewak sieht die Lebensrealität der meisten Familien so aus: „Zu keiner anderen Zeit ging es der Mehrzahl der Kinder in diesem Land so gut wie heute, widmeten sich Eltern so intensiv ihrem Nachwuchs, lebten die Generationen so harmonisch zu-

sammen wie im Jahr 2008. Vergleicht man die Lebensumstände von Familien mit denen von vor zwanzig oder fünfzig Jahren, so hat sich enorm viel verbessert“ (ebd.). Das mag man als Teil eins der Wahrheit ansehen, Teil zwei vermag der Autor durchaus auch zu sehen und zu benennen: „Eine Gruppe profitiert kaum von den Fortschritten bei Bildung und Gesundheit, dem Zugewinn an Sicherheit und Lebenschancen – die Kinder am unteren Rand der Gesellschaft, die Familien, in denen sich Armut, Arbeitslosigkeit und Vernachlässigung ballen. Dort gibt es tatsächlich Neuntklässler, die laut Pisa-Test gerade einmal auf Grundschulniveau lesen und rechnen können; Jugendliche, die morgens nicht aus dem Bett zur Schule kommen, weil der arbeitslose Vater bis mittags schläft; Migrantenkinder, deren Eltern versuchen, ihre bröckelnde Autorität mit Schlägen wiederherzustellen. Ein Viertel bis ein Fünftel aller Kinder gehört zu dieser Risikogruppe, bei denen die herkömmlichen Instrumente von Schule und Sozialarbeit immer häufiger versagen“ (ebd.).

Die Befunde des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) (2007) geben dieser salopp formulierten Einschätzung eine solide empirische Fundierung. KiGGS konnte zeigen, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien

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

Diesen beiden Wahrheiten ist Rechnung zu tragen, und gegenüber allen katastrophischen Deutungen ist eine empiriegestützte nüchterne Bilanz aufzumachen. So ist es eine Tatsache, dass etwa achtzig Prozent der Heranwachsenden gut ins Leben finden. Wissen wir eigentlich genug darüber, wie sie das schaffen? Diese Frage wird jedoch kaum gestellt. Wir blicken sorgenvoll auf die Welt und im Besonderen die Lebenswelt von Heranwachsenden, beeinflusst von einer soziokulturellen Grundstimmung: Allgemein herrscht eine große Verunsicherung, die sich durch Gesellschaft und Politik zieht, und sie stimuliert gegenwärtig nicht die Suche nach vorwärtsgerichteten Lösungen oder gar motivierenden Utopien, sondern aktiviert Sicherheitsbedürfnisse. Eine wohlfahrtsstaatlich orientierte Reformgesellschaft hat sich in eine „Sicherheitsgesellschaft“ verwandelt. Von diesem Trend ist auch die Jugendhilfe betroffen, vor allem wenn es um die Frage geht, welchen Beitrag sie leisten kann, um die Vernachlässigung, den Missbrauch oder gar die Tötung von Kindern zu verhindern. Dies ist zweifelsohne eine Frage von immenser Bedeutung, aber sie überlagert im Augenblick alle Suchbewegungen, die sich um Lösungen für eine nachhaltige Förderung von Lebenskompetenzen Heranwachsender bemühen. Unstrittig dürfte sein, dass das Hineinwachsen in diese unruhige und unberechenbare globalisierte Netzwerkgesellschaft Kompetenzen und Ressourcen erfordert, die nicht einfach als „soziales Erbe“ von der Elterngeneration an ihre Kinder weitergegeben werden können. Jugendhilfe und Gesundheitsförderung zielen auf die Verbesserung von Ressourcen und Fähigkeiten, die für eine souveräne Lebensführung unabdingbar sind.

THEORIEBAUSTEINE FÜR EIN GEMEINSAMES HANDELN VON JUGEND- UND GESUNDHEITSHILFE

Jugendhilfe und Gesundheitshilfe haben dann eine Chance, Synergieeffekte zu entwickeln, wenn sie füreinander anschlussfähige Konzepte nutzen können, in deren Mittelpunkt die Stärkung von Ressourcen junger Menschen steht – Ressourcen, die diese sowohl in der Auseinandersetzung mit den Risiken und Belastungen in ihrer jeweiligen Lebenswelt als auch für die produktive Gestaltung ihrer eigenen Lebensprojekte benötigen. Sowohl die Gesundheitswissenschaften als auch die sozialwissenschaftlichen Grundlagen Sozialer Arbeit halten Theoriebausteine bereit, die sich für

eine gemeinsame Weiterentwicklung nützen lassen. Aus den Gesundheitswissenschaften stammen die Konzepte zur Prävention und Gesundheitsförderung, die sowohl Zugänge zur Risikobearbeitung als auch zur Förderung von Entwicklungsressourcen ermöglichen sollen, und vor allem die unterschiedlichen und sich ergänzenden Perspektiven von Pathogenese und Salutogenese. Der sozialwissenschaftliche Theoriebaukasten enthält Angebote, die anschlussfähig sind: vor allem die Empowerment- und Capability-Konzepte. Ich konzentriere mich im Weiteren auf die Salutogenese und das Capability-Konzept.

Das Konzept der Salutogenese

Lebenserfahrungen, in denen Menschen sich als ihr Leben Gestaltende konstruieren, in denen sie sich in ihren Identitätsentwürfen als Produzenten ihrer Biografie begreifen können, sind offensichtlich unabdingbar für die Gesunderhaltung. Der israelische Gesundheitsforscher Aaron Antonovsky (1997) hat diesen Gedanken in das Zentrum seines „salutogenetischen Modells“ gestellt. Es rückt die Ressourcen in den Mittelpunkt der Analyse, die ein Subjekt mobilisieren kann, um mit belastenden, widrigen und widersprüchlichen Alltagserfahrungen produktiv umgehen zu können und nicht krank zu werden (siehe ausführlich Höfer 2000). Wer war Aaron Antonovsky, und gehört er zu der Fraktion der chronischen Optimisten, die mit ihrem Ressourcendenken auch dort noch positive Möglichkeiten sehen, wo es für die meisten Menschen nur Leid und Schmerzen gibt? Diese Frage wird durch ein Zitat beantwortet, das aus einer Rede stammt, die Antonovsky bei seinem einzigen Besuch in dem Land gehalten hat, das sein Volk vernichten wollte. Er sagte: „Ich bin tief und überzeugt jüdisch. 2000 Jahre jüdische Geschichte, die ihren Höhepunkt in Auschwitz und Treblinka fand, haben bei mir zu einem profunden tiefen Pessimismus in bezug auf Menschen geführt. Ich bin überzeugt, dass wir uns alle immer im gefährlichen Fluss des Lebens befinden und niemals sicher am Ufer stehen“ (Antonovsky 1993, S. 7). Die Metapher vom „gefährlichen Fluss“ ist in Antonovskys Denken sehr wichtig, sie ist ein Bild für das Leben: „Ich gehe davon aus, dass Heterostase, Ungleichgewicht und Leid inhärente Bestandteile menschlicher Existenz sind, ebenso wie der Tod. Wir alle, um mit der Metapher fortzufahren, sind vom Moment unserer Empfängnis bis zu dem Zeitpunkt, an dem wir die Kante des Wasserfalls passieren, um zu sterben, in diesem Fluss. Der menschliche

Organismus ist ein System und wie alle Systeme der Kraft der Entropie ausgeliefert“ (ebd., S. 8 f.).

Nach Antonovsky liegt dem pathogenetischen Denken ein homöostatisches Modell zugrunde, wonach wir uns im Gleichgewicht mit uns und der Welt befinden, wenn wir gesund sind. Krankheit gefährdet dieses Gleichgewicht und muss deshalb bekämpft werden. Wenn krankmachende Faktoren entfernt worden sind, dann haben wir wieder unser Gleichgewicht gefunden. Antonovsky sieht unsere westliche Medizin – weiter in seinem Bild bleibend – als „gut organisierte, heroische und technologisch aufgerüstete Unternehmung, ertrinkende Menschen aus einem wilden Fluss herauszuziehen“ (1988, S. 89). Und sie fragt nicht, warum eigentlich Menschen immer am Ertrinken sind. Hätte man ihnen vielleicht das Schwimmen beibringen müssen? Ja, würde Antonovsky antworten, das genau ist die Konsequenz der salutogenetischen Perspektive.

Die Salutogenese geht von der Prämisse aus, dass Menschen ständig mit belastenden Lebenssituationen konfrontiert werden. Der Organismus reagiert auf Stressoren mit einem erhöhten Spannungszustand, der pathologische, neutrale oder auch gesunde Folgen haben kann, je nachdem, wie mit dieser Spannung umgegangen wird. Es gibt eine Reihe von allgemeinen Widerstandsfaktoren, die innerhalb einer spezifischen soziokulturellen Welt als Potenzial gegeben sind (zum Beispiel eine Engagementbereitschaft). Sie hängen von dem kulturellen, materiellen und sozialen Entwicklungsniveau einer konkreten Gesellschaft ab. Mit organismisch-konstitutionellen Widerstandsquellen ist das körpereigene Immunsystem einer Person gemeint. Unter materiellen Widerstandsquellen versteht man den Zugang zu materiellen Ressourcen (zum Beispiel Verfügbarkeit über Geld, Arbeit, Wohnung), und kognitive Widerstandsquellen sind „symbolisches Kapital“, also Intelligenz, Wissen und Bildung. Als zentrale Widerstandsquelle gilt die Ich-Identität, die emotionale Sicherheit in Bezug auf die eigene Person. Eine ganz wesentliche Ressource einer Person stellen die zwischenmenschlichen Beziehungen dar. Sie erlauben es, sich von anderen Menschen soziale Unterstützung zu holen und sich sozial zugehörig und verortet zu fühlen.

Antonovsky zeigt auf, dass alle mobilisierbaren Ressourcen in ihrer Wirksamkeit letztlich von einer zentralen subjektiven Kom-

petenz abhängen: dem „Gefühl von Kohärenz“. Dieses Kohärenzgefühl ist ein zugleich kognitive und emotionale Prozesse thematisierendes Konstrukt. Es ist eine Art Vertrauen in die eigene Person und beinhaltet die Vorstellung, dass

- die Anforderungen es wert sind, sich dafür anzustrengen und zu engagieren (Sinnebene),
- die Ressourcen verfügbar sind, die man dazu braucht, um den gestellten Anforderungen gerecht zu werden (Bewältigungsebene) und
- die Ereignisse der inneren und äußeren Umwelt strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind (Verstehensebene).

Antonovsky transformiert eine zentrale Überlegung aus dem Bereich der Sozialwissenschaften zu einer grundlegenden Bedingung für Gesundheit: Als Kohärenzsinn wird ein positives Bild der eigenen Handlungsfähigkeit verstanden, die von dem Gefühl der Bewältigbarkeit von externen und internen Lebensbedingungen, der Gewissheit der Selbststeuerungsfähigkeit und der Gestaltbarkeit der Lebensbedingungen getragen ist. Der Kohärenzsinn ist durch das Bestreben charakterisiert, den Lebensbedingungen einen subjektiven Sinn zu geben und sie mit den eigenen Wünschen und Bedürfnissen in Einklang bringen zu können. Das Kohärenzgefühl repräsentiert auf der Subjektebene die Erfahrung, eine Passung zwischen der inneren und äußeren Realität geschaffen zu haben. Umso weniger es gelingt, für sich Lebenssinn zu konstruieren, desto weniger besteht die Möglichkeit, sich für oder gegen etwas zu engagieren und Ressourcen zur Realisierung spezifischer Ziele zu mobilisieren.

Der Capability-Ansatz

Widerstandsressourcen würde Amartya Sen, Nobelpreisträger für Wirtschaftswissenschaften, als Verwirklichungschancen oder „capabilities“ bezeichnen. Er versteht darunter die Möglichkeit von Menschen, „bestimmte Dinge zu tun und über die Freiheit zu verfügen, ein von ihnen mit Gründen für erstrebenswert gehaltenes Leben zu führen“ (Sen 2000, S. 108). Verwirklichungschancen sind aber nicht nur die Energien und Möglichkeiten, die eine Person mobilisieren kann, sondern Sen versteht darunter insbesondere die Gestaltungskräfte eines Gemeinwesens. Er hat

dies in seinem Buch zur Überwindung von Armut und Ungerechtigkeit so ausgedrückt: „Letztlich ist das individuelle Handeln entscheidend, wenn wir die Mängel beheben wollen. Andererseits ist die Handlungsfreiheit, die wir als Individuen haben, zwangsläufig bestimmt und beschränkt durch die sozialen, politischen und wirtschaftlichen Möglichkeiten, über die wir verfügen. Individuelles Handeln und soziale Einrichtungen sind zwei Seiten einer Medaille. Es ist sehr wichtig, gleichzeitig die zentrale Bedeutung der individuellen Freiheit *und* die Macht gesellschaftlicher Einflüsse auf Ausmaß und Reichweite der individuellen Freiheit zu erkennen“ (ebd., S. 9 f.).

Das auf Amartya Sen und Martha Nussbaum zurückgehende Capability-Konzept erweist sich als anschlussfähig zu dem oben ausgeführten Basiskonzept der Gesundheitsförderung, der Salutogenese. Es rückt den inneren Zusammenhang zwischen der Handlungsbefähigung von Subjekten und den objektiv gegebenen Verwirklichungschancen ins Zentrum. In dieser Verknüpfung ist es für die Soziale Arbeit von Relevanz (siehe hierzu die Beiträge im Sammelband von Otto und Ziegler 2008). Der Capability-Ansatz schlägt eine Brücke zur Armutforschung (Volkert 2005), er ist zu einem wichtigen konzeptionellen Baustein der Armut- und Reichtumsberichte der Bundesregierung geworden. Und schließlich hat durch die Frage nach der Verteilung der Verwirklichungschancen im globalen wie auch im nationalen Rahmen das Thema Gerechtigkeit in die sozialphilosophischen und politiktheoretischen Diskurse Eingang gefunden (Heinrichs 2006; Nass 2006).

Gesundheitsförderung im Sinne von Befähigung

Diese beiden genannten Zugänge konvergieren in einer spezifischen Sicht auf das Subjekt und einer damit verbundenen Leitidee von Gesundheitsförderung: Anzustreben ist ein möglichst selbstbestimmt entscheidendes, handlungsfähiges Subjekt, das bestimmte Ressourcen einsetzen kann, um Stressoren zu bewältigen, und so in der Lage ist, die eigene Gesundheit zu erhalten oder wiederzugewinnen. In diesem Verständnis ist es dann die Aufgabe von Institutionen, Heranwachsende bei der Entwicklung dieser Ressourcen zu unterstützen, aber auch im Sinne von Empowerment Strukturen zu schaffen, die Kinder, Jugendliche und Erwachsene in der Wahrnehmung ihrer Rechte stärken und ihnen zu mehr Handlungsfähigkeit verhelfen.

Die Grundidee von Gesundheitsförderung, die hier anklingt, ist in der Ottawa-Charta formuliert worden: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, daß man sich um sich selbst und für andere sorgt, daß man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, daß die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen“ (Weltgesundheitsorganisation 1986, S. 4). Es wird Bezug genommen auf die Norm des selbstbestimmten Handelns, und zugleich wird diese Norm an die strukturellen Bedingungen gebunden, die Selbstbestimmung ermöglichen. Hier geht es um eine Koppelung von Subjekt und Struktur, wie sie etwa Anthony Giddens (1997) in seiner Strukturierungstheorie formuliert hat. Grundlage dafür ist ein handlungstheoretisches Denkmodell, mit dem sich die Handlungen der Subjekte systematisch auf die gesellschaftlich-strukturellen Rahmenbedingungen beziehen lassen.

Was bildet die Voraussetzung von Handlungsfähigkeit? Eine erste Antwort gibt die „Agency“-Theorie von Albert Bandura (1997), die die Bedeutung von Selbstwirksamkeitserfahrungen herausstellt. Heranwachsende erleben ihre Selbstwirksamkeit in Alltagssituationen, in denen sie eigene Optionen entwickeln und erproben. Sie können auf diese Weise in ihren Lebenswelten Grundlagen für ihre Handlungsfähigkeit und ein Vertrauen in die eigene Handlungswirksamkeit erwerben. Wenn die aktuelle Sozialisationsforschung von „Handlungsbefähigung“ spricht (Grundmann 2006, 2008), dann geht sie über die persönlichkeits-theoretische Perspektive hinaus und fragt nach den gesellschaftlichen Bedingungen für das Erlangen von Handlungsfähigkeit. In den Erfahrungsräumen unterschiedlicher Milieus und institutioneller Settings, in denen sich junge Menschen bewegen, gibt es ganz unterschiedliche Verwirklichungschancen – dies nicht zufällig, sondern strukturell bedingt. Entsprechend unterschiedlich wird selbstbestimmtes Handeln gefördert oder behindert. Hier zeigt sich, „dass sich Agency- und Capability-Forschung hervorragend ergänzen, indem die personalen und gesellschaftlichen Dimensionen von Handlungsbefähigung systematisch aufeinander bezogen werden können“ (Grundmann 2008, S. 131 f.).

Anschluss findet hier auch die Ungleichheits- und Differenzfragestellung. Materieller Status, Geschlecht, Migrationshintergrund

und Behinderung beschreiben Konstellationen, die es Menschen erschweren, sich als selbstwirksam zu erfahren. Unter der Perspektive von Prävention und Gesundheitsförderung treten Fragen nach einer „Befähigungsgerechtigkeit“ auf: Wie können Menschen in ungünstigen Konstellationen den Zugang zu Ressourcen gewinnen, die sie für ihre Handlungsbefähigung benötigen, um ihr Leben souverän gestalten zu können? Wie könnten sie durch institutionelle Angebote des Bildungs-, Sozial- und Gesundheitssystems in ihrer Handlungsbefähigung systematisch unterstützt werden? Wie müssten professionelle Empowerment-Strategien aussehen? Wie könnten Partizipationserfahrungen die Handlungsmächtigkeit von Heranwachsenden fördern? Welche Unterstützung ist nötig, wenn die eigene Handlungsfähigkeit durch Behinderung eingeschränkt ist („supported living“)? Befähigungsgerechtigkeit formuliert ein Ziel, das alle politischen, institutionellen und professionellen Strategien darauf ausrichtet, Heranwachsende zu befähigen, „selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben“, und Gesundheit entsteht „dadurch, daß die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen“, um noch einmal die Ottawa-Charta zu zitieren (Weltgesundheitsorganisation 1986, S. 4). Im Ansatz der Salutogenese, der die Widerstandsressourcen und den Kohärenzsinn als subjektspezifische Organisationsprinzipien für Handlungsfähigkeit herausarbeitet, findet die Subjekt-Struktur-Koppelung eine gesundheitswissenschaftliche Ausformulierung.

RESSOURCEN VON HERANWACHSENDEN ZUR LEBENSBEWÄLTIGUNG

Welche Ressourcen benötigen Kinder und Jugendliche, um in einer so komplex gewordenen Gesellschaft bestehen zu können? Was lässt sie selbstbestimmt und selbstwirksam ihren Weg ins Erwachsenenleben finden? Folgendes trägt zu einem gelingenden Aufwachsen bei: ein Urvertrauen zum Leben, die Erfahrung von Bezogenheit und Autonomie, die Entwicklung von Lebenskohärenz und Orientierung an Wertvorstellungen, das Schaffen sozialer Ressourcen durch Netzwerkbildung, materielles Kapital als Voraussetzung für Beziehungskapital, die Fähigkeit zum Aushandeln und Teilhabechancen sowie Selbstwirksamkeitserfahrungen durch Engagement.

Urvertrauen zum Leben

Eine wesentliche Voraussetzung dafür, souverän im Leben zu stehen, wird in der frühen Kindheit geschaffen – das Gefühl des Vertrauens in die Kontinuität des Lebens oder das Urvertrauen zum Leben. Es ist begründet in der Erfahrung, dass man erwünscht ist, dass man sich auf die Personen, auf die man existenziell angewiesen ist, ohne Wenn und Aber verlassen kann. Die Bindungsforschung spricht von einer „sicheren Bindung“, die auch durch vorübergehende Abwesenheit von Bezugspersonen und durch Konflikte mit ihnen nicht gefährdet ist.

Erfahrung von Bezogenheit und Autonomie

Eine Bindung, die nicht zum Loslassen ermutigt, ist keine sichere Bindung. Zu einer gesunden kindlichen Entwicklung gehört die Erfahrung des Wechselspiels von Bezogenheit und Autonomie, also dass sich das Kind zugleich in Beziehung lebend und als eigenständiges Selbst erfährt. Autonomie und Bezogenheit stehen in einem dialektischen Verhältnis zueinander, bedingen sich also gegenseitig. Autonomie kann nur auf der Grundlage eines gefestigten Urvertrauens entstehen, während sich Bezogenheit in der kontinuierlichen Auseinandersetzung mit einem verlässlichen Gegenüber entwickelt. Die Psychoanalytikerin Jessica Benjamin (2004) hat deutlich gemacht, dass gerade die Dialektik von Bezogenheit und Autonomie für eine souveräne Lebensführung notwendig ist, während die Überbetonung eines Poles individuelle Handlungsoptionen einengt.

Entwicklung von Lebenskohärenz und Orientierung an Wertvorstellungen

Lebenskompetenz braucht einen Vorrat von „Lebenskohärenz“. Antonovsky hat in seinem salutogenetischen Modell nicht nur die individuelle identitäts- und gesundheitsbezogene Bedeutung des „sense of coherence“ aufgezeigt, in seinem Werk gibt es auch Überlegungen zu einem „Familienkohärenzgefühl“, das sich aus Wertvorstellungen und Sinnerfahrungen speist, die Orientierung für die individuelle Lebensführung geben. Orientierungsmuster liefern Kriterien für wichtige und unwichtige Ziele, sie bewerten Handlungen und Ereignisse als gut oder böse, erlaubt oder verboten. Traditionelle Kulturen besitzen einen hohen Grad verbindlicher

und gemeinsam geteilter Wertmaßstäbe, und für individuelle Wertentscheidungen gibt es nur einen relativ geringen Spielraum. Unsere Gesellschaft heute ist gekennzeichnet durch eine Erosion von lange Zeit gültigen Werten und einer damit einhergehenden Wertepluralisierung. Dies kann als Freiheitsgewinn betrachtet werden, weil man sich, befreit von einem engen „Wertekorsett“, seinen eigenen Wertecocktail zurechtmixen kann. Dies scheint unbegrenzte Chancen der Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung zu eröffnen. Aber die grandiose Freiheit gerät zur Überforderung, wenn sie Kompetenzen verlangt, über die längst nicht alle Menschen verfügen.

Schaffen sozialer Ressourcen durch Netzwerkbildung

Wir selbst sind die Baumeister unserer sozialen Lebenswelten und Vernetzungen und benötigen dazu eine spezifische Beziehungs- und Verknüpfungsfähigkeit oder soziale Ressourcen. Der Bestand sozialer Bezüge, die ohne eigenes Zutun vorhanden sind, wird geringer, und der Teil unseres sozialen Beziehungsnetzes, den wir uns selbst schaffen und den wir durch Eigenaktivität aufrechterhalten (müssen), wird größer. Einschlägige Studien zeigen, dass das moderne Subjekt keineswegs ein „Einsiedlerkrebs“ geworden ist, sondern im Durchschnitt über ein größeres Netz selbst geschaffener sozialer Beziehungen verfügt, als es seine Vorläufergenerationen hatten: Es bewegt sich in Freundeskreisen und Interessengemeinschaften, es wird aktiv in Nachbarschaftsaktivitäten, Vereinen, Selbsthilfegruppen und diversen Initiativen.

Unser „soziales Kapital“, die sozialen Ressourcen, sind offensichtlich in hohem Maße mitbestimmt von unserem Zugang zu „ökonomischem Kapital“. Allerdings wird immer deutlicher, dass sozio-ökonomisch unterprivilegierte und gesellschaftlich marginalisierte Gruppen auffallende Defizite aufweisen bei dieser zunehmend geforderten eigeninitiativen Beziehungsarbeit. Die sozialen Netzwerke von Arbeiterinnen und Arbeitern beispielsweise sind in den Nachkriegsjahrzehnten immer kleiner geworden. Von den engmaschigen und solidarischen Netzwerken der Arbeiterfamilien, wie sie noch in den 1950er-Jahren in einer Reihe klassischer Studien aufgezeigt wurden, ist nicht mehr viel übriggeblieben. Dort ist die Vereinzelung von Menschen am ehesten zur Realität geworden. Für offene, experimentelle, auf Selbstbestimmung zielende Identitätswürfe sind soziale Beziehungsnetze von größter Bedeu-

tung, in denen Menschen dazu ermutigt werden; sie brauchen Kontexte sozialer Anerkennung. Menschen aus sozial benachteiligten Schichten haben viele Belastungen zu bewältigen, dabei fehlt gerade ihnen oft die Unterstützung aus dem sozialen Umfeld. Ich sehe es als wichtige Aufgabe des Sozialstaates, diese Bevölkerungsgruppen gezielt und professionell bei der Bildung von Netzwerken zu unterstützen.

Materielles Kapital als Voraussetzung für Beziehungskapital

Wenn Menschen im Lauf ihrer Identitätsentwicklung neue Lebensformen erproben und einen eigenen Lebenssinn entwickeln, bedürfen sie materieller Ressourcen. Hier liegt das zentrale sozial- und gesellschaftspolitische Problem. Eine Gesellschaft, die sich ideologisch, politisch und ökonomisch fast ausschließlich auf die Regulationskraft des Marktes verlässt, riskiert ihre Spaltung in Arm und Reich und eine ungleiche Verteilung an Lebenschancen. Hier holt uns die klassische soziale Frage ein, wie Identitätsentwicklung ohne Teilhabe am gesellschaftlichen Lebensprozess in Form einer sinnvollen Tätigkeit und angemessenen Bezahlung überhaupt möglich sein soll. Sozialpolitisch erschreckend ist die Tatsache, dass in allen Wohlfahrtsstaaten starke Kräfte die Prinzipien der Solidargemeinschaft zu demontieren beginnen. Diese Entwicklung geht besonders zulasten von benachteiligten Menschen, die ohnehin nur über geringe materielle Ressourcen verfügen oder gar in Armut leben. Sie erhalten Unterstützung nicht mehr, je nachdem wie bedürftig sie sind, sondern danach, inwieweit es sich für den Staat lohnt, in sie zu investieren. Deshalb hat die Frage der materiellen Grundsicherung höchste Priorität, und sozialstaatliche Leistungen sollten nicht mehr an die Erwerbsbarkeit gekoppelt werden.

Fähigkeit zum Aushandeln und Teilhabechancen

Nicht mehr die Bereitschaft zur Übernahme von fertigen Lebensentwürfen, sondern die Fähigkeit zum Aushandeln ist notwendig: Wenn es in unserer Alltagswelt keine allgemein akzeptierten Normen mehr gibt, außer einigen Grundwerten, die noch Bestand haben, dann müssen wir die Regeln, Normen, Ziele und Wege beständig neu aushandeln. Das erfordert demokratische Willensbildung, verbindliche Teilhabechancen im Alltag, in den Familien, in der Schule, Universität, in der Arbeitswelt und in Initiativ- und

Selbsthilfegruppen. Dazu gehört natürlich auch Konfliktfähigkeit. Diese wiederum ist eine wichtige Grundlage für eine Zivilgesellschaft.

Selbstwirksamkeitserfahrungen durch Engagement

Verwirklichungschancen hängen eng mit der Idee der Zivilgesellschaft zusammen. Diese lebt von dem Vertrauen der Menschen in ihre Fähigkeiten, im wohlverstandenen Eigeninteresse gemeinsam mit anderen die Lebensbedingungen für alle zu verbessern. Zivilgesellschaftliche Kompetenz entsteht dadurch, „daß man sich um sich selbst und für andere sorgt, daß man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, daß die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern dies ermöglichen“ (Weltgesundheitsorganisation 1986, S. 4).

Die Förderung solcher Ressourcen sollte die oberste Priorität für die Gesundheitsförderung von Heranwachsenden haben. Aber die politischen Prioritäten sind andere. Meine These lautet, dass die aktuelle Suche nach neuen Kooperationsformen zwischen dem Jugendhilfe- und dem Gesundheitssystem – neben den fachlich sinnvollen Begründungen – vor allem aus einem veränderten Kontrollbewusstsein in unserer Gesellschaft entspringt. Es lohnt sich, dies etwas genauer am Beispiel der Frühen Hilfen zu analysieren. Den sanften Kontrollen, die die modernen Wohlfahrtsstaaten durch den Ausbau von Strategien der Therapeutisierung und Psychologisierung installiert haben, traut der moderne Sicherheitsstaat allein nicht mehr, es wird eine zweite Linie aufgebaut, die interventionistisch angelegt ist.

UNTERSCHIEDLICHE ZUGÄNGE FÜR FRÜHE HILFEN

In jüngster Zeit hat sich in der Öffentlichkeit ein Wandel vollzogen: Es wird über Kinder und über neue Formen der Kinderbetreuung gesprochen. Bislang schienen weder die geringe Geburtenrate noch die Lebenssituation der Kinder in Deutschland politisch relevant zu sein. Die ideologischen Debatten um den Wert der Familie haben auch wenig dazu beigetragen, Kindern und ihren Familien zu helfen. Erst dramatische Fälle von Kindeswohlverletzung mit

entsprechender Berichterstattung in den Medien ließen politischen Handlungsdruck und eine weitverbreitete Aufmerksamkeit in Bezug auf das Kindeswohl entstehen. Wie können Frühe Hilfen aussehen, welche Zugänge gibt es, um das Wohl des Kindes zu sichern, und wie sind sie zu bewerten?

Sicherung des Kindeswohls als staatliche Kontrollaufgabe

Jedes Kind, das misshandelt und vernachlässigt wurde oder gar zu Tode kommt, berührt uns, und zwangsläufig entstehen Fragen, ob eine solche Entwicklung nicht hätte verhindert werden können. Hätte man nicht eingreifen müssen, und ist es nicht letztlich Aufgabe eines modernen Rechts- und Sozialstaates, die Würde und Unversehrtheit menschlichen Lebens zu sichern? Gegenwärtig konzentrieren sich der öffentliche, politische und ein Teil des fachlichen Diskurses auf die Optimierung der staatlichen Eingriffsmöglichkeiten. Beispiele hierfür sind die Verschärfung des Paragraphen 8 a im Sozialgesetzbuch Achtes Buch Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) sowie das geplante Bundeskinderschutzgesetz. Bei beiden sollen die Pflichten des Jugendamtes im Kinderschutz konkretisiert werden. Des Weiteren sind Pflichtuntersuchungen mit Sanktionsdrohungen, wenn sie nicht wahrgenommen werden, Frühwarnsysteme sowie effektivere Kooperationsformen der Jugendhilfe und andere Maßnahmen in der Diskussion. Es werden Pläne entwickelt, die kommunalen Ressourcen für Jugendhilfemaßnahmen schwerpunktmäßig zur Optimierung des Kontrollsystems zu nutzen und dafür an anderer Stelle Investitionen zu reduzieren. Diese Umschichtung zeugt davon, dass sich staatliches Handeln immer mehr von Sicherheitsprinzipien leiten lässt und von einer Weltsicht bestimmt ist, die überall Bedrohungen sieht.

Sicherung des Kindeswohls durch Risikoprävention

Neben der Perspektive der eher repressiven Kontrolle von Familien, die als Entstehungsort für abweichendes Verhalten gelten, gibt es Programme, die aus der Kenntnis spezifischer Entwicklungsrisiken vor allem in der frühen Kindheit gezielte Präventionsstrategien einsetzen. Zu nennen wären beispielsweise „Opstapje – Schritt für Schritt“, das zur Verbesserung der Erziehungskompetenz beitragen soll, „HIPPY“, ein Programm zur Sprachförderung, oder das Projekt MAJA, das Hebammen für familienpädagogische Aufgaben qualifiziert. Das Bundesmodellprojekt „Guter Start ins

Kinderleben“ hat zum Ziel, Familien von der Geburt des Babys an besser zu betreuen, damit es erst gar nicht zu Misshandlungen kommt. Am konsequentesten ist der Ansatz der Stadt Dormagen, wo jede Familie mit einem neugeborenen Kind von einer Sozialarbeiterin besucht wird – ein niedrigschwelliges Angebot, das möglichst nah an der Lebenswelt der Familien angesiedelt ist. Die Grenze zwischen Prävention und Kontrolle ist bei diesem Angebot manchmal nicht eindeutig.

Sicherung des Kindeswohls durch Ressourcenförderung

Aber es gibt auch Alternativen zu den beiden Ansätzen, die ins Zentrum die Ressourcenförderung von Kindern und Familien im Sinne der Salutogenese rücken und die danach fragen, welche Rechte von Kindern auf Gesundheit, Bildung, materielle Grundsicherung, soziale Einbindung und ökologisch notwendige Lebensbedingungen gesichert werden müssen. Die UN-Kinderrechte sind dafür die verbindliche Grundlage. Bildungsarmut und mangelnde Gesundheit sind in hohem Maße an prekäre Lebensbedingungen geknüpft, die sich unter den Voraussetzungen einer neoliberal geprägten Politik ständig verschärfen. Was wir brauchen, ist eine Förderung von Kindern und ihren Familien im Sinne materieller Grundsicherung für alle Kinder, und wir brauchen eine umfassende frühe psychosoziale Förderung entsprechend den Empowerment-Prinzipien und den sich bewährenden Strategien von Kindertageszentren oder Early-Excellence-Projekten und den Mehrgenerationenhäusern. Diese kümmern sich nicht nur um die gezielte Förderung kindlicher Ressourcen, sondern entwickeln auch zivilgesellschaftliche Prozesse in den Stadtvierteln und Regionen, die in einer individualisierten Gesellschaft nicht mehr ohne Weiteres gegeben sind.

ARGUMENTE GEGEN EINE REDUKTION FRÜHER HILFEN AUF KONTROLLE

Der gegenwärtige Diskurs zum Thema Frühe Hilfen und die Praxis Früher Hilfen werfen mindestens so viele Probleme auf, wie sie zu lösen vorgeben. Strategien zur Verbesserung des Kinderschutzes engen das Aufgabenfeld gefährlich ein, wenn sie sich von extremen Fällen von Kindesvernachlässigung mit Todesfolgen leiten lassen. Die Konzepte verfolgen eine defensive Logik. Es soll etwas

verhindert werden, und es sollen alle Möglichkeiten gebündelt werden, dies zu erreichen. Ähnliches ist beim Umgang mit drohenden Terroranschlägen zu beobachten. Niemand würde widersprechen, dass nach den Erfahrungen des 11. September 2001 und späterer Anschläge alle Maßnahmen zu prüfen waren, die zu einer Verringerung der Gefahren geeignet sind. Entstanden ist aber teilweise ein sicherheitspolitischer Tunnelblick mit einer unvorstellbaren Steigerungslogik. Heute werden Vorgehensweisen zur Debatte gestellt und umgesetzt, die immer mehr Privatheits- und Freiheitsrechte zugunsten der Sicherheit opfern. Die Option Sicherheit wird aus einem tiefsitzenden Angstpotenzial gespeist.

Die gesellschaftlichen Strukturveränderungen, deren Folgen Ulrich Beck (1986) frühzeitig mit dem Begriff „Risikogesellschaft“ umschrieben hat, haben uns Orientierungsverluste, Deregulierungen und Zukunftsängste beschert, die offenbar zum Dauerzustand werden. Fast zwei Drittel der Bundesbürger haben das Gefühl, die gesellschaftlichen Entwicklungen nicht mehr zu begreifen oder sie gar beeinflussen zu können. Hier ist der Weg nicht mehr weit von einer Risikogesellschaft zu einer „Sicherheitsgesellschaft“, so Tobias Singelnstein und Peer Stolle (2008). Sie vertraut immer weniger sozialintegrativen Wohlfahrtsstrategien und baut immer mehr auf ständig erweiterte Überwachungs- oder Monitoring-technologien. Auch in den Diskursen über Frühe Hilfen zeigt sich die Logik der Sicherheitsgesellschaft, die den Blick auf das gesamte Feld notwendiger Ansatzpunkte verstellen kann und deren fragwürdige Konsequenzen kaum thematisiert.

– Zu betrachten sind alle Diagnose- und Interventionssysteme, die nicht durch das Hilfesuchverhalten betroffener Personen in Aktion treten. Auch diese legen ein bestimmtes Menschenbild zugrunde und unterstellen, was normal ist und was nicht. Diese Unterstellungen bleiben in den gegenwärtigen Diskursen weitgehend ungenannt, obwohl sie existieren. Sie sollten genauer in Augenschein genommen werden: Gehen sie von einer Pluralität möglicher Normalitäten in einer postmodernen Gesellschaft aus oder von der Figur des leistungswilligen und zuverlässigen Subjekts? Werden kulturelle Differenzen berücksichtigt? Wird gar die Resilienzforschung beachtet, die uns gezeigt hat, dass Menschen trotz widriger Lebensbedingungen erstaunliche Biografien entwickeln konnten?

- Risikokonstellationen sollen diagnostiziert werden. Mit lückenlosen Screeningverfahren wird dem Anspruch Genüge getan, alle Risiken vollständig zu erfassen – so die Logik. Wer sein Kind dem Screening vorenthält, gerät schnell in den Verdacht, etwas verbergen zu wollen. Aber auch definierte „Risikopopulationen“ stehen unter Verdacht, ihren Kindern potenziellen Schaden zuzufügen. Die Verdachtslogik zieht Interventionshandeln nach sich, das das Prinzip der Freiwilligkeit in der Jugendhilfe auszuhebeln droht.
- Aus der Psychologie wissen wir, dass Diagnostik und Intervention eigentlich nicht zu trennen sind. Wie aber soll eine Intervention aussehen, wenn nur eine Verdachtsdiagnostik vorliegt, aber kein Hilfesuchen der betreffenden Personen oder Familien signalisiert wird?
- Im Zusammenhang mit einer Verdachtsdiagnostik steht die Gefahr des „Labeling“ – mit Auswirkungen auf die Professionellen und die Betroffenen: Einer Familie oder einem Kind mit der Annahme zu begegnen, dass sie ein „Risiko“ darstellen, erzeugt eine spezifische professionelle Grundhaltung, die auch für die Betroffenen spürbar wird. Subtile Etikettierungsprozesse sind zu befürchten, und der Familie wird kaum mehr zugetraut, ihr Risikoverhalten zu ändern.
- Eine Konsequenz der Selektion von „Problemfällen“ ist, was im Englischen als „blaming the victim“ bezeichnet wird. Ein individualisierendes und pathologisierendes Wahrnehmungsraster birgt die Gefahr, dass eine komplexe gesellschaftliche Problemsituation, vor allem die von Armut und mangelnder gesellschaftlicher Teilhabe, den Individuen selbst zur Last gelegt wird.
- Eine Fachdiskussion ist um das Thema Exklusion und Inklusion entbrannt: Vom „abgehängten Prekariat“ spricht die Friedrich-Ebert-Stiftung (Neugebauer 2007), von den „Ausgegrenzten der Moderne“ Zygmunt Bauman (2005). Die Soziologie hat sich mit dem Thema Prekariat und Exklusion befasst und die subjektive Seite der Betroffenen und ihr „Exklusionsempfinden“ beleuchtet (Bude und Lantermann 2006). Diese gefühlte Exklusion ist der Nährboden für Demoralisierung und Hoffnungslosigkeit. Ein solches Exklusionsempfinden kann durchaus durch das

Erfasst werden von einem „Frühwarnsystem“ gefördert werden. Das könnte eine unerwünschte „Nebenwirkung“ des Frühwarnsystems in der Jugendhilfe sein: Bei den Betroffenen, die sich erfasst fühlen, verstärkt sich das Gefühl des Ausgeschlossenseins.

- Die „Sicherheitsgesellschaft“ stellt die defensive Variante des Ordnungstraumes der Moderne dar. Diese hatte und hat den Anspruch, alles Unberechenbare, Uneindeutige, Ambivalente, Fremde und Störende zu beseitigen und eine berechenbare und eindeutige Welt zu schaffen. Auch wenn dieser Traum nur noch selten in naiver Emphase vorgetragen wird, es gibt ihn noch, und die Sicherheitsgesellschaft lebt davon. Sie will Risiken möglichst eliminieren und verstärkt dafür ihre Sicherheitssysteme. Frühe Hilfen, reduziert auf Frühwarnsysteme, gehören vermutlich in diesen Kontext.

Frühe Hilfen als perfektioniertes Kontrollsystem können nicht die Lösung sein. Es muss nach meiner Auffassung um eine umfassende Förderung von Verwirklichungschancen gehen, die bei den Lebensbedingungen der Eltern ansetzt und vor allem die frühen Entwicklungsphasen beachtet. In diesem Rahmen erhält die Erziehungsberatung einen hohen Stellenwert. Die Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungs-, Jugend- und Familienberatung in Bayern e.V. (2007) hat hierzu eine überzeugende Positionierung vorgenommen. Sie sieht in den unterschiedlichen Formen von Elternbildung und den Familienstärkungsprogrammen wie STEEP oder SAFE ein gutes Handwerkszeug. Auf dieser Basis werden dann wichtige strategische Aufgaben der Erziehungsberatung benannt (ebd., S. 3 f.):

- „Erziehungsberatungsstellen sind ein wesentlicher Fachdienst der psychosozialen Grundversorgung von Eltern und Kindern. Sie sind flächendeckend in jeder Kommune [...] vorhanden und haben ein hohes Expertenwissen [...]“
- „Erziehungsberatungsstellen können ihre Angebote in stärkerem Ausmaß als bisher im Bereich der frühen Hilfen ausbauen oder neu entwickeln. [...] Neue Aufgaben erfordern aber auch mehr Mittel.“

- „Dazu ist weiter der kontinuierliche Ausbau des Expertenwissens bezüglich der frühen Hilfen an den Beratungsstellen erforderlich [...]“
- „Erziehungsberatungsstellen haben ihre besten Möglichkeiten nicht in einer flächendeckenden ‚Screeningaufgabe‘ bei der Erfassung von Risikofamilien, sondern ihr Schwerpunkt liegt im Bereich der frühen Hilfen selbst, also der Familienbildung, der beratend-therapeutischen Begleitung von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern, aber auch der intensiven Begleitung von einzelnen Risikofamilien.“ Dazu ist eine „Gehstruktur in Erziehungsberatungsstellen“ erforderlich.
- „Damit diese Risikofamilien den Weg in die Beratung finden und entsprechend begleitet werden können, ist eine intensive Vernetzung mit Hebammen, Kinderärzten, dem Jugendamt, Tagesmüttern, Kinderkrippen und Kindergärten erforderlich.“

Der letzte Punkt scheint mir besonders wichtig. Benötigt werden systematische kommunal und regional ausgelegte Vernetzungen. Das Kinderschutzgesetz von Rheinland-Pfalz (Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit vom 7. März 2008) hat hier einen wichtigen Schwerpunkt gesetzt. Es regelt vor allem eine verbindliche Integration von Angeboten und Leistungen des Jugendhilfe- und des Gesundheitssystems in verbindlichen lokalen Netzwerken. Das Land fördert ihren Aufbau und ihre Arbeit pauschal mit sieben Euro für jedes Kind im Bezirk des jeweiligen Jugendamtes, das das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Hier scheint ein Weg beschritten zu werden, den auch die Kinder- und Jugendberichtskommission eingefordert hat (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009).

Wirksamer Kinderschutz erfordert die Vernetzung von Jugendhilfe und Gesundheitshilfe. Gemeinsam müssen Strukturen der Zusammenarbeit gefunden werden, die tragfähig sind, und miteinander müssen Unterstützungsangebote entwickelt werden, die den Kindern und ihren Familien in riskanten Situationen helfen. Die Regie sollte bei den Jugendämtern (vielleicht auch bei Erziehungsberatungsstellen) liegen, aber sie brauchen dann auch die Mittel, um beispielsweise niedergelassene Ärzte für die investierte Zeit angemessen zu honorieren.

FÖRDERUNG DES KINDESWOHLS: VERWIRKLICHUNGS- CHANCEN FÜR EINEN GUTEN START INS LEBEN

In ihrer Stellungnahme „Frühe Förderung gefährdeter Kinder. Besserer Schutz von Kindern im Vorschulalter“ hat die Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ (2006) festgestellt: „Der beste Weg, gefährdete Kinder vor einer Vernachlässigung und Gefährdung zu schützen, ist der einer Früherkennung und frühzeitigen Hilfe, die ansetzt, bevor sich ungünstige Entwicklungsverläufe stabilisiert haben, und die insbesondere den Abbau von Belastungsfaktoren in den betroffenen Familien vorsieht.“ In diesem Sinne müssen Frühe Hilfen vor allem durch ein umfassendes Unterstützungsangebot für Eltern von der Schwangerschaft über die Geburt bis zu den ersten Lebensmonaten und -jahren organisiert werden. Die vielfältigen Modellansätze der Familienbildung sind möglichst flächendeckend anzubieten, und das darin enthaltene Prinzip der Selbsthilfe beziehungsweise das „helper-principle“ scheint besonders geeignet, auch Familien mit Migrationshintergrund und Prekariatserfahrungen zu erreichen.

Familienhebammen leisten gute Arbeit, haben aber in aller Regel keine umfassende Qualifizierung hierfür erfahren. Early-Excellence-Projekte, Kindertageszentren (KiTZ), „Haus für Familien“, Mütter- und Familienzentren, Mehrgenerationenhäuser – sie alle sind sozialraumbezogen ausgerichtet und können ein komplexes Angebot machen. Sie sollten nicht unter einer Kontrollperspektive wahrgenommen werden, sondern als abrufbare Assistenz oder als Orte, an denen sich Familien treffen, austauschen und auch eigenständig organisieren können. Dieser Ansatz ist vielversprechend, das hat sich im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung eines KiTZ-Projektes in München-Ramersdorf, einem problembelasteten Stadtbezirk, bestätigt. KiTZ-Projekte versuchen, über die reine Kindertagesbetreuung hinaus ihre Angebote hin zu Nachbarschaftszentren beziehungsweise familienorientierten Begegnungszentren (sogenannte integrierte Angebote) zu entwickeln. In diesem Zusammenhang geht es auch darum, benachteiligte Bevölkerungsgruppen besser zu integrieren und den vorschulischen Einrichtungen einen höheren Stellenwert einzuräumen bei dem Bestreben, möglichst frühzeitig spezifischen Benachteiligungen oder zumindest deren Chronifizierung entgegenzuwirken.

Kindertageszentren unterstützen benachteiligte Kinder und ihre Familien frühzeitig und vielfältig. Dieser Ansatz der Frühen Hilfen birgt ein großes Potenzial für die Zukunft.

Kindertageszentren wirken der Kinderarmut entgegen

Armut verbaut Chancen, vergrößert gesundheitliche Defizite und ist eine der häufigsten Ursachen für psychisches Leid. Für betroffene Familien wären Anlaufstellen hilfreich, die frühzeitig und mit einem breitgefächerten Angebot beraten und unterstützen. Durch die Möglichkeit der gesicherten Betreuung von Kindern schaffen sie oft erst die Voraussetzung für einen Einstieg in die Arbeitswelt. Im Kampf gegen die Folgen der Kinderarmut haben Kindertageszentren einen wichtigen Platz. Ihre niedrigschwelligen Angebote erlauben auch jenen den Zugang, für die eigene Armut ein tabubeladenes Thema ist.

Kindertageszentren dienen dem Kindeswohl und leisten frühe Förderung

Armut ist beileibe nicht der einzige Grund, warum das Thema der frühen Förderung eine solche Brisanz gewonnen hat. Auch andere Faktoren führen dazu, dass Kinder von ihren Eltern vernachlässigt, in ihrer Entwicklung nur mangelhaft gefördert oder gar misshandelt werden. Die Fachwelt ist sich einig, dass Kinder, die unter schwierigen Lebensbedingungen aufwachsen, wirksam vor Vernachlässigung nur dann zu schützen sind, wenn frühzeitig einsetzende Hilfe- und Unterstützungsangebote vorhanden sind. Die Erklärung der AGJ verdeutlicht, dass wichtige Qualitätsmerkmale der frühen Förderung von Kindertageszentren gewährleistet werden können.

Frühe Förderung hilft Benachteiligung auszugleichen

Viele Studien zur frühkindlichen Entwicklung stimmen darin überein, dass die Ergebnisse umso nachhaltiger sind, je früher der Förderprozess ansetzt. Auch die beiden Forschungsrichtungen, die sich um den Aufbau von Widerstandskräften bemühen (Salutogenese- und Resilienzforschung), zeigen, dass die Förderung von Widerstandskräften und Invulnerabilitätsfaktoren in der (frühen) Kindheit beginnen sollte. Kinder stark machen, bedeutet, sie früh zu fördern.

Kindertageseinrichtungen integrieren Migrantenkinder

Diese Benachteiligungen ausgleichende Wirkung ist, so die Studien, gerade auch für Kinder mit Migrationserfahrung festzustellen. Das Erlernen der Sprache und von Werten und Regeln gelingt in der spielerischen Kultur der Kindertageseinrichtungen am besten. Zeigt sich, dass eine zusätzliche Förderung nötig ist, so kann diese frühzeitig einsetzen. Gerade die intensive Kooperation mit den Institutionen der Frühförderung und anderen Fördereinrichtungen für kleine Kinder sowie die – in dieser Altersphase leichter gelingende – Kooperation mit den Eltern können die Basis für eine Integrationsarbeit legen. Diese wird angesichts der demografischen Entwicklung zunehmend wichtig und sollte weiter ausgebaut werden.

Gemeinwesenorientierte Ansätze gehören in die Kindertagesbetreuung

Es gibt europaweit eine breite Erfahrung, die für eine Einbeziehung von gemeinwesenorientierten Ansätzen in die Konzepte der Kinderbetreuung spricht. Insbesondere das Konzept des Early Excellence Centre, das aus Neuseeland stammt, macht dies deutlich. Ausgehend von der Grundidee, wonach die Förderung des Kindes von Anfang an bestmöglich sein sollte, wird eine kind- und elternzentrierte Angebotsstruktur in eine sozialräumliche Ausrichtung übersetzt. Diese Erkenntnis führt zu einem schrittweisen Ausbau von Eltern-Kind-Zentren in Deutschland.

Kindertageseinrichtungen sind als Eltern-Kind-Zentren Orte der Kooperation

Die Verknüpfung von verschiedenen Angeboten zu Eltern-Kind-Zentren hat sich als innovative Praxis aus verschiedenen Hintergründen heraus entwickelt. Mütterzentren beziehungsweise Familienbildungseinrichtungen und Kindertageseinrichtungen haben sich, mit ähnlichen Erkenntnissen zur Bedarfslage von Eltern, von jeweils anderer Seite kommend angenähert. Dabei ist die Herausforderung eine neue Stufe von Vernetzung. Nun geht es nicht nur um Informationsaustausch und darauf aufbauend um Fallvermittlung. Kern der fachlichen Weiterentwicklung ist die Koproduktion. Sie garantiert neue und passgenauere Angebote. Eine weitere Herausforderung besteht in der oft geforderten

fachlichen Weiterentwicklung der Fachkräfte von Kindertageseinrichtungen. Ein Teil der fachlichen Weiterqualifizierung geschieht durch den koproduktiven Alltag mit den Kooperationspartnerinnen und -partnern und deren Qualifikationen. Darüber hinaus bedarf es einer Weiterentwicklung der Aus- und Weiterbildung der pädagogischen Fachkräfte.

Kindertageszentren haben finanzielle Vorteile

Dies ist zunächst eine These, die zwar plausibel erscheint, empirisch jedoch noch nicht durch eine Kosten-Nutzen-Rechnung belegt werden kann. In einem Kindertageszentrum sind mehrere Einrichtungstypen vereinigt, ohne dass für alle eigene Infrastrukturausgaben anfallen (Miete, Verwaltung und so weiter). Selbst wenn beispielsweise die Aufgaben einer heilpädagogischen Förderung und entsprechende Personalkosten dazukommen, ist dies immer noch kostengünstiger, als eine entsprechende Gruppe zu gründen.

Der Bedarf wird steigen. Wir brauchen Kindertageszentren vor allem in Quartieren mit besonderem Förderbedarf, wir brauchen sie aber mittelfristig auch als flächendeckendes Angebot. Viele Untersuchungen sprechen dafür, dass der nach wie vor tiefgreifende gesellschaftliche Wandlungsprozess einen wachsenden Unterstützungsbedarf junger Eltern generiert und diese jungen Eltern zudem auch offener sind als frühere Generationen von Eltern, breitgefächerte Unterstützungsangebote, wie sie ein Kindertageszentrum bietet, rechtzeitig anzunehmen.

Literatur

- Antonovsky, Aaron (1988).
Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well (2. Auflage).
San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, Aaron (1993).
Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung.
In A. Franke & M. Broda (Hrsg.), Psychosomatische Gesundheit (S. 3–14).
Tübingen: dgvt-Verlag.
- Antonovsky, Aaron (1997).
Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.
Tübingen: dgvt-Verlag.
- Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ (2006).
Frühe Förderung gefährdeter Kinder. Besserer Schutz von Kindern im Vorschulalter. Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe AGJ.
http://www.agj.de/pdf/5/2006/Fruehe_Foerderung_gefaehrdeter_Kinder.pdf (2.2.2009).
- Bandura, Albert (1997).
Self-efficacy. The exercise of control.
New York: Palgrave.
- Bauman, Zygmunt (2005).
Verworfenes Leben. Die Ausgegrenzten der Moderne.
Hamburg: Hamburger Edition.
- Beck, Ulrich (1986).
Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne.
Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Benjamin, Jessica (2004).
Die Fesseln der Liebe. Psychoanalyse, Feminismus und das Problem der Macht (3. Auflage).
Frankfurt am Main: Stroemfeld.

- Bude, Heinz & Lantermann, Ernst-Dieter (2006).
Soziale Exklusion und Exklusionsempfinden. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 4, 233–252.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2009).
Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht.
Berlin: Bundestagsdrucksache 16/12860.
- Giddens, Anthony (1997).
Die Konstitution der Gesellschaft. Grundzüge einer Theorie der Strukturierung.
Frankfurt am Main: Campus.
- Grundmann, Matthias (2006).
Sozialisation. Skizze einer allgemeinen Theorie.
Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Grundmann, Matthias (2008).
Handlungsbefähigung – Eine sozialisationstheoretische Perspektive.
In H.-U. Otto & H. Ziegler (Hrsg.), Capabilities (S. 131–142).
Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Heinrichs, Jan-Hendrik (2006).
Grundbefähigungen. Zum Verhältnis von Ethik und Ökonomie.
Paderborn: Mentis.
- Höfer, Renate (2000).
Jugend, Gesundheit und Identität. Studien zum Kohärenzgefühl.
Opladen: Leske + Budrich.
- Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) (2007).
Bundesgesundheitsblatt, 5/6.
- Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungs-, Jugend- und Familienberatung in Bayern e.V. (2007).
Früherkennung von Risikofamilien und frühe Hilfen für Eltern von Säuglingen und Kleinkindern – Positionen der Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungs-, Jugend- und Familienberatung in Bayern e.V. Erziehungsberatung aktuell, 2, 2–5.
<http://www.lag-bayern.de/infos/downloads.php?id=46> (11.2.2009).

Nass, Elmar (2006).
Der humangerechte Sozialstaat.
Tübingen: Mohr Siebeck.

Neugebauer, Gero (2007).
Politische Milieus in Deutschland. Die Studie der Friedrich-Ebert-
Stiftung.
Bonn: Dietz.

Otto, Hans-Uwe & Ziegler, Holger (2008).
Capabilities – Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen
in der Erziehungswissenschaft.
Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Sen, Amartya Kumar (2000).
Ökonomie für den Menschen.
München: Hanser.

Singelstein, Tobias & Stolle, Peer (2008).
Die Sicherheitsgesellschaft. Soziale Kontrolle im 21. Jahrhundert.
Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Spiewak, Martin (2008).
Falsche Panik. DIE ZEIT vom 1.10.2008, Nr. 41, S. 37.
<http://www.zeit.de/2008/41/B-Familie> (2.2.2009).

Volkert, Jürgen (2005).
Armut und Reichtum an Verwirklichungschancen. Amartya Sens
Capability-Konzept der Armuts- und Reichtumsberichterstattung.
Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Weltgesundheitsorganisation (1986).
Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.
[http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German)
language=German (15.6.2009).

Winterhoff, Michael (2008).
Warum unsere Kinder Tyrannen werden. Oder: Die Abschaffung
der Kindheit.
Gütersloh: Gütersloher Verlagsanstalt.

Klaus Schäfer

Gesundheitshilfe und Kinder- und Jugendhilfe

Die aktuelle Diskussion um die gesetzliche Weiterentwicklung des Kinderschutzes hat gezeigt, dass die Bereiche Gesundheitshilfe und Öffentlicher Gesundheitsdienst einerseits und die Felder der Kinder- und Jugendhilfe andererseits künftig mehr zusammenwirken müssen. Es gibt noch kein flächendeckendes funktionierendes Miteinander, wohl aber gute Beispiele dafür, wie dies aussehen könnte. Dass bislang noch keine flächendeckende Zusammenarbeit stattfindet, kann keinem der beiden Partner angelastet werden. An Motivation fehlt es jedenfalls nicht, vielmehr müssen wir uns vergegenwärtigen, dass zwei in sich sehr heterogene Fachsysteme zu einer systematischen Zusammenarbeit finden sollen, die unterschiedliche organisatorische und finanzielle Strukturen und praktische Handlungsansätze aufweisen. Dies fordert von beiden Feldern viel. Die beiden Systeme nähern sich zwar seit geraumer Zeit an, sind aber immer noch zu weit voneinander entfernt. Vielleicht liegt dies auch daran, dass sie zu wenig voneinander wissen. Die Zusammenarbeit überhaupt als eine gemeinsame Aufgabe zu erkennen, bedarf in beiden Systemen noch einiger Überzeugungsarbeit.

Von einer gelungenen Kooperation zeugt beispielsweise das Kooperationsmodell der Stadt Düsseldorf, in welchem eine Zusammenarbeit zwischen den Diensten, verbunden mit Standardvorgaben, entwickelt worden ist. Aber auch andere Kommunen haben sich auf den Weg gemacht und die Zusammenarbeit verbessert. So sind im Zusammenhang mit der Entwicklung und Implementierung sozialer Frühwarnsysteme in Nordrhein-Westfalen neue Ansätze entstanden. Das Miteinander funktioniert vor allem im Kontext der frühen Prävention durch Kindertageseinrichtungen. Auch in den Familienzentren in Nordrhein-Westfalen zeigen sich gute Ansätze der Abstimmung, der gegenseitigen Unterstützung und vor allem

der multiprofessionellen Hilfe bei schwierigen Problemlagen. Erste Hinweise aus der Sachverständigenkommission für den Dreizehnten Kinder- und Jugendbericht, der sich im Schwerpunkt mit dem Thema befasst, bestätigen die durchaus positiven Zeichen. Ganz offensichtlich ist etwas in Bewegung gekommen, von einer stabilen und nachhaltigen Zusammenarbeit lässt sich aber noch nicht sprechen.

Zum Teil mag das Gelingen von Kooperation und Abstimmung zwischen den unterschiedlichen Diensten personenabhängig sein, im Wesentlichen ist es aber ein strukturelles Defizit, das die Zusammenarbeit erschwert. Denn Deutschland ist nach wie vor ein Land der Säulen der Fachlichkeit, die sich gegenüberstehen und in ihren Beziehungen nur wenig konstant sind. Jede Säule hat ihre eigene Logik, ihre spezielle Sprache und eigenen Strukturen. Und in das starre Fördersystem der Bundesrepublik passt vieles nicht hinein und wird daher auch nicht finanziert. Im Bereich der Gesundheitshilfe erhält beispielsweise ein Arzt für die Kooperation mit anderen Diensten keine Leistungen durch die Krankenkasse, auch die Honorare für die präventive Beratung decken eine Zusammenarbeit in einem Netz mit anderen Akteuren nicht ab. Ähnliches gilt für die Kinder- und Jugendhilfe, Ressourcen für die Zusammenarbeit sind häufig nicht in den Arbeitsplatzbeschreibungen enthalten. Starre Strukturen werden durch solche Gegebenheiten verfestigt. Dies sind nur einige Gründe für die allgemeine Zurückhaltung.

Eine enge Zusammenarbeit der Dienste, die den Prozess des Aufwachsens begleiten und unterstützen, ist eigentlich unverzichtbar. Wie schwer diese hoch spezialisierte Welt der Hilfen und Förderung für die betroffenen Kinder und Jugendlichen und ihre Eltern zu verstehen ist, wird aus der Äußerung einer betroffenen Mutter deutlich: „Irgendwie hatte ich schon das Gefühl, dass mir alle helfen wollten, doch ein Konzept, das hatten sie – glaube ich wenigstens – nicht. Immer muss ich mit jedem Kind zu unterschiedlichen Stellen (KITA, Tagesheimgruppe, JGH, Erziehungsberatungsstelle etc.). Dann kommt auch noch die Familienhelferin einmal in der Woche“ (Institut für soziale Arbeit 1996, S. 190). Wir brauchen eine bessere Zusammenarbeit nicht in erster Linie um der Institutionen willen. Es geht darum, das gesamte System der Unterstützung und Hilfe so zu gestalten, dass die Menschen etwas davon haben und dass wir sie in ihren Problemlagen so

früh wie möglich erreichen. Gerade der enge Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialen Lebenslagen zwingt uns dazu, die Bande zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und den Gesundheitsdiensten enger zu ziehen.

DIE NOTWENDIGKEIT DER ZUSAMMENARBEIT ERGIBT SICH AUS DEN LEBENSLAGEN DER MENSCHEN

In jüngster Zeit stellen wir eine Aufbruchstimmung fest: bei den Ärzten und Kammern, beim Öffentlichen Gesundheitsdienst, in der Kinder- und Jugendhilfe und auch in der Politik. Die dramatischen Fälle von Kindstötung und Kindesvernachlässigung und die daraus gezogenen fachlichen und politischen Schlussfolgerungen haben beide Professionen näher zusammengebracht. Der Gesundheitsbereich hat über die Kinderärzte und auch die Hebammen einen offenen Zugang zu Familien und kann oftmals schon früh erkennen, ob Hilfe notwendig ist. Ferner ist auch die Kinder- und Jugendhilfe aufmerksamer geworden, nicht zuletzt durch die Befunde zur Kindergesundheit, wie zum Beispiel dargelegt im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts (2007) oder dem aktuellen Gesundheitsbericht der Stadt Köln (2009). Wie notwendig ein engeres Zusammenspiel sein kann, wird insbesondere deutlich bei Kindern psychisch kranker Eltern oder bei Kindern mit Behinderungen. Und schließlich fordern kommunale Gesundheitsberichte, die den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit, zwischen mangelnder Bildungsförderung und gesundheitsbewusstem Verhalten aufzeigen sowie auf die wachsende Zahl der auffälligen Kinder aufmerksam machen, eine multiprofessionelle Antwort auf wachsende Problemkonstellationen.

Eines ist klar: Die Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen sind für die Zukunft jeder Gesellschaft von erheblicher Bedeutung. Die Grundlagen für die Gesundheit eines jeden sind in hohem Maße mitbedingt durch Einflüsse aus der frühen Kindheit. Zu den wichtigsten Grundbedürfnissen von Kindern zählen vor allem Zuwendung und intensive Förderung. Nicht selten stehen die gesundheitlichen Probleme von Kindern und Jugendlichen im Zusammenhang mit übergreifenden ökonomischen, sozialen und kulturellen Problemen, die teilweise unmittelbar als Quelle von Beeinträchtigungen ausgemacht werden

können. Das Thema Armut mit den Folgerungen für das einzelne betroffene Kind wird uns derzeit eindringlich vor Augen geführt. Schwierige familiäre Beziehungen sowie schädigende Einflüsse des sozialen Umfeldes der Kinder provozieren konkrete Gesundheitsrisiken, wie zum Beispiel ein zu geringes Geburtsgewicht oder chronische Krankheiten während der Kindheit, die wiederum Entwicklungsrisiken für die Kinder mit sich bringen. Untersuchungsergebnisse von interdisziplinär orientierten Forscherteams weisen auf eine generell starke Veränderung der Lebensphasen von Kindheit und Jugend hin. Zunehmende Individualisierungstendenzen in der Gesellschaft vergrößern einerseits die Chancen und Möglichkeiten für Kinder und Jugendliche, sind andererseits aber auch Ursache für Risiken und Überforderung.

Im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit stellen wir eine besorgniserregende Entwicklung fest. Nach den medizinischen Befunden nehmen nicht nur chronische Krankheiten, vor allem Allergien, zu, sondern auch Krankheitsphänomene aufgrund psychosozialer Belastungen, Befindlichkeits- und Kommunikationsstörungen, Konzentrationsprobleme, aggressive Verhaltensweisen und anderes mehr. Auch Fälle von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern scheint es immer häufiger zu geben, vielleicht finden diese aber auch mehr Beachtung als früher. Diese Befunde aus Wissenschaft und Praxis sind es, die das Thema Jugendhilfe und Gesundheit wieder in den Vordergrund der Betrachtungen sowohl der Jugendminister- wie der Gesundheitsministerkonferenz, aber auch der lokalen kommunalen Politik drängen.

Daten der jährlichen Schuleingangsuntersuchung zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen machen deutlich, dass rasches und vor allem kooperatives Handeln an der Zeit ist. Hinweise zum gesundheitlichen Zustand geben auch neuere Untersuchungen. Auffällig ist zum Beispiel:

- Etwa sieben bis zehn Prozent aller Kinder und Jugendlichen sind von chronischen Krankheiten betroffen, die Tendenz ist steigend.
- Die Zahngesundheit lässt nach; die Häufigkeit des Kariesvorkommens ist polarisiert, das heißt, dass bei zirka dreißig Prozent der Kinder siebzig Prozent der Karies diagnostiziert werden.

- In ihrer seelischen Gesundheit sind fünf bis zehn Prozent der Kinder gefährdet. Hinweise hierfür sind die wachsende Inanspruchnahme von Sorgentelefonen für Kinder und einige zehntausend Ausreißer pro Jahr bundesweit. Zehn bis fünfzehn Prozent der Schulanfänger werden als verhaltensauffällig eingestuft, zum Beispiel als stark gehemmt, übermäßig aggressiv oder sehr unruhig.
- Es gibt eine hohe Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und -psychiatern sowie von Erziehungsberatungsstellen, und die Suizidversuche bei Kindern und Jugendlichen nehmen zu (siehe zum Beispiel Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009; Richter, Hurrelmann, Klocke, Melzer und Ravens-Sieberer 2008).

EINE KOOPERATION VON GESUNDHEITS- UND JUGENDHILFE IST DRINGEND NOTWENDIG

Die Professionen beider Bereiche müssten im Prinzip ein großes Interesse daran haben, sich über den Erfolg ihrer Arbeit zu vergewissern, und immer wieder Versuche gemeinsamen Handelns unternehmen. Denn angesichts der geschilderten Komplexität der Problemlagen sind erfolgversprechende Lösungen immer seltener im Alleingang möglich.

Die Kinder- und Jugendhilfe und die Gesundheitshilfe sind in besonderem Maße gefordert, präventive und kurative Angebote vorzuhalten oder neue Ansätze zu entwickeln. Alle Chancen sollten genutzt werden, um das grundsätzlich hohe Niveau der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zu erhalten. Bei den zum Teil sehr erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen aber kommt es auf ein rechtzeitiges, ziel- und passgenaues Handeln an.

Je isolierter Lösungen entwickelt und umgesetzt werden, umso wahrscheinlicher ist ein Scheitern. In einem gesundheitsfördernden lokalen Raum sollten die inhaltlichen Dimensionen der beiden Bereiche in einem konsistenten Förderkonzept zusammengeführt werden. Ausgehend von den jungen Menschen in ihren spezifischen Lebensräumen und ihren individuellen lebensbiografischen Bedürfnissen, sind auf der Basis eines pädagogischen

und gesundheitlichen Gesamtkonzeptes die Gesundheitshilfe und die Kinder- und Jugendhilfe institutionell und verbindlich miteinander zu verzahnen. Im Kern gehören zu dieser Struktur insbesondere Familien, Schulen, Kindertageseinrichtungen, Orte der Familienbildung, der Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit, Sportvereine, Angebote der beruflichen Bildung, Träger und Einrichtungen kultureller Angebote, Volkshochschulen, Einrichtungen der Weiterbildung, die Ärzteschaft, der Öffentliche Gesundheitsdienst, die Krankenkassen und die Hebammen.

Zweifellos ist die Abgrenzung der Fachdisziplinen, die sich mit dem Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen zu befassen haben, immer weniger zu akzeptieren, und stabile Formen von Zusammenarbeit sind eine zwingende Alternative. Dafür sprechen die ökonomischen, sozialen, gesundheitlichen und bildungspolitischen Entwicklungen wie auch die Grenzen, die beide Bereiche in ihrem Tun erfahren und die sichtbar werden, wenn es um die Messung der Wirksamkeit professionellen Handelns geht.

Übertragen wir die Erkenntnis aus der PISA-Studie, dass die soziale Herkunft den Bildungserfolg bestimmt, auf die Gesundheitssituation der Kinder, so werden wir trotz einer ausdifferenzierten Hilfelandschaft sowohl in der Kinder- und Jugendhilfe als auch im Gesundheitsbereich nüchtern erkennen müssen: Nicht nur der Bildungserfolg wird von der sozialen Herkunft bestimmt, sondern auch die gesundheitliche Verfasstheit und die Chancen und Möglichkeiten eines gelingenden Aufwachsens.

BEISPIELE GUTER KOOPERATIONEN SIND ALLGEGENWÄRTIG

In der Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere in den unterschiedlichen Fachdiensten, im Kindergarten, in der Jugendarbeit, in der Jugendsozialarbeit und vor allem jetzt im Bereich des Kinderschutzes, kommen auf die Fachkräfte ganz enorme Herausforderungen zu. Sie haben häufig den Erstkontakt zu sozial benachteiligten Kindern und spüren, dass sie nicht nur ihre pädagogische Förderung in die Wege leiten, sondern auch die gesundheitliche Perspektive in ihr Handlungskonzept einbeziehen müssen. Dabei brauchen sie aber die Unterstützung und die Begleitung der Gesundheitsdienste.

Schon Anfang der 1990er-Jahre haben die Jugendministerkonferenz und die Gesundheitsministerkonferenz die Fachwelt aufgerufen, stärker zusammenzuarbeiten, aufeinander zuzugehen und vor allem eine Struktur der Vernetzung zu entwickeln, die eine selbstverständliche Zusammenarbeit der beiden Dienste sicherstellen sollte. In den Jahren 2005 und 2006 hat die Jugendministerkonferenz mit ihren Beschlüssen zum Thema „Kinder und Gesundheit“ eindeutig Position bezogen. Darin kommt die Hoffnung zum Ausdruck, dass allen Bedenken zum Trotz das Trennende, wie etwa die unterschiedliche Sprache, überwunden werden kann. Nicht zuletzt haben die aktuellen Diskussionen zum Thema Kinderschutz die Jugendhilfe und die Gesundheitshilfe wieder näher zueinandergebracht und Versuche und Ansätze verstärkt, vor Ort verbindliche und zielgenaue Strukturen zu schaffen.

Es gibt inzwischen viele Beispiele für eine gelungene Zusammenarbeit und die Schaffung eines stabilen Netzes. Hierfür stehen die gesundheitsfördernde Kindertagesstätte, der interdisziplinäre Kinderschutz, Fortbildungsmodule wie „Kids for Kids“, das Gesundheitsnetzwerk „OPUS“, Elternkurse in der Familienbildung und Netzwerke mit Hebammen und Ärzten im Rahmen sozialer Frühwarnsysteme. Viele Projekte werden gemeinsam mit Krankenkassen geplant und durchgeführt, denn diese haben großes Interesse an einer wirksamen und frühzeitigen Prävention. Dies alles lädt zur Nachahmung ein, man muss nur einen Anfang machen und Verantwortliche und Institutionen dafür gewinnen.

REGELUNGSLÜCKEN ERSCHWEREN DIE KOOPERATION

Natürlich bedürfen Impulse zunächst keiner gesetzlichen Regelung. Aber wenn es um Grundlagen und Sicherheit geht und Zufälligkeit und Instabilität überwunden werden sollen, dann sind gesetzliche Verpflichtungen zur Zusammenarbeit hilfreich. Das gilt etwa für die Kinder- und Jugendhilfe, die nach § 81 SGB VIII zur Zusammenarbeit mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen verpflichtet ist. Es gibt aber keine entsprechende Verpflichtung der anderen Partner, und auch die kommunale Gesundheitsberichterstattung ist der alleinigen Entscheidung einer Kommune überlassen.

Angesichts dieser Situation ist es der Sache dienlich, dass das Thema Kindergesundheit und Gesundheitsförderung den Schwerpunkt des Dreizehnten Kinder- und Jugendberichtes der Bundesregierung bildet. An den Ergebnissen und Vorschlägen wird weitergearbeitet. Eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Mitgliedern der Gesundheits- und der Jugendministerkonferenz, befasst sich derzeit mit den Regelungslücken zwischen dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) und dem Sozialgesetzbuch Achtes Buch Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII). Ihr Ziel wird sein, im Bereich der Prävention von Kindesvernachlässigung und Misshandlung sowie der Frühen Hilfen Vorschläge zu erarbeiten, wie sich solche Lücken schließen lassen. Ausschlaggebend war die Erkenntnis, dass die Schwangerschaft und die ersten drei Lebensjahre im Hinblick auf den Kinderschutz ganz entscheidende Phasen sind.

Aus der langen Diskussion um die Kooperation von Jugendhilfe und Schule ist bekannt, dass Verbindlichkeiten zwischen den Bereichen erst noch geschaffen werden müssen. Das gilt auch für das Öffentliche Gesundheitswesen und die Kinder- und Jugendhilfe, hier bedarf es einer gesetzlich geregelten Zusammenarbeit und Vernetzung vor Ort. Örtliche Gesundheitskonferenzen sind ein vielversprechender Ansatz, sie sind aber noch nicht in dem erforderlichen Maße in allen Kommunen eingeführt. Ihr Aufgabenspektrum müsste zudem überdacht und erweitert werden, etwa dahingehend, dass sie Kooperationsverbünde herstellen und aufrechterhalten. Bislang jedoch sind in den gesetzlichen Grundlagen für den Gesundheitsdienst Regelungen zur Kooperation weder vorgesehen noch beabsichtigt. Es gibt zwar einzelne Bemühungen, so zum Beispiel in Bayern, im Kern aber orientiert sich bis heute die Kooperationsbereitschaft der Ärzteschaft allein an der Berufsständeordnung und nicht an gesetzlichen Vorgaben.

Dass es strukturelle Defizite gibt, zeigt sich auch auf Bundesebene. Die Arbeitsgruppe Gesundheitsziele befasst sich insbesondere mit dem Thema „Gesund aufwachsen“ und hat den Auftrag, nationale Gesundheitsziele zu formulieren. Sie wurde gegründet auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit im Jahr 2000 und über die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. eingesetzt. Beteiligt ist auch ein Zusammenschluss der Leistungsträger und der Leistungserbringer. Es ist bezeichnend, dass für die Mitarbeit am Thema „Gesund aufwachsen“ erst

auf Hinweis der Jugend- und Familienministerkonferenz ein Vertreter der Kinder- und Jugendhilfe beigezogen wurde.

Positiv und ermutigend ist die veränderte Haltung vieler Kinder- und Jugendärzte. Hier hat es zumindest in Nordrhein-Westfalen einen deutlichen Schritt nach vorne gegeben. Die Ärzte suchen vielfach die Kooperation mit Stellen der Kinder- und Jugendhilfe, wenn sie neben einer gesundheitlichen Therapie auch die pädagogische Förderung für notwendig und hilfreich erachten. Sie beginnen allmählich, die gesundheitliche Förderung nicht zu trennen von sozialer und pädagogischer Förderung. Und für die Kinder- und Jugendhilfe bedeutet dies, stärker auf die Kinder- und Jugendärzte vor Ort zuzugehen.

Ohne Zweifel zeigen die Erfahrungen, dass die Themen- und Problempalette breit ist, Impulse nötig sind und die kommunale Ebene hier mehr Anstöße geben muss als bisher.

IMPULSE FÜR EINE GELINGENDE KOOPERATION

Zweifelsohne ist noch vieles an Verständigung zu leisten, wenn es in Zukunft eine stabilere und vor allem selbstverständlichere Zusammenarbeit geben soll. Es beginnt schon beim Gesundheitsbegriff, der unterschiedlich definiert wird und Ausdruck unterschiedlicher Sichtweisen ist. Laut Weltgesundheitsorganisation ist Gesundheit ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens. Dementsprechend ist eine gesunde Lebensführung immer auch verbunden mit der Fähigkeit, die eigenen Kompetenzen einzusetzen und präventiv Risiken erkennen und minimieren zu können. Die Ziele der Gesundheitshilfe und der Kinder- und Jugendhilfe kommen sich in diesem Bereich der Gesundheitsförderung sehr nahe. Es gibt eine Menge Herausforderungen, die angepackt werden wollen. Einige davon seien nachfolgend skizziert.

- Zunächst müssen sich die Akteure der Gesundheitsförderung aus beiden Systemen darüber verständigen, was sie unter Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung verstehen. („Gesundheitsbildung“ hat den Begriff „Gesundheitserziehung“ abgelöst und umfasst alle Angebote der Information, Aufklärung und so weiter.) Verwenden sie die gleichen Indikatoren und Messgrößen, oder gehen sie viel zu selbstverständlich davon

aus, dass der jeweils andere schon dasselbe meint? Dazu gehört eine Klärung darüber, was ein ganzheitlicher Ansatz von Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung bedeutet, wo die jeweiligen Schwerpunkte und Kompetenzen liegen beziehungsweise wo sie ihre Grenzen sehen.

- Ist Gesundheitsbildung nicht auch in der Kinder- und Jugendhilfe anzusiedeln? Alles spricht dafür, denn ein gelingendes Aufwachsen von Kindern ist ohne Gesundheitsbildung gerade in den frühen Lebensjahren nicht möglich. Bei dieser Aufgabe sind die Kompetenzen und die Stärken der Familie, aber auch der Kinder selbst einzubeziehen, und es müssen Potenziale geweckt werden, die auf ein nachhaltig positives Gesundheitsverhalten hinwirken. Insbesondere bei den Familien, die in sozial benachteiligten Verhältnissen leben, ist es notwendig, immer wieder Anstöße zu geben. Hier setzt die Aufgabe der Bildungsarbeit in der Kinder- und Jugendhilfe ein. Sie wurde zunächst mit verstärkten Maßnahmen im Kontext des präventiven Kinderschutzes begonnen und muss nun unter anderem ausgeweitet werden auf die Felder der Familienberatung, der Familienbildung, der Erziehungsberatung und auf die Hilfen zur Erziehung. Mehrgenerationenhäuser, Zentren für Kinder und Familien, Familienzentren, Mütterzentren und eine Vielzahl von Institutionen im lokalen Raum praktizieren eine Gesundheitsbildung im übergreifenden Sinne. All diese Orte zeichnen einen niederschwelligeren Arbeitsansatz aus.
- Gesundheitliche Risiken von Kindern und Jugendlichen lassen sich vermeiden oder verringern, wenn Prävention und Aufklärung effizient und möglichst frühzeitig erfolgen. Gerade hier können der Öffentliche Gesundheitsdienst (mit seinem Zugang zu den Schulen) und die Kinder- und Jugendhilfe eng miteinander kooperieren. Angebotslücken in der Kinder- und Jugendhilfe zeigen, dass es so wichtig wäre, die Gesundheitsförderung über eine Stärkung der Handlungskompetenz von Kindern und Jugendlichen und zugleich über eine Verbesserung der Lern-, Arbeits- und Lebensbedingungen herbeizuführen. Angesichts des massiven Ausbaus der Ganztagsgrund- und -hauptschulen (in Deutschland gibt es derzeit rund 10.000 Ganztagschulen) bieten sich neue Ansatzmöglichkeiten: für das Lehrpersonal, für Ärzte und Gesundheitsdienste, aber auch für die Kinder- und Jugendhilfe. Dass die Chancen früher Prävention bereits ergrif-

fen werden, zeigt der Boom an vielen Kindergärten und Schulen. So haben sich Kindergärten zu Bewegungskindergärten entwickelt. Gesunde Ernährung prägt ebenso den Alltag wie Präventionsansätze in gesundheitlicher Hinsicht. Gerade Ganztagschulen nutzen den außerunterrichtlichen Bereich zur Zusammenarbeit mit dem Sport und nehmen Angebote der Gesundheitsprävention wahr, zum Beispiel in der Drogen- und Alkoholprävention.

- Im Kontext des frühen Kinderschutzes ist ein besser verzahntes Miteinander unumgänglich. Der § 8 a SGB VIII ermöglicht es der Kinder- und Jugendhilfe, neue Ansätze des Zusammenwirkens mit den Gesundheitsdiensten zu entwickeln und die aufsuchende Elternarbeit dann zu intensivieren, wenn Risiken und Gefährdungen erkannt werden. Es muss ein gemeinsames Risikomanagement geschaffen werden, denn immer wieder ist festzustellen, dass Risiken unterschiedlich eingeschätzt, bewertet und auch verschieden angegangen werden.
- Das Fachpersonal muss entsprechend geschult werden, wenn die Kindergesundheit flächenübergreifend gefördert werden soll. Die Stärkung der Erziehungs- und Familienkompetenz sollte Thema der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Professionen der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens sein. Wirkungsvolle Elternarbeit im Rahmen von Informationsveranstaltungen in Kindergärten und Schulen sowie adäquate Multiplikatorenschulungen von pädagogischen Fachkräften kann die Kinder- und Jugendhilfe durchführen. Die Ärzteschaft, die Apotheken und die Krankenkassen können hilfreiche Unterstützung leisten. In der Elternarbeit selbst sind sie weniger kompetent, insbesondere dann, wenn es um niederschwellige Angebote geht.
- Um der zunehmenden Gefährdung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu begegnen, ist es notwendig, verstärkt mit Fachkräften der Kinder- und Jugendpsychiatrie zusammenzuarbeiten. In diesem Bereich sind verlässliche Diagnosen über Störungen der emotionalen oder sozialen Entwicklung, das Erkennen von Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung und sexuellem Missbrauch von entscheidender Bedeutung. Betroffene Kinder und Eltern benötigen eine weiter gehende professionelle Beratung und Behandlung, als

es die Kinder- und Jugendhilfe und die Gesundheitshilfe leisten könnten.

- Schwierig gestaltet sich die Zusammenarbeit bei der Hilfe für Kinder psychisch kranker Eltern. Sie sind stärker in das Zentrum der Aufmerksamkeit geraten, und in der Praxis zeigt sich eine große Unsicherheit, wie diese Kinder entsprechend gefördert werden können. Ebenso ist der Umgang mit suizidgefährdeten jungen Menschen nur in enger Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgreich.
- Wichtig sind gemeinsame Fortbildungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beider Systeme. Bislang wird diese Möglichkeit noch viel zu wenig genutzt. Dabei ist es erwiesen, dass das gegenseitige Kennenlernen und der fachliche Austausch das Zusammenwirken vor Ort stärken und positiv befördern. Ohne Frage bieten die Ausbildung und die Fort- und Weiterbildung die Chance, bestehende Fragmentierungen zu überwinden und Spezialisierungen nicht als trennende, sondern als zusammenwirkende Kompetenzen zu verstehen. In der Ausbildung von Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe sollte ein tiefgreifendes Verständnis von Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung vermittelt und über die rechtlichen Grundlagen und die Möglichkeiten der Gesundheitsdienste informiert werden. In der Ausbildung der Gesundheitsberufe wiederum ist mehr Sensibilität für gesundheitsfördernde Aspekte in der Jugendhilfe und für den sozialpädagogischen Blickwinkel und die Lebenswirklichkeit von Kindern und ihren Familien zu entwickeln.

STRUKTURELLE VORAUSSETZUNGEN FÜR EINE GELINGENDE KOOPERATION

Um all diesen Herausforderungen begegnen und gemeinsame Handlungskonzepte entwickeln zu können, müssen verbindliche und tragfähige Kooperationsstrukturen geschaffen werden. Es gibt eine Reihe von Instrumenten und Möglichkeiten, die schon die Jugend- und Gesundheitsministerkonferenz aufgegriffen hat:

- Die Entwicklung von Gesundheitszielprozessen findet auf kommunaler, Landes- und Bundesebene statt.
- Es werden regionale Arbeitsgruppen oder regionale Gesundheitskonferenzen etabliert.
- Das Fachpersonal der Kinder- und Jugendhilfe tritt in einen Austausch mit Amtsärztinnen und -ärzten und nimmt an Dienstversammlungen des Schul- und Jugendärztlichen Dienstes teil. Der Gesundheitsdienst wiederum beteiligt sich an Sitzungen des Jugendhilfeausschusses. (Es reicht beispielsweise nicht, nur den Leiter des örtlichen Gesundheitsamtes mit einzubeziehen.)
- Die Gesundheits- und Jugendämter tauschen sich regelmäßig aus und beziehen andere Kooperationspartner mit ein, insbesondere bei gezielten Maßnahmen auf breiter Basis. Dies gilt beispielsweise im Bereich der Kindertagesstätten, bei den Schuleingangsuntersuchungen, bei der Drogenprävention oder in Netzwerken, wie zum Beispiel OPUS.
- Eine ämterübergreifende Organisationskultur würde es erlauben, Fehler zu erkennen, sie offen anzugehen und notwendige Veränderungen einzuleiten – ein erstrebenswertes Unterfangen im Dienste der Kindergesundheit.

Eine regelmäßige Gesundheits- und Sozialberichterstattung sowie eine Bedarfs- und Hilfeplanung – beides gibt es noch nicht flächendeckend – sind für die Kommunen von herausragender Bedeutung. Sie brauchen gesicherte Erkenntnisse über die Lebenswelt von Kindern, über deren emotionalen, sozialen und gesundheitlichen Zustand, wie sie Gesundheits- und Jugendberichte liefern. Eine Gesundheits- und Jugendberichterstattung ist wichtig, um eine Verständigung über die Daten herbeizuführen. Nur wenn man sich in der Analyse und in der Interpretation der Befunde einig ist, wird man auch zu gemeinsamen gesundheits- und jugendpolitischen Zielsetzungen kommen und mit vereinten Kräften Maßnahmen und Förderkonzepte entwickeln. Rechtzeitige und angemessene Hilfen sind effektiver und helfen letztendlich Kosten sparen.

Insbesondere zur Qualifizierung der Gesundheitshilfen, vor allem im Kontext des Kinderschutzes, sind Qualitätsstandards erforder-

lich, an denen sich die unterschiedlichen Professionen orientieren müssen. Sich darüber zu verständigen, was unter der Gesundheitsförderung einer Einrichtung verstanden wird, wie Maßnahmen fachlich ausgestaltet und durchgeführt werden müssen, ist dabei ebenso wichtig wie die Entwicklung von Kriterien, die eine verbindliche, zielorientierte Kooperation ausmachen. Dies kann zum Beispiel über Kooperationsverträge gelingen.

Ein wichtiger Aspekt bei der Qualifizierung der Hilfesysteme ist das Ansetzen an vorhandenen sozialen Strukturen vor Ort, wie es durch die Lebensweltorientierung in der Kinder- und Jugendhilfe geschieht. Gemeint ist nicht nur, dass Einrichtungen sich öffnen, sondern dass sie aktiv auf Kinder, Jugendliche und ihre Familien zugehen, Quartiersmanagement betreiben und die Strukturen des Gemeinwesens im lokalen und bezirksnahen Raum besser nutzen. Hierbei können Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe vom Kindergarten über das Jugendhaus bis hin zu Familienzentren, Mehrgenerationenhäusern und Mütterzentren wichtige (Gesundheits-)Orte werden, einerseits um die Gehstruktur auch für den Gesundheitsbereich zu erreichen, andererseits um eine erfolgreiche Realisierung eines Frühwarnsystems zu ermöglichen. Hierzu gehören neben Instrumenten zur Gefährdungseinschätzung auch eine Gefährdungsbeschreibung anhand von altersentsprechenden Clustern, die unterschiedliche Entwicklungsphasen und Fördernotwendigkeiten ebenso einbeziehen wie ein Risikomanagement, welches dazu dient, potenzielle Risiken und Gefährdungen zu erkennen und Fehler zu vermeiden.

Kooperation setzt aber auch strukturelle Rahmenbedingungen, wie zeitliche und finanzielle Ressourcen, voraus, die geeignet sind, die Arbeit der Öffentlichen Gesundheitsdienste und in den Jugendämtern sowie anderer Akteure in diesem Bereich nachdrücklich zu unterstützen. Es geht eben nicht allein um die fachliche Kompetenz und eine angemessene personelle Ausstattung. Kooperation ist zumeist nicht Gegenstand von Arbeitsplatzbeschreibungen und Ähnlichem, sondern wird in vielen Fällen als zusätzliche Aufgabe aus der Erkenntnis heraus wahrgenommen, dass sie wichtig und notwendig ist. Des Weiteren müssen Organisationsstrukturen so gestaltet sein, dass Barrieren und Einschränkungen aufgehoben und eine sachgerechte Wahrnehmung der Zusammenarbeit möglich ist. Denn es ist eine Tatsache: Kooperation beansprucht Zeit, erfordert eine Balance der profes-

sionellen Handlungsbedingungen und gelingt nicht ohne Geduld und Ausdauer. Das heißt, jede Fachkraft hat sich immer wieder zwischen den unterschiedlichen Aufgaben, die sie wahrnehmen muss, zu entscheiden. Dabei kommt der Blick auf die Kooperation in der Regel zu kurz, vor allem dann, wenn sie zusätzlich geleistet werden muss.

FAZIT

Insgesamt zeigt sich, dass wir uns in Deutschland offenbar in allen Feldern sehr schwertun, unterschiedliche professionelle Systeme – auch dann, wenn sie mit denselben Kindern und Eltern arbeiten und die gleichen Ziele verfolgen – zusammenzubringen und vor allem strukturell zusammenzuhalten. Dabei lässt die von vielen immer wieder beschworene Formel von der Ganzheitlichkeit des Hilfedankens eigentlich keine andere Perspektive zu. Zusammenarbeit ist nicht nur eine Forderung, die auf das Zusammenwirken unterschiedlicher Professionen abzielt, sondern zugleich auch ein Anspruch an die eigene Zukunft.

Man könnte aus all den Praxiserfahrungen den Schluss ziehen, dass es gut wäre, wenn die Jugendhilfe einen Stützpunkt im Gesundheitsamt hätte, eine Person, die bereits frühzeitig auf das Zusammenwirken in bestimmten Fragen achtet; umgekehrt wäre dies ebenso sinnvoll. Wahrscheinlich aber wird man sich weiter anstrengen müssen, um die gegenseitige Akzeptanz zu stärken und das Zusammenwirken immer wieder einzufordern. Es wäre schade, wenn die in vielen Projekten in Gang gesetzte Zusammenarbeit nicht bald zur Selbstverständlichkeit würde. Um dies zu erreichen, müssen alle – auch die Politik – an einem Strang ziehen.

Literatur

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2009). Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen – Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe. Berlin: Bundestagsdrucksache 16/12860.

Institut für soziale Arbeit e.V. (1996). Kinder in Not. Münster: Eigenverlag.

Munz, Eva & Cloos, Bertram (2009). Prekäre Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen. Sozialberichterstattung Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

Richter, Matthias, Hurrelmann, Klaus, Klocke, Andreas, Melzer, Wolfgang & Ravens-Sieberer, Ulrike (Hrsg.) (2008). Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim: Juventa.

Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2007). Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Heft 5/6.

Stadt Köln (Hrsg.) (2009). Kindergesundheit im Vorschulalter. Gesundheitsbericht 2009.

Andreas Klocke

Soziales Kapital als Ressource der Armutsbewältigung und der Gesundheitsstärkung im Jugendalter

Viele Studien haben in den letzten Jahren auf den engen Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit beziehungsweise Armut und Gesundheit hingewiesen. Für Kinder und Jugendliche kann sich der sozioökonomische Status ihrer Herkunftsfamilie in mannigfaltiger Weise auf ihre soziale und gesundheitliche Entwicklung auswirken. Die Zusammenhänge von sozialer Herkunft und Entwicklungsverzögerungen, wie sie in einer Vielzahl von sozialpädiatrischen Untersuchungen nachgewiesen wurden, zeichnen das Bild einer Verschränkung und Kumulation von Benachteiligungen bei Kindern aus armen Familien (Klocke und Lampert 2005; Richter, Hurrelmann, Klocke, Melzer und Ravens-Sieberer 2008). Im Vergleich zu bessergestellten Gleichaltrigen haben sie ungünstige Startchancen in Schule und Beruf, ist ihr Gesundheitszustand oftmals schlechter und zeigen sie Verhaltensweisen, die ihrer Gesundheit weniger förderlich sind.

Wie Kinder und Jugendliche belastende Lebenssituationen verarbeiten und bewältigen, wird in der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion mit dem Begriffspaar „Risikolagen“ und „Schutzfaktoren im Jugendalter“ eingefangen. Dabei werden verschiedene Risiko- und Schutzfaktoren unterschieden, die auf der individuellen Ebene (Intelligenz, Selbstwertgefühl), der familialen (Familienform, sozioökonomischer Status der Familie), der interaktiven (Freunde, Gleichaltrigengruppe) sowie der sozialen (Nachbarschaft, Kommune) Ebene angesiedelt sind (Furstenberg, Cook und Eccles 1999; Jessor 1998; Klocke 2006; Kolip 2003). Diesen Faktoren wird grundsätzlich eine doppelte Wertigkeit zugesprochen, da sie sowohl Risiken als auch Schutz bereithalten können. Richard Jessor (1998) führt beispielhaft aus, dass „schlechte“ Schulen eine schädigende Wirkung auf Kinder und Jugendliche haben, wohingegen „gute“ Schulen als protektive Faktoren zu werten sind.

Grundsätzlich kommt allen Risiko- und Schutzfaktoren eine eigenständige Kraft zu, und Kombinationen und Häufungen werden als wahrscheinlichste Ursache für bestimmte Resultate in der Sozialisation junger Menschen angesehen (Furstenberg, Cook und Eccles 1999).

Welche Wirkungen soziale Ressourcen auf die Gesundheit von Kindern entfalten können, ist eine der aktuellen gesundheitspolitischen Forschungsfragen und wird in den letzten Jahren zunehmend unter dem konzeptionellen Dach „social capital“ rege diskutiert. Im Folgenden soll anhand empirischen Materials exemplarisch der Einfluss sozialen Kapitals aufgezeigt werden als vermittelnde Variable zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit im Jugendalter. Hierzu wird zunächst die zugrunde gelegte Datenbasis vorgestellt und gezeigt, wie sich das Konzept Sozialkapital in der sozialwissenschaftlichen Forschung operationalisieren lässt. Im Mittelpunkt der Ausführungen stehen Analysen zur Wirkung sozialen Kapitals und abschließend die Frage, welche sozial- und gesundheitspolitische Bedeutung die stärkere Berücksichtigung sozialen Kapitals hat.

DATENGRUNDLAGE

Die folgenden Darlegungen basieren auf Daten der Studie „Health Behaviour in School-aged Children – A WHO Cross National Survey“ (HBSC), die alle vier Jahre in über dreißig Ländern Europas sowie in Nordamerika und in Israel durchgeführt wird und bei der zirka 200.000 Kinder und Jugendliche mit einem einheitlichen Forschungsdesign zu vielerlei Aspekten ihrer Gesundheit und ihres Gesundheitsverhaltens befragt werden (Richter, Hurrelmann, Klocke, Melzer und Ravens-Sieberer 2008). In Deutschland ist die Studie aufgrund finanzieller und forschungspragmatischer Gründe begrenzt auf die Bundesländer Nordrhein-Westfalen, Hessen, Sachsen und Berlin durchgeführt worden. (1) Befragt wurden für die WHO-Jugendgesundheitsstudie insgesamt 7.274 Schülerinnen und Schüler der fünften, siebten und neunten Klassen an allgemeinbildenden Schulen in Deutschland. Es wurde dazu eine repräsentative Zufallsstichprobe aus allen allgemeinbildenden Schulen des jeweiligen Bundeslandes gezogen. Die Auswahl der befragten Schulklassen (Klumpenstichprobe) orientierte

sich an der statistischen Verteilung nach dem Alter und den besuchten Schulformen in dem jeweiligen Bundesland.

Bekannt ist, dass soziale Ungleichheit die Gesundheit von Menschen mitbestimmt (Lauterbach 2007; Richter und Hurrelmann 2006). Wenn Kinder und Jugendliche in sozialer Deprivation aufwachsen, dann liegt dies in der Regel an der mangelnden Verdienstmöglichkeit ihrer Eltern. Soziale Ungleichheit von Kindern und Jugendlichen ist daher nur indirekt, vermittelt über das Elternhaus, zu erfassen. Auch wenn eingewandt werden kann, dass Jugendliche über eigene finanzielle Mittel verfügen, etwa Taschengeld und in den Ferien oder auch während der Schulzeit hinzuverdientes Geld, so spiegelt die unmittelbare Finanzkraft eines Jugendlichen nicht dessen tatsächlichen sozioökonomischen Status wider.

In der HBSC-Studie wird die soziale Lage von Kindern und Jugendlichen mit vergleichsweise belastbaren und einfachen Indikatoren gemessen, da ausschließlich die Kinder und Jugendlichen selbst befragt werden, also nicht zugleich auch deren Eltern. Es wird ein additiver, ungewichteter Summenwert sozialer Ungleichheit auf Basis der Items der im internationalen HBSC-Studienverbund entwickelten Family Affluence Scale, FAS (Currie, Todd und Platt 1997), gebildet (siehe dazu auch Richter, Hurrelmann, Klocke, Melzer und Ravens-Sieberer 2008). Insgesamt hat sich dieses Messverfahren bislang bewährt, sowohl in internationalen Vergleichen (Klocke 2006) als auch in anderen Studien (Gerhards und Rössel 2002). Die einzelnen Indikatoren wurden standardisiert und in einem additiven, ungewichteten „Wohlstandsindex“ zusammengefasst. Die hier gewählten Indikatoren des Wohlstandsindex weisen je für sich einen signifikanten und kongruenten Zusammenhang zu den weiter unten aufgeführten Zielvariablen auf und erfüllen so eine wichtige Bedingung der Konstruktion von Indizes. Der berechnete Summenwert wurde in fünf gleich große Gruppen, sogenannte Quintile, eingeteilt. Die Einteilung gewährleistet, dass der so gebildete Index eine möglichst einfache und aussagekräftige Struktur erhält. Bei der Messung der Gesundheitsvariablen sind wir auf den subjektiven Bericht der befragten Kinder und Jugendlichen angewiesen.

DER ZUSAMMENHANG VON SOZIALER UND GESUNDHEITLICHER UNGLEICHHEIT IM JUGENDALTER

Die Datenlage ist eindeutig (siehe Tabelle 1). Es bestehen signifikante Zusammenhänge zwischen der sozialen Ungleichheitslage der befragten älteren Kinder und Jugendlichen und deren Gesundheitsverhalten. Auch wenn beim Rauchen der Befund uneinheitlich ist, dominiert insgesamt das Muster: Je besser die soziale Lebenslage, desto günstiger ist das Gesundheitsverhalten. Dies zeigt sich sowohl bei der Zahnhygiene, dem Bewegungs- und Ernährungsverhalten als auch dem TV-/Videokonsum.

Tabelle 1

Gesundheitsverhalten von älteren Kindern und Jugendlichen in Relation zur sozialen Lebenslage (ausgewählte Indikatoren)

Gesundheitsverhalten	Indikatoren	Soziale Ungleichheit				
		1. Quintil (hoch)	2. Quintil	3. Quintil	4. Quintil	5. Quintil (niedrig)
Zahnhygiene	Selten/nie	6	3	3	2	1
Sport	Einmal wöchentlich oder gar nicht	31	25	22	20	15
Rauchen	Wöchentlich/täglich	10	11	8	10	8
TV-Konsum an Schultagen	Mehr als 5 Stunden täglich	14	10	9	7	8
Obst/Früchte essen	Weniger als einmal wöchentlich/nie	9	7	7	7	6

Angaben in Prozent, gerundet; alle Zusammenhänge sind signifikant auf dem Niveau $p \leq 0,05$; $n = 7.274$.

Quelle: HBSC-Survey Deutschland 2006, Deutsches HBSC-Konsortium; eigene Berechnungen.

Es soll nun betrachtet werden, in welcher Form soziales Kapital zwischen sozialer Ungleichheitslage und Gesundheitszustand und -verhalten vermittelt. Dazu werden zunächst das Konzept des sozialen Kapitals und seine methodische Operationalisierung für die Sozialforschung erläutert.

DAS KONZEPT SOZIALES KAPITAL

Eine weite, politikwissenschaftlich fundierte Verbreitung hat das Sozialkapital-Konzept im Rahmen von Gemeindestudien und einer Diskussion über die Entwicklungstendenzen von Zivilgesellschaften gefunden. Hier werden die sozialen Kohäsionskräfte einer Gesellschaft unter einer oftmals sozialräumlich bezogenen Perspektive betrachtet. Die Analysen sind zentral mit dem Namen Robert Putnam (1995) verbunden. Eine weitere Verwendung erfährt das Konzept bei Untersuchungen sozialer Unterschiede, wie sie Pierre Bourdieu (1983, 1987) entwickelt hat. Diese Studien analysieren, wie sozio-ökonomische Bedingungen mit Lebensstilen verknüpft sind. Zentrale Kategorien sind soziale Dispositionen, Habitus und Gruppendistinktionen. Anders als Putnam, der „social capital“ als kommunale beziehungsweise lokale Ressource versteht, stellt soziales Kapital bei Bourdieu eine individuelle Ressource dar und ist unmittelbar in das Geflecht sozialer Ungleichheit eingebunden. Soziales Kapital bezeichnet schließlich in Anlehnung an den britischen Soziologen Anthony Giddens auf Vertrauen basierende Netzwerke, auf die Menschen zurückgreifen können, wenn sie soziale Unterstützung benötigen. Es geht folglich um so etwas wie Einbettung, Dazugehörigkeit, Vertrauen – Ressourcen, die bei Bedarf Unterstützung und Hilfe bieten und im Alltag der Menschen für Stabilität und Wohlbefinden sorgen.

Soziales Kapital wird in der HBSC-Studie in drei Bereichen analysiert und gemessen (siehe auch Abbildung S. 56):

- *Soziales Kapital in der Familie und in der Freundesgruppe:* Hier werden die Dichte und insbesondere die Qualität der Beziehungen in der Familie berücksichtigt sowie analog dazu die Qualität der Beziehungen zum besten Freund beziehungsweise zur besten Freundin sowie zu gleich- und andersgeschlechtlichen Freunden. Des Weiteren wird die Größe des

Freundeskreises berücksichtigt, die über die Zahl der Freundinnen und Freunde erfragt wird.

- *Soziales Kapital in der Nachbarschaft:* Um den Grad an sozialer Unterstützung in der Nachbarschaft zu ermitteln, wird gefragt, wie das Verhältnis der Nachbarn zueinander ist. Können sie ins Vertrauen gezogen werden und stehen sie bei Bedarf unterstützend zur Seite? Wie sind die Freizeitmöglichkeiten im Umfeld der Wohngegend beschaffen?
- *Soziales Kapital in Institutionen:* Die Integration der Befragten in Institutionen wird mit zwei zentralen Variablen erfasst, zum einen darüber, wie oft sie einen Verein, Jugendclub oder eine Jugendgruppe besuchen, und zum anderen durch die Frage, ob sie sich an ihrer Schule (als Institution) wohlfühlen.

Abbildung

Konzeption und Operationalisierung sozialen Kapitals mit Beispielfragen

Soziales Kapital I	Soziales Kapital II	Soziales Kapital III
Qualität der Eltern-Kind-Beziehung und der Freundschaftsbeziehungen	Qualität der Nachbarschaft	Integration in Schule, Vereine, Organisationen
„Wie leicht fällt es Dir, mit den folgenden Personen über Dinge zu sprechen, die Dir wirklich wichtig sind?“	Zustimmung zu Statements wie: „Die Leute grüßen sich und sprechen miteinander“	Zustimmung zum Statement: „In meiner Schule kann man sich wohlfühlen“
Vater, Mutter, Stiefvater, Stiefmutter, Bruder, Schwester, Freunde usw.	„Ich kann Nachbarn um Hilfe bitten“ „Die Leute würden dich ausnutzen“	Häufigkeit des Besuches eines Vereins, Jugendclubs, Gemeindezentrums, einer Kirche usw.

Soziales Kapital gesamt

Die Summe aus den drei Bereichen bildet das individuelle Gesamtvolumen sozialen Kapitals.

Die Zusammenfassung der einzelnen Statements zu Indizes für soziales Kapital erfolgt analog der Messung der sozialen Ungleichheit: Die standardisierten Einzelwerte werden zu additiven Summenwerten gebündelt. Setzt man das Gesamtvolumen sozialen Kapitals oder auch einen seiner Bestandteile in Beziehung zur sozialen Ungleichheitslage, so zeigt sich, dass Kinder und Jugendliche in deprivierten Sozallagen über deutlich weniger soziales Kapital verfügen als ihre Altersgenossen in höheren sozialen Lagen. Materielle Armut geht also mehrheitlich mit einem Mangel an sozialen Beziehungen einher. Ob eben dies der Grund für den schlechteren Gesundheitszustand von sozial benachteiligten Menschen sein kann, wird im folgenden Abschnitt erörtert.

DIE WIRKUNGEN SOZIALEN KAPITALS AUF DIE GESUNDHEIT VON ÄLTEREN KINDERN UND JUGENDLICHEN

Wird das Gesamtvolumen sozialen Kapitals ebenfalls in Quintile zerlegt und der Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand und -verhalten analog zu Tabelle 1 dargestellt, so ergibt sich folgendes Bild (siehe Tabelle 2):

Der Blick auf das zur Verfügung stehende soziale Kapital der Befragten bestätigt den aus der Analyse sozialer Ungleichheitslagen bekannten signifikanten Zusammenhang: Wenn Kinder und Jugendliche vermehrt über soziales Kapital verfügen, dann fällt ihr Gesundheitsverhalten günstiger aus. Dies gilt auch für Faktoren, bei denen die soziale Ungleichheitslage nur schwache oder nichtlineare Zusammenhänge zeigte, zum Beispiel beim Rauchen.

Tabelle 2

Gesundheitsverhalten von älteren Kindern und Jugendlichen in Relation zur Ausstattung mit Sozialkapital in der Familie

Zielvariablen	Soziales Kapital				
	1. Quintil (wenig)	2. Quintil	3. Quintil	4. Quintil	5. Quintil (viel)
Zahnhygiene Selten/nie	5	3	3	1	2
Sport Einmal wöchentlich oder gar nicht	32	26	21	17	16
Rauchen Wöchentlich/täglich	15	10	9	7	5
TV-Konsum an Schultagen Mehr als 5 Stunden täglich	15	9	9	9	7
Obst/Früchte essen Weniger als einmal wöchentlich/nie	11	8	9	5	4
Gültige Fälle	901	910	907	912	910

Angaben in Prozent, gerundet; alle Zusammenhänge sind signifikant auf dem Niveau $p \leq 0,05$; $n = 7.274$.

Quelle: HBSC-Survey Deutschland 2006, Deutsches HBSC-Konsortium; eigene Berechnungen.

Zu fragen ist nun, ob soziales Kapital geeignet ist, die negativen gesundheitlichen Folgen sozialer Deprivation aufzufangen. Auch wenn geringe materielle Ressourcen oft mit niedrigem Sozialkapital einhergehen, so ist dieser Zusammenhang nicht zwingend. Die folgende Tabelle 3 verdeutlicht, wie das Gesundheitsverhalten (hier das Rauchen) innerhalb der einzelnen Soziallagen variiert, je nachdem wie hoch die Ausstattung mit sozialem Kapital ist.

Tabelle 3

Wirkungen sozialen Kapitals auf das Gesundheitsverhalten von älteren Kindern und Jugendlichen in Relation zur sozialen Lebenslage

Prävalenzraten für die Zielvariable „Rauchen, wöchentlich/täglich“	Soziales Kapital	
	Soziale Ungleichheit	
	wenig	viel
1. Quintil (hoch)	12	6
2. Quintil	15	9
3. Quintil	10	4
4. Quintil	12	6
5. Quintil (niedrig)	11	6
Insgesamt	12	6

Angaben in Prozent, gerundet; alle Zusammenhänge sind signifikant auf dem Niveau $p \leq 0,05$; $n = 7.274$.

Quelle: HBSC-Survey Deutschland 2006, Deutsches HBSC-Konsortium; eigene Berechnungen.

Die Untersuchungsergebnisse zeigen (siehe Tabelle 3), wie sich mit zunehmendem Sozialkapital das Gesundheitsverhalten auch beim Rauchen in allen sozialen Ungleichheitslagen verbessert. Der Anteil an Kindern und Jugendlichen, die täglich rauchen, nimmt in allen Statusgruppen im Durchschnitt um die Hälfte ab, sofern die Befragten über viel Sozialkapital verfügen. Im Detail (hier nicht ausgewiesen) zeigen sich wohl graduelle Unterschiede in der Wirkung, je nachdem in welchem Bereich die Betroffenen über soziales Kapital verfügen. Daraus aber eine Empfehlung abzuleiten, dass beispielsweise soziales Kapital in der Nachbarschaft besonders hilfreich ist und darum die Vernetzung der Familien gefördert werden sollte, ist nicht möglich. Dazu sind die Ergebnisse zu uneinheitlich.

Halten wir fest: Die Forschung rund um das Sozialkapital-Konzept hat deutlich gemacht, dass das Ausmaß an sozialem Kapital sich direkt auf das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen auswirkt. Dem Sozialkapital kommt daher in der Diskussion um die Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit eine vermittelnde Funktion zu.

SCHLUSSFOLGERUNGEN FÜR DIE GESUNDHEITSPOLITISCHE DISKUSSION

Armut wird häufig als Ausgangs- und Bezugspunkt gesundheitlicher Fehlentwicklungen im Kindes- und Jugendalter angenommen. Dieser Zusammenhang lässt sich auch hier bestätigen. Dabei zeigt sich, dass neben der unmittelbaren materiellen Armutslage ein Konglomerat sozialer Faktoren die gesundheitliche Situation beziehungsweise das Gesundheitsverhalten beeinflusst. So hängt die Belastung durch beziehungsweise die Verarbeitung von Armut unter anderem von dem Rückhalt und der Unterstützung ab, die den Heranwachsenden in ihrem sozialen Umfeld zuteil wird. Eine gute Einbindung in soziale Netzwerke und die in diesen gewährte emotionale und instrumentelle Unterstützung hat einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit und erleichtert den Umgang und die Bewältigung von belastenden Lebenssituationen (Klocke und Lipsmeier 2008; Stecher 2001). Studien der letzten Jahre legen sogar den Schluss nahe, dass – sieht man einmal von extremen Ereignissen ab – nicht so sehr die Belastungen für die Gesundheit des Menschen verantwortlich sind, sondern es sind die zur Verfügung stehenden Ressourcen, die über den Grad der Belastungen entscheiden. Dies erklärt das unterschiedliche emotionale Befinden beziehungsweise Gesundheitsverhalten von Kindern, die objektiv betrachtet in vergleichbarer Armutslage leben (Klocke 2006). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Armut sich auf die Lebenssituation von jungen Menschen maßgeblich über den Umfang des zur Verfügung stehenden Sozialkapitals auswirkt. Je mehr Sozialkapital vorhanden ist, desto besser sind die Bedingungen des Aufwachsens der jungen Menschen. Die Forschung hat auf diese Erkenntnisse reagiert und thematisiert zunehmend die individuellen Potenziale, die es Menschen ermöglichen, einen konstruktiven Umgang mit Belastungen auszubilden (Kolip 2003). Nun kommt es auf die Umsetzung an. Eine Sozial- beziehungsweise Gesund-

heitspolitik für Kinder und Jugendliche in Armut sollte genau hier ansetzen und die genannten Ressourcen stützen.

Anmerkung

1

Dem Deutschen HBSC-Konsortium gehören an: Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Universität Bielefeld (Leitung), Prof. Dr. Andreas Klocke, Fachhochschule Frankfurt am Main, Prof. Dr. Wolfgang Melzer, Technische Universität Dresden, und Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer, Universität Hamburg.

Literatur

- Bourdieu, Pierre (1983).
Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital.
In R. Kreckel (Hrsg.), Soziale Ungleichheiten. Sonderband 2 der
Zeitschrift Soziale Welt (S. 183–198).
Göttingen: Schwarz.
- Bourdieu, Pierre (1987).
Die feinen Unterschiede.
Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Currie, Candace, Todd, Joanna & Platt, Steven (1997).
Indicators of socio-economic status for adolescents: The WHO
Health Behaviour in School-aged Children Survey. Health Education
Research, 3, 385–397.
- Furstenberg, Frank F. Jr., Cook, Thomas D. & Eccles, Jacqueline
(1999).
Managing to make it. Urban families and adolescent success.
Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Gerhards, Jürgen & Rössel, Jörg (2002).
Lebensstile und ihr Einfluss auf das Ernährungsverhalten von
Jugendlichen. Soziale Welt, 3, 261–284.
- Jessor, Richard (1998).
Adolescent risk behaviour. New perspectives on adolescent risk
behaviour.
New York: Cambridge University Press.
- Klocke, Andreas (2006).
Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen im Jugendalter. Sozioöko-
nomische, kulturelle und geschlechtsspezifische Einflussfaktoren
im internationalen Vergleich.
In C. Wendt & C. Wolf (Hrsg.), Soziologie der Gesundheit. Sonder-
band 46 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie
(S. 198–223).
Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Klocke, Andreas & Lampert, Thomas (2005).
Armut bei Kindern und Jugendlichen. Heft 4 der Gesundheits-
berichterstattung des Bundes (überarbeitete Neuauflage).
Herausgegeben vom Robert-Koch-Institut.
Berlin: Eigenverlag.

Klocke, Andreas & Lipsmeier, Gero (2008).
Soziale Determinanten der Gesundheit im Kindes- und Jugendalter.
Eine Mehrebenenanalyse.
In M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-
Sieberer (Hrsg.), Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebens-
welten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im
Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO (S. 231–254).
Weinheim: Juventa.

Kolip, Petra (2003).
Ressourcen für Gesundheit – Potenziale und ihre Ausschöpfung.
Das Gesundheitswesen, 3, 155–162.

Lauterbach, Karl (2007).
Der Zweiklassenstaat. Wie die Privilegierten Deutschland ruinieren.
Berlin: Rowohlt.

Putnam, Robert D. (1995).
Bowling alone: America's declining social capital. Journal of
Democracy, 6, 65–78.

Richter, Matthias & Hurrelmann, Klaus (2006).
Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven.
Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Richter, Matthias, Hurrelmann, Klaus, Klocke, Andreas, Melzer,
Wolfgang & Ravens-Sieberer, Ulrike (Hrsg.) (2008).
Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergeb-
nisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der
Weltgesundheitsorganisation WHO.
Weinheim: Juventa.

Stecher, Ludwig (2001).
Die Wirkung sozialer Beziehungen. Empirische Ergebnisse zur
Bedeutung sozialen Kapitals für die Entwicklung von Kindern und
Jugendlichen.
Weinheim: Juventa.

Prävention und Gesundheitsförderung in den Hilfen zur Erziehung

Ein Beitrag zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung in den Hilfen zur Erziehung kann nicht mit fertigen Antworten aufwarten. Die „Gesundheitsarbeit“ in den Hilfen zur Erziehung ist vielerorts begonnen worden, gleichwohl gibt es noch viele offene Fragen und Verständigungsprobleme zwischen den Professionen.

WAS IST EIGENTLICH GESUNDHEIT?

Die Vorstellungen von Gesundheit haben sich in den letzten Jahrzehnten geändert. Wie definiert die Weltgesundheitsorganisation Gesundheit und welche Erkenntnisse können die Sozialwissenschaften beisteuern?

Gesundheit als Balance und als Prozess

Laut der in der Ottawa-Charta 1986 festgeschriebenen Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) umfasst Gesundheit nicht nur körperliches, sondern auch seelisches und soziales Wohlbefinden, und sie bezieht sich auf persönliche und soziale Ressourcen ebenso wie auf körperliche Fähigkeiten. Diese Definition entspricht einer Verschiebung der Auffassung von Krankheit und der Entwicklung von einem biomedizinischen Modell von Krankheit hin zu einem umfassenden biopsychosozialen Modell von Gesundheit. Ebenso haben sich die Krankheitsbelastungen verschoben, und zwar von den Infektionskrankheiten hin zu den Zivilisationskrankheiten und damit zu „neuen Morbiditäten“ (Schlack 2004), die sich auch bei Kindern und Jugendlichen zeigen: Akute Erkrankungen (wie Keuchhusten) mit eher eindimensionalen Ursachen gehen zurück im Vergleich zu chronischen Leiden (zum Beispiel Allergien, Übergewicht, Herz-Kreislauf-

Erkrankungen), die meist vielfältige Ursachen haben. Zudem gewinnen psychosomatische und psychische Störungen (Entwicklungs-, Verhaltens-, Lern- und Suchtstörungen sowie Depressionen) gegenüber somatischen Störungen an Bedeutung.

Zugleich hat sich in der wissenschaftlichen Betrachtung teilweise ein Blickwechsel vollzogen: von der in der Medizin vorherrschenden pathogenetischen Sichtweise und der Konzentration auf Prävention oder Heilung von eindeutig definierten Krankheiten mithilfe professioneller Methoden hin zu einer salutogenetischen Perspektive und damit zur Betonung derjenigen Faktoren, die zur Gesunderhaltung beitragen. In diesem Sinne zielt die von der Ottawa-Charta propagierte „Gesundheitsförderung“ auch darauf, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (Weltgesundheitsorganisation 1986). Dazu gehört allerdings, dass Menschen „auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluß nehmen können“. Als Grundvoraussetzungen für eine selbstbestimmte Gesundheitsvorsorge nennt die Charta äußere Faktoren wie „Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen [...], soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit“ und eine gesundheitsfördernde Umwelt (ebd.).

Für Aaron Antonovsky (1997) ist Gesundheit kein stabiler Zustand, sondern ein Prozess, eine lebenslang aktiv zu gestaltende Balance zwischen gesund erhaltenden und krank machenden Faktoren beziehungsweise eine ständige Bewegung auf einem Kontinuum zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit. Mit anderen Worten: Nicht (nur) der Arzt entscheidet anhand objektiver Kriterien darüber, ob ich krank oder gesund bin, sondern auch meine subjektive Befindlichkeit („gefühlte Gesundheit“) und meine Vorstellungen von Gesundheit spielen eine Rolle. Und: Nicht (nur) der Arzt macht mich wieder gesund, sondern ich kann und muss selbst etwas tun, um in meinem Alltag eine für mich befriedigende Gesundheitsbalance herzustellen. Dabei muss ich auch eventuell divergierende körperliche, seelische und soziale Aspekte von Gesundheit immer wieder individuell ausbalancieren und diese Balance verantworten. Einige Beispiele mögen das verdeutlichen: Schokolade gilt nicht unbedingt als gesund, dennoch kann man seiner Seele ab und zu damit etwas Gutes tun. Beim Rauchen „mitzumachen“, kann bedeuten, sozialen Anschluss an die Gruppe

der Raucher zu gewinnen. Drogenkonsum dient nicht selten dazu, Angst und Verzweiflung abzuwehren. Vorübergehend lässt sich damit eine psychische Balance herstellen. Oder man kann „so gesund sein, dass man rechtzeitig krank wird“, zum Beispiel wenn sich Körper und Seele vor zu großem Stress schützen wollen. Trotz Behinderung oder chronischer Krankheit alle Möglichkeiten zu gesellschaftlicher Teilhabe zu nutzen, etwa durch soziale Kontakte oder eine befriedigende Aufgabe, kann erheblich zum Wohlbefinden beitragen.

Gesundheit ist abhängig von den Lebensverhältnissen

Nicht nur die Erbanlagen, auch die Lebensverhältnisse, der soziale Status und der Bildungsstatus entscheiden mit über Gesundheit und Wohlbefinden. Sie prägen den individuellen Lebensstil sowie die Art und Weise, wie jemand für sich seine gesundheitliche Balance findet. So besteht ein nachweisbarer „sozialer Gradient“ (Richter und Hurrelmann 2007, S. 4) zwischen Schichtzugehörigkeit und Mortalität (oder Lebenserwartung) sowie Morbidität (Krankheitsanfälligkeit). Oder schlicht gesagt: Wer ärmer ist, ist früher tot – und war davor öfter und schwerer krank mit entsprechend geringerem subjektivem Wohlbefinden (Dragano 2007; Rosenbrock 2001). Dies gilt nicht nur für niedrige gegenüber hohen, sondern auch für mittlere gegenüber hohen Statusgruppen.

In Europa hat die Ungleichheit in der Lebenserwartung in den letzten fünfzehn Jahren zugenommen (Richter und Hurrelmann 2007) – offenbar entsprechend der sich verschärfenden Spaltung der Gesellschaften in Arm und Reich. Dabei hat die These „Krankheit macht arm“ nur geringen Erklärungswert für den sozialen Gradienten, vielmehr gilt umgekehrt: „Armut macht krank“. Es ist anzunehmen, dass die ohnehin höheren gesundheitlichen Risiken niedrigerer Statusgruppen, das heißt die im Schnitt höheren Belastungen in ihrer Wohnumgebung sowie im Beruf bis hin zu drohender Arbeitslosigkeit, sich noch verstärken durch einen vergleichsweise riskanten Lebensstil, bezogen auf Ernährung und Bewegung sowie Zigaretten- und Alkoholkonsum. Zu dieser potenzierten Belastung kommen nicht selten psychosoziale Probleme und Krisensituationen hinzu. Für deren Bewältigung stehen Angehörigen dieser Statusgruppen jedoch weniger psychische und soziale Ressourcen zur Verfügung als den besser gestellten Gruppen (ebd.).

Kinder aus sozial benachteiligten Familien haben häufig schlechtere Startchancen als andere Kinder. Wie die Forschung zur Lebensverlaufperspektive von gesundheitlicher Ungleichheit zeigt, können Belastungen, wie Stress, Unter- oder Fehlernährung und Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft, eine „Belastungskarriere“ des Kindes begründen (Dragano 2007, S. 18). Diese beginnt schon mit unmittelbar nach der Geburt feststellbaren Beeinträchtigungen des Kindes und setzt sich fort mit Dispositionen für Krankheiten und Störungen, die erst im weiteren Lebensverlauf und im Zusammenhang mit weiteren Risikofaktoren manifest werden. Von Interesse ist deshalb, wer aus seinem bisherigen Leben welche gesundheitlichen „Hypothesen“ und „Zinsen“ mitbringt. Unter welchen Umständen ist es möglich, diese durch einen gesunden Lebensstil zu beeinflussen, und welches Wissen und welche Motivation sind dafür nötig?

Um die Gesundheitsbalance zu verbessern, reicht es meist nicht allein, das persönliche Verhalten zu ändern. Auch die Lebensverhältnisse müssen verbessert werden. „Gesundheitsförderung ist auf Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit gerichtet [...], damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen.“ Die Verantwortung dafür aber liegt „nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen“ (Weltgesundheitsorganisation 1986). Insofern ist Gesundheitsförderung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die auch die Kinder- und Jugendhilfe betrifft.

DIE KLIENTEL DER HILFEN ZUR ERZIEHUNG – GESUNDHEITLICH BESONDERS BENACHTEILIGT

Der schon lange bekannte Zusammenhang zwischen sozialen Verhältnissen und gesundheitlicher Belastung wurde zuletzt durch die Ergebnisse des repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts (2008) eindrucksvoll bestätigt. Diese Ergebnisse beruhen auf Angaben von Eltern mit Kindern von unter einem Jahr bis siebzehn Jahren und auf Angaben von Jugendlichen zwischen elf und siebzehn Jahren.

Von gesundheitlichen Beeinträchtigungen besonders betroffen sind danach Kinder aus sozial benachteiligten Familien beziehungsweise mit Migrationshintergrund. Dies ist insbesondere der

Fall, wenn beide Eltern einen Migrationshintergrund haben und sozial benachteiligt sind. Im Vergleich zu Heranwachsenden mit höherem Sozialstatus sind Mädchen und Jungen aus benachteiligten Statusgruppen motorisch weniger leistungsfähig. Sie ernähren sich weniger gesund, leiden stärker unter Übergewicht (vor allem Kinder aus Einelternfamilien) und bewegen sich weniger; ihr Medienkonsum ist höher. Sie zeigen öfter Verhaltensauffälligkeiten (vor allem Jungen) und haben häufiger psychische Probleme und Essstörungen (vor allem Mädchen), wobei Kinder von alleinerziehenden Müttern noch stärker betroffen sind, insbesondere wenn diese arbeitslos sind. Besonders Jungen leiden öfter unter Aufmerksamkeitsdefiziten und Hyperaktivität.

Bei der „Modediagnose“ Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) ist allerdings Vorsicht geboten. Dieses Krankheitsbild wird inzwischen so häufig und nicht selten vorschnell diagnostiziert, dass der Umsatz des bei ADHS meist eingesetzten Wirkstoffs Methylphenidat im Laufe des letzten Jahrzehnts in Deutschland dramatisch gestiegen ist: Erwarben die Apotheken 1993 noch 34 Kilogramm Methylphenidat (in Form von Fertigarzneimitteln), so waren es 2006 schon über 1.200 Kilogramm (Haubl und Liebsch 2008)! Experten befürchten deshalb derzeit eine grundsätzliche Über-, Unter- und Fehlversorgung bei Heranwachsenden (Kölch, Plener, Kranzeder und Fegert 2008). Vermutlich gilt dies auch für die Verschreibung von anderen Psychopharmaka, die nach den Erhebungen des KiGGS mit acht Prozent zu den am häufigsten angewandten Medikamenten bei unter Achtzehnjährigen gehören (Knopf 2007).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Kinder und Jugendliche, die in ungünstigeren Lebensverhältnissen aufwachsen, häufiger gesundheitliche Probleme haben und dabei nicht selten unter mehreren Problemen gleichzeitig leiden. Sie zeigen eine höhere Gewaltbelastung und Gewaltbereitschaft und verhalten sich selten gesundheitsbewusst. Sie leben in einem ungünstigeren Familienklima mit wenig Zusammenhalt und verfügen insgesamt über geringere personale, soziale und familiäre Ressourcen, wobei dies in besonderem Maße bei Mädchen und Jungen mit psychischen und Verhaltensauffälligkeiten der Fall ist. Paradoxe Weise gilt also, von Ausnahmen abgesehen: Je höher ihre Belastungen, desto weniger Bewältigungsressourcen stehen den Heranwachsenden zur Verfügung. Dieses Missverhältnis beeinträchtigt

ihre Lebensqualität nicht nur in der Gegenwart, sondern verschlechtert auch ihre gesundheitlichen und beruflichen Zukunftschancen.

Die Ergebnisse des KiGGS und andere Studien machen deutlich: Gesundheitsarbeit muss einerseits allgemein, andererseits zielgruppenspezifisch ausgerichtet sein, um die besondere Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus und erhöhten (gesundheitlichen) Belastungen auszugleichen. Dabei ist allerdings Folgendes zu bedenken:

- Die Ergebnisse aus diesen Studien sind wichtig und nützlich, um die Belastung von bestimmten Gruppen herauszustellen. Aber sie normieren gleichzeitig – das ist schließlich eines ihrer Ziele. Doch eben diese Normierung kann Etikettierungs- und Stigmatisierungsprozesse befördern. So stellt sich unter anderem die Frage, inwieweit Angehörige unterer Statusgruppen sich und ihren Kindern schon selbst die Auffälligkeiten und Defizite (zum Beispiel Aufmerksamkeitsdefizite) zuschreiben, die ihnen zum Beispiel von Erzieherinnen oder Lehrern attestiert werden – und inwieweit Ergebnisse wie die des KiGGS dadurch beeinflusst werden.
- Zwischen dem Ruf nach Hilfe für die „sozial Schwachen“ und der Unterstellung, sie seien selbst schuld („blaming the victim“), liegt oft nur ein schmaler Grat. So könnten zum Beispiel die Ergebnisse des KiGGS fälschlicherweise dahingehend interpretiert werden: „Die Armen sind schon zu dick und essen trotzdem noch das Falsche!“ Dabei ist nicht erwiesen, was Kinder aus den unteren Schichten krank macht, das stärkere Übergewicht oder weil sie wegen des Dickseins gemobbt werden.
- Der gestiegene Umsatz von Methylphenidat, das die Leistung steigern und die Konzentration erhöhen soll, kann als Hinweis auf eine „Medikalisierung sozialer Probleme“ gesehen werden. Wenn nichts für eine bessere Befähigung der Betroffenen und für die Verbesserung ihrer Lebensverhältnisse getan wird, fungieren Medikamentengaben nur als eine Pseudoprobeblöslösung (Köttgen 2007; Leuzinger-Bohleber, Brandl, Hüther und Haubl 2006), die sich auch die Heranwachsenden allzu leicht zu eigen machen.

Aufgrund der Ergebnisse des KiGGS ist zu vermuten, dass die Adressatinnen und Adressaten der Hilfen zur Erziehung noch stärker gesundheitlich belastet sind als andere Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus und/oder Migrationshintergrund. Denn Heranwachsende aus Risikokonstellationen, die nicht nur Armut und die Belastungen in Einelternfamilien erleben, sondern zusätzlich Beziehungsabbrüche, Vernachlässigung, Gewalt, Sucht und psychische Krankheiten der Eltern, sind in den Erziehungshilfen überrepräsentiert. Unterrepräsentiert sind dort allerdings Heranwachsende, die zudem einen Migrationshintergrund haben. Das bedeutet nicht, dass sie keinen Hilfebedarf hätten, sondern vielmehr, dass sie von den Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe immer noch zu wenig erreicht werden.

Die Studie von Marc Schmid (2007) hat gezeigt, dass Kinder und Jugendliche in stationären und teilstationären Erziehungshilfen in hohem Maße psychiatrisch auffällig waren und ein Teil von ihnen dringend einer therapeutischen Behandlung bedurft hätte. Neben solchen Belastungen können bei ihnen vielfach noch andere Erkrankungen bestehen, die vielleicht bisher nicht ausreichend behandelt wurden. Insofern ist eine gute Kooperation von Erziehungshilfen mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Ärzten vieler anderer Fachrichtungen unerlässlich.

DIE HILFEN ZUR ERZIEHUNG UND DAS GESUNDHEITSSYSTEM

Mit der Jugendhilfe und der Gesundheitshilfe stehen zwei Systeme nebeneinander, die sich zum Wohle der jungen Menschen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben annähern sollten. Eine gute Kooperation wird mehr und mehr zur Notwendigkeit. Damit zwischen den Systemen keine Unklarheiten oder Konkurrenzen entstehen, müssen sich beide ihrer Ziele und Haltungen bewusst werden. Im Folgenden soll skizziert werden, was die beiden Hilfesysteme verbindet beziehungsweise was sie unterscheidet und was die spezifische Leistung der Kinder- und Jugendhilfe und speziell der Hilfen zur Erziehung ist.

Begriffs- und Aufgabenklärung: Annäherung der Perspektiven und Methoden?

Die Gesundheitsförderung verfolgt durch eine Verbesserung der Chancengleichheit im Sinne der WHO ähnliche Ziele wie die Kinder- und Jugendhilfe, die sich die Förderung der Entwicklung „zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ (§ 1 Abs. 1 SGB VIII) auf die Fahnen geschrieben hat. Dabei soll auch die Kinder- und Jugendhilfe dazu beitragen, „Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen“ (§ 1 Abs. 3 Nr. 1 SGB VIII) und „positive Lebensbedingungen für junge Menschen [...] zu erhalten oder zu schaffen“ (§ 1 Abs. 3 Nr. 4 SGB VIII). Und wie in der Ottawa-Charta die Aspekte der Gesunderhaltung (statt bloßer Krankheitsbekämpfung) sowie die Selbstbestimmung des Subjektes betont werden, so gibt es auch in der Kinder- und Jugendhilfe Verschiebungen von einer „Defizitperspektive“ zu einer „Ressourcenperspektive“ und von einer Sicht auf ihre Adressatinnen und Adressaten als „Zöglinge“ hin zu einer Wahrnehmung als Subjekte, die ihre (pädagogische) Umwelt aktiv mitgestalten und „entsprechend ihrem Entwicklungsstand an allen sie betreffenden Entscheidungen [...] zu beteiligen“ sind (§ 8 Abs. 1 SGB VIII).

Es lassen sich auch methodische Parallelen zwischen den Ansätzen der Gesundheitsförderung und der Hilfen zur Erziehung feststellen: „Gesundheitsförderung [...] hat ähnliche Strategien wie Soziale Arbeit [...]. Sie hat einen Lebensweltbezug, arbeitet in Netzwerken, beteiligt die Adressaten und hat mit dem Settingansatz und seinen Übertragungsmöglichkeiten auf den Stadtteil und die Nutzbarmachung von dort vorhandenen Ressourcen auch in der Sozialraumorientierung einen Partner“ (Hemme 2007, S. 3).

So weit das Verbindende, dem gegenüber steht der unterschiedliche Zugang zum Menschen. Das Menschenbild der Medizin ist vor allem geprägt durch die Sichtweise der Pathogenese und der Prävention. Diese bedeutet in erster Linie die Vermeidung oder Verminderung von Risiken, die von Experten definiert und (nur) von ihnen zu bekämpfen sind, und zwar mit erprobten Maßnahmen und nachweisbaren Resultaten im Sinne der Evidenzbasierung. Ein Beispiel hierfür sind Programme zur Zahnpflege oder auch Impfkampagnen. Manche medizinischen Erfolge lassen sich

aber infrage stellen: So kann ein Programm zur Gewichtsreduzierung durchaus messbare Erfolge im Sinne von Gewichtsverlusten haben – aber auf längere Sicht unter Umständen auch sehr fragwürdige Folgen, wie etwa Essstörungen oder verstärkter Nikotinkonsum, wenn dabei zum Beispiel psychosoziale Probleme zu wenig berücksichtigt werden.

Im Gegensatz zur Medizin stehen den Erziehungshilfen weder Medikamente mit vorhersagbaren Wirkungen noch effektive chirurgische Eingriffe zu Gebote. Mit den Möglichkeiten der Pädagogik und Psychologie bearbeiten sie einen komplexen Erziehungsauftrag, manchmal mit kaum objektivierbaren Zielen. Gewiss gibt es klar formulierbare Ziele, wie etwa das Erreichen des Klassenziels oder die Gewöhnung an die tägliche Körperpflege. Entscheidender aber – und das sollte die Kinder- und Jugendhilfe selbstbewusst vertreten – ist die nachhaltige Mobilisierung von individuellen Ressourcen sowie von Einsicht, freiwilliger Mitarbeit und schließlich Selbstständigkeit (selbst bei Maßnahmen mit Freiheitsentzug, siehe hierzu Hoops und Permien 2008). Diese Ziele sind aber oft nicht nur schwer zu erreichen, sondern auch als Erfolge schwer zu messen. Die Kinder- und Jugendhilfe muss daher zum einen Kriterien dafür finden, was denn intern als gute Praxis und was als Erfolg gelten soll, und zum anderen diese Kriterien auch nach außen vertreten, zum Beispiel gegenüber dem Gesundheitssystem.

Doch obwohl es Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe ist, die ganze Person dauerhaft und verlässlich zu fördern, gibt es auch in der Kinder- und Jugendhilfe immer mehr kurzlebige Präventionsprojekte, in denen Kinder und Jugendliche als bloße Risikoträger gesehen werden. Gesellschaftlichen oder politischen Trends folgend, zielen sie darauf ab, mal das Risiko von Gewalt, mal von Übergewicht, mal von Bildungsmangel bannen zu wollen. Die Erfolge solcher Präventionsmaßnahmen sind allerdings kaum überprüfbar, zum Beispiel wenn es um den nachhaltigen Erfolg von „Suchtprävention in der Kindertagesstätte“ geht.

Die Kinder- und Jugendhilfe und speziell die Hilfen zur Erziehung müssen diesbezüglich Antworten auf eine Reihe von Fragen finden: In welchen Bereichen soll eine umfassende Gesundheitsförderung geleistet werden und in welchen Bereichen kann auch gezielte Prävention sinnvoll sein? Wo liegen die Grenzen der pädagogischen

Möglichkeiten auf diesem Gebiet? Wo unterscheiden sich Sichtweisen und Handlungsansätze von denen des Gesundheitssystems und was bedeutet das für die eigene Arbeit? Will man sich künftig, dem momentanen Trend folgend, um „Gesundheit und Prävention“ kümmern und hierfür um Projektmittel werben, gegebenenfalls zulasten spezifisch sozialpädagogischer Ziele und Vorgehensweisen? Oder lässt sich im Gegenteil der Trend nutzen, um den umfassenden Förderauftrag des Sozialgesetzbuches Achten Buch Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) zu betonen und besser erfüllen zu können?

Wenn diese Fragen in Bezug auf die verschiedenen Aufgaben innerhalb der Hilfen zur Erziehung und in der Kooperation mit dem Gesundheitssystem immer wieder allgemein und anlassbezogen geklärt werden, dann könnten sich die zwei Systeme tatsächlich annähern und – mit unterschiedlichen Schwerpunkten – in eine kooperative Zukunft aufbrechen.

Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention durch Kooperation

Im Folgenden werden Möglichkeiten einer Zusammenarbeit zwischen den beiden Hilfesystemen aufgezeigt.

Erziehungshilfe und Frühe Hilfen

Ein Beispiel kann verdeutlichen, wie eine Kooperation im Bereich Früher Hilfen aussehen könnte. Entscheidend für eine frühe und ausreichende Förderung von Kindern sind nicht nur gute Ernährung und Pflege, sondern auch der Aufbau einer gelingenden Interaktion und sicheren Bindung zwischen Mutter und Kind. Nicht immer erfährt die Kinder- und Jugendhilfe früh genug, wenn eine junge Mutter Hilfe benötigt. Günstig wäre es, wenn eine Familienhebamme die Mutter nach der Entlassung aus der Klinik noch mindestens zwei Monate weiterbetreuen würde. Kommt sie zu der Einschätzung, dass diese weiterhin eine intensive Unterstützung bräuchte, ohne dass es Anzeichen für eine Gefährdung des Kindes geben muss, könnte sie mit Einverständnis der Mutter das Jugendamt hinzuziehen. Auf der Basis einer Kooperation könnte eine Sozialpädagogische Familienhilfe eingerichtet werden. Durch die frühzeitige Unterstützung würde präventiv möglichen physischen und psychischen Schäden des Kindes entgegenwirken.

Problematisch ist, dass viele Eltern das Jugendamt nach wie vor mehr mit Kontrolle und Intervention in Verbindung bringen („die nehmen die Kinder weg“) als mit Hilfe und Unterstützung. Wenn aber ein Vertrauensverhältnis zwischen Hebamme und Mutter besteht, könnte sich dadurch ein Weg zu einer Erziehungshilfe bahnen lassen, zumal Eltern rund um die Geburt meist sehr bemüht sind, „alles richtig zu machen“, und zu dieser Zeit noch sehr viel offener für Hilfen sind als später, wenn sie etwa im Kindergarten mit „Defiziten“ ihres Kindes beziehungsweise ihres Erziehungsverhaltens konfrontiert werden.

An der Schnittstelle von Hilfen zur Erziehung und Geburtsmedizin ist also eine gut aufeinander abgestimmte, vertrauensvolle und mit den Möglichkeiten und Grenzen des jeweils anderen Systems vertraute Kooperation vonnöten, damit Eltern diese Hilfeangebote auch annehmen können. Die Vorteile guter Kooperation – die schon wegen der nicht selten beidseitig bestehenden Frustration der Professionellen und der negativen Folgen für die Klienten dringend notwendig ist – liegen auf der Hand. Es gibt noch eine Reihe weiterer Schnittstellen zwischen den Hilfen zur Erziehung und dem Gesundheitssystem, an denen ein Zusammenwirken möglich und wünschenswert ist.

Erziehungshilfe und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Die Erziehungshilfe ist auf eine Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP) angewiesen, wenn Kinder und Jugendliche einen „komplexen Hilfebedarf“ haben und eine Krisenintervention, ärztliche Begutachtung, Diagnose und Behandlung erforderlich sind. Dies ist ebenso der Fall, wenn zusätzlich zur Erziehungshilfe eine begleitende psychiatrische Behandlung oder Psychotherapie notwendig ist. Wie die Studien von Marc Schmid (2007) sowie von Lutz Goldbeck und Jörg Fegert (2008) zeigen, könnten aus Sicht der KJPP viele Mädchen und Jungen von einer solchen Behandlung profitieren – und das Heimpersonal von einer psychiatrischen Beratung für den Umgang mit diesen Heranwachsenden. Eine Zusammenarbeit ist auch von Vorteil, wenn die KJPP einen Platz in einer Jugendhilfeeinrichtung für Kinder und Jugendliche braucht, die nach der Behandlung in der KJPP nicht mehr in ihrer Familie leben können oder sollen, oder wenn eine ambulante Erziehungshilfe notwendig ist. Hier ist es wichtig, dass KJPP, Jugendamt und Hilfen zur

Erziehung rechtzeitig mit den Familien zusammenarbeiten, um den Betroffenen gute Übergänge von einem System ins andere zu ermöglichen.

Obwohl es gute Beispiele für eine Kooperation in den genannten Feldern gibt, fehlt diese noch vielerorts. So kommt es nicht selten zu Versorgungs- und Betreuungslücken und sogenannten Verschiebebahnhöfen – mit negativen Folgen für die Heranwachsenden.

Erziehungshilfe und Erwachsenenpsychiatrie

Falls Eltern in psychiatrischer Behandlung sind und die Kinder Unterstützung brauchen, um mit der Erkrankung der Mutter oder des Vaters besser zurechtzukommen, können Hilfen zur Erziehung notwendig werden. Für Kinder von psychisch kranken Eltern besteht immer ein hohes Risiko, dass sie selbst psychische Störungen entwickeln (Lenz 2008; Schmid, Schielke, Fegert und Kölch 2008). Werden Eltern stationär behandelt und die Kinder müssen betreut beziehungsweise untergebracht werden, treten oftmals Erziehungshilfen in Aktion.

In all diesen Fällen mangelt es häufig noch an der nötigen Kooperation: Zunächst müssten die psychiatrischen Kliniken für Erwachsene oder auch niedergelassene Psychiater ihre Patientinnen und Patienten regelmäßig danach fragen, ob sie Kinder haben und wie sie deren Situation einschätzen. Dann müssten Ärztinnen und Ärzte sowie Eltern von der Kinder- und Jugendhilfe aktiv über ihre Angebote und Ansprechpartner informiert werden. In den Hilfen zur Erziehung sollte noch viel bewusster mit Mädchen und Jungen umgegangen werden, die mit psychischen Erkrankungen ihrer Eltern konfrontiert sind.

Erziehungshilfe und niedergelassene Ärzte diverser Fachrichtungen

Wie oben ausgeführt, leiden insbesondere Kinder und Jugendliche in Maßnahmen der Erziehungshilfe unter gesundheitlichen Problemen. Diese sind unter Umständen nie oder kaum richtig behandelt worden. Hier könnte eine enge Zusammenarbeit mit Ärzten Abhilfe schaffen. Dabei geht es zum einen darum, bei den Ärzten und Zahnärzten Verständnis dafür zu wecken, dass manche Probleme bisher verschleppt wurden. Weiter geht es darum,

die Mädchen und Jungen gut auf die Arztbesuche vorzubereiten und sie zu ermutigen, Fragen zu stellen und mehr auf die Signale ihres Körpers zu achten.

Erziehungshilfe und Suchthilfe

Es ist davon auszugehen, dass sowohl Jugendliche in Hilfen zur Erziehung als auch deren Eltern häufig Suchtprobleme haben oder suchtgefährdet sind. Eine enge Zusammenarbeit mit der Suchthilfe kann die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Erziehungshilfen bei den auftauchenden Problemen unterstützen. So können die Erfahrungen der Suchthilfe genutzt werden, um einer eigenen Suchtentwicklung bei den Jugendlichen vorzubeugen und ihnen zu helfen, mit der Sucht ihrer Eltern zurechtzukommen. Viele Suchtberatungsstellen sind auch bereit, Workshops und Projekte in Jugendhilfeeinrichtungen durchzuführen.

Erziehungshilfe und Behindertenhilfe

Wenn Heranwachsende in Hilfen zur Erziehung nicht nur unter seelischen Problemen leiden, sondern auch geistig behindert sind, brauchen sie die qualifizierte Hilfe aus beiden Systemen. Da die Kinder- und Jugendhilfe und die Behindertenhilfe immer noch sehr abgeschottet voneinander arbeiten, bekommen „Grenzgänger“ mit seelischen und geistigen Behinderungen keineswegs immer die nötige umfassende Förderung. Die Betroffenen sind die Leidtragenden, wenn die Kooperation nicht zustande kommt. Zudem können beide Hilfeformen sich nicht nur ergänzen, sondern viel voneinander lernen.

Prüffragen für Gesundheitsförderung in den Erziehungshilfen und für Kooperation

Innerhalb der jeweiligen Erziehungshilfe ist es wichtig, dass „Gesundheitsarbeit“ sich nicht nur auf die Kinder und Jugendlichen erstreckt, sondern auf das Personal und die gesamte Einrichtung. Denn begrenzte Projekte bewirken wenig. Vielmehr sollten die Fachkräfte den Mädchen und Jungen im Alltag vorleben, dass Gesundheitsförderung Spaß und Sinn macht. Zudem sollten gesunde und genussreiche Mahlzeiten ebenso selbstverständlich sein wie eine Bewegung anregende Ausstattung von Räumen und Freigelände.

Fachkräfte in Leitungsfunktion sollten regelmäßig prüfen, ob die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Gelegenheit haben, das erforderliche Wissen zum Thema Gesundheit zu erwerben. Zudem sollte genug Zeit für die Umsetzung des Gelernten vorhanden sein. Eine Kooperation mit dem Gesundheitssystem aufzubauen, ist zunächst zeitaufwendig. Können die Betroffenen sicher sein, dass ihre Bemühungen zur Zusammenarbeit erwünscht sind und sich die Kooperation schließlich im Interesse der Hilfeempfänger auszahlen wird? Ist die nötige Supervision vorgesehen? Welche Maßnahmen werden in der Einrichtung getroffen, die die Gesundheit der Beschäftigten zum Ziel haben? Gibt es gesundheitliche Belastungen, die sich zumindest minimieren lassen? Herrschen in der Einrichtung eine gute Atmosphäre und ein gutes Betriebsklima, sodass sich Beschäftigte wie Kinder und Jugendliche wohlfühlen können?

Die Herausforderungen für die Kooperationspartner sind vielschichtig. Die Beteiligten aus der Jugend- und der Gesundheitshilfe müssen sich intern und systemübergreifend darüber verständigen, wie die Kooperation ablaufen sollte. Die wichtigen Aspekte sind schon lange bekannt, aber meist noch nicht zufriedenstellend gelöst (van Santen und Seckinger 2003). Ich will sie noch einmal kurz skizzieren:

Zur Selbstklärung gehören Fragen wie „Wollen wir überhaupt etwas voneinander? Was könn(t)en die Hilfen zur Erziehung und zum Beispiel die Kinder- und Jugendpsychiatrie dabei gewinnen? Und was fürchten wir vielleicht auch jeweils zu verlieren? Eine Kooperation kann nur gelingen, wenn die Hoffnungen und Befürchtungen auf beiden Seiten klar erkannt und benannt sind. Ein Indikator für die Qualität des Zusammenwirkens ist die Einschätzung, ob die Partner auf Kooperations- oder Konfrontationskurs sind oder ob sie schlicht aneinander vorbei reden und handeln. Wird eine dauerhafte Kooperation angestrebt und findet sie fallübergreifend statt oder nur fallbezogen und erst „auf dem letzten Meter“, zum Beispiel wenn die Notwendigkeit besteht, ein Kind sofort unterzubringen? Findet die Kooperation personenabhängig statt oder ist sie grundsätzlich gewollt, das heißt institutionalisiert? Nicht selten erschweren gesetzliche und finanzielle Regelungen die nötigen „Hilfen aus einer Hand“, sodass im schlimmsten Fall Kinder und Jugendliche zwischen den Systemen

hin und her geschoben werden oder gar keine Hilfe bekommen. Was lässt sich tun, um dies zu ändern?

Weitere aufschlussreiche Fragen sind: Gibt es – strukturbedingt – Konkurrenzen zwischen Erziehungshilfen und zum Beispiel der Kinder- und Jugendpsychiatrie, etwa um Gelder, Klienten, Kompetenzen oder das „bessere Wissen“? Welche – auch gefühlten – Machtverhältnisse bestehen zwischen den Systemen beziehungsweise wie könnte eine Kommunikation auf gleicher Augenhöhe hergestellt werden? Welche Rolle spielt dabei die unterschiedliche Entlohnung?

Sind beide Seiten davon überzeugt, dass eine Zusammenarbeit sinnvoll ist, werden auch beide nach Wegen suchen, damit diese möglichst reibungslos verläuft. Wie kann die Verständigung verbessert werden? Jedes System spricht eine eigene Sprache – lässt sich eine gemeinsame Sprache finden, ohne dass eine Seite dominiert, oder ist es zweckmäßiger, im eigenen Jargon zu bleiben und für die andere Seite eine Art Übersetzung anzubieten? Voraussetzungen für eine gute Kooperation sind schließlich ausreichende zeitliche Ressourcen und ein ausreichend qualifiziertes Personal.

DIE HILFEN ZUR ERZIEHUNG TUN VIEL FÜR DIE GESUNDHEITSFÖRDERUNG – ABER IST ES AUCH „DAS RICHTIGE“?

Ein Blick in die Praxis der Erziehungshilfen zeigt, dass dort schon jetzt einiges für die Gesundheit der Adressatinnen und Adressaten getan wird, auch wenn dies vielfach nicht als Gesundheitsförderung und Prävention bezeichnet wird. Das liegt daran, dass es zum einen noch an begrifflicher Klarheit in diesem Bereich mangelt, zum anderen daran, dass die sozialpädagogische Arbeit in den Erziehungshilfen vielfach gesundheitsförderliche Wirkungen hat, die aber noch viel zu wenig beachtet werden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009).

Normativität von Programmen und Subjektivität der Adressatinnen und Adressaten

Es gibt eine ganze Reihe von Programmen und Kampagnen (zum Beispiel von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung),

die auf Mädchen und Jungen verschiedenen Alters zugeschnitten sind und sich auf diverse Aspekte von Gesundheit beziehen, allen voran auf Ernährung und Bewegung sowie auf die Vermeidung oder Verminderung des Konsums von Tabak, Alkohol und anderen Suchtmitteln. Aber auch Sexualität und Verhütung sind wichtige Themen, ebenso wie das Training von sozialen und Konfliktkompetenzen sowie Prävention von Gewalt. All dies lässt sich der Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogenen Prävention im weiteren Sinn zuordnen. Viele dieser Programme könnten Eingang in die Erziehungshilfe finden, und manche werden dort auch schon punktuell genutzt. Ein Nachteil dieser Programme ist, dass sie zum Teil normativ ausgerichtet sind und vorgeben, was in bestimmten Bereichen als gesund zu gelten hat. Gerade dadurch können sie bei Jugendlichen auf Unverständnis und entsprechenden Widerstand stoßen. Denn sie können diese Vorgaben mit ihrem eigenen Gesundheitsverständnis vielleicht nicht in Einklang bringen.

Möchte man die Adressatinnen und Adressaten der Hilfen zur Erziehung zur Mitarbeit motivieren und sie zu einer eigenständigen Gesundheitsvorsorge hinführen, muss man sie mit ihren Ansichten ernst nehmen. Bevor man sie mit einem Gesundheitsprogramm konfrontiert, müsste zunächst gefragt werden, was die Mädchen und Jungen selbst unter Gesundheit verstehen und welchen Wert Gesundheit für sie überhaupt hat. Welche – vielleicht problematische – Balance zwischen körperlichem, seelischen und sozialem Wohlbefinden haben sie für sich gefunden, welche erscheint ihnen erstrebenswert? Welches Verhältnis haben sie zu ihrem Körper? Welche geschlechtsspezifischen Unterschiede gibt es dabei? Wie hängt ihr Körperbezug mit ihrer psychosozialen Verfassung und ihrem Verhalten zusammen und auf welchen Erfahrungen beruht dieses Verhältnis? All diese Fragen stellen die Perspektive der Jugendlichen ins Zentrum – eine wichtige Voraussetzung, um sie verstehen und erreichen zu können.

Die bisherigen Körpererfahrungen der Mädchen und Jungen könnten beispielsweise geprägt sein durch einen Mangel an Anregung und Möglichkeiten zu befriedigender Bewegung, durch falsche Ernährung oder Mangelernährung oder durch Gewalt und Missbrauch. Vielleicht haben sie Essen als Trost oder Belohnung erfahren, oder sie essen zu viel aus Angst, (wieder) Hunger leiden zu müssen. Möglicherweise haben sie traumatische Erfahrungen

gemacht, die ihre Spuren in Körper und Verhalten hinterlassen und zu Auffälligkeiten geführt haben, die niemand richtig zu deuten weiß (Freie Hansestadt Bremen/Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales und das Amt für Soziale Dienste 2008).

Das bedeutet: Nicht ohne Grund neigen manche Mädchen und Jungen zu einer (partiellen) Ablehnung oder Vernachlässigung ihres Körpers oder konnten gar kein Gefühl für ihn entwickeln. Andere haben eine Bedrohung erlebt, etwa durch einen sexuellen Übergriff, und reagieren darauf vielleicht unbewusst mit einer „Verhässlichung“ ihres Körpers, um sich vermeintlich zu schützen. Auch „Überfütterung“ und andere Essstörungen sowie Schmerz- und Suchtphänomene und selbstverletzendes Verhalten haben meist tiefere Ursachen, die berücksichtigt werden müssen. Nicht selten kommen dazu noch die Funktionalisierung und Zurichtung des Körpers gemäß bestimmter jugendkultureller Anforderungen.

Dahinter verbergen sich häufig fragile Gesundheitsbalancen und zwar fragwürdige, aber wichtige Überlebensstrategien. Gesundheitsprogramme können hier zum einen Anreize zum Erwerb von mehr Körperwissen, -kontrolle und -kompetenz bieten, sie können aber auch neue, normative Zwänge bedeuten, die diese fragilen Balancen infrage stellen. Im schlimmsten Fall führen Misserfolge, etwa bei Antisuchtprogrammen, zu einer Retraumatisierung oder sind gar Anlass für den Übergang zu anderen, vielleicht noch schädlicheren Abwehrformen. Völlig verfehlt wäre es etwa, wenn in Folge eines Ernährungsprogrammes statt Süßigkeiten nun Suchtmittel konsumiert werden. Es gilt also vieles zu bedenken und behutsam mit den Mädchen und Jungen umzugehen. Die bislang erworbenen und als schützend erlebten Balancen dürfen nicht einfach entwertet werden, sondern lassen sich nur langsam ersetzen.

Kinder und Jugendliche denken generell nur wenig an mögliche Spätfolgen eines problematischen (Gesundheits-)Verhaltens. Junge Menschen, die gerade dabei sind, ihre Grenzen unter anderem durch riskantes Verhalten auszutesten, sind meist wenig offen für Hinweise auf aktuelle und spätere Gesundheitsgefährdungen. Dies macht eine erfolgreiche Gesundheitspädagogik nicht gerade einfacher. Vor diesem Hintergrund gilt: Es ist zwei-

felsohne wichtig (und kann eine Grundlage für sozial-emotionale Lernprozesse sein), Mädchen und Jungen zu einer verstärkten Körperwahrnehmung und -wertschätzung zu ermutigen und gängige Geschlechterklischees und Schönheitsnormen zu hinterfragen. Dabei ist aber viel Sensibilität für die jeweils subjektiv stimmigen Grenzen und Balancen gefragt und stets im Auge zu behalten, ob nicht einzelne Mädchen und Jungen durch normative Setzungen vielleicht mehr verlieren, als sie gewinnen können.

Die Auswahl des methodischen Zugangs

Es gibt unterschiedliche methodische Zugänge, um in Sachen Gesundheitsförderung aktiv zu werden. Einige Fragestellungen können bei der Auswahl der jeweils passenden, das heißt erfolgversprechenden Methode helfen.

- Sind Aufklärung und Information (zum Beispiel durch Mitarbeiter von Pro Familia oder der Suchtberatung) überhaupt sinnvoll und, wenn ja, sind sie ausreichend?
- Wie kann erreicht werden, dass die Inhalte bei den Kindern und Jugendlichen „ankommen“?
- Inwieweit kann eine in den Alltag eingebettete Gesundheits-erziehung geleistet werden?
- In welchen Bereichen scheint ein gesondertes intensives Training sinnvoll?
- Inwieweit ist ein ganzheitliches Herangehen möglich, das Bezüge zwischen einzelnen Bereichen hergestellt – etwa zwischen Körperwahrnehmung und Konfliktkompetenz?
- In welchem Ausmaß ist neben einer allgemeinen Prävention auch eine umfassende Gesundheitsförderung möglich, bei der die Biografie der Heranwachsenden miteinbezogen wird und ihre persönlichen Ressourcen gestärkt werden?
- Zielt die Gesundheitsarbeit lediglich darauf ab, individuelles Verhalten zu verändern, oder kann sie auch auf die Lebensverhältnisse einwirken? Werden zum Beispiel in stationären Erziehungshilfen gesundheitsfördernde „Settings“ hergestellt?

Wie umfassend werden die Eltern und der Sozialraum miteinbezogen?

- Wie kann der eigenständige Zugang der jungen Menschen zu äußeren Ressourcen (zum Beispiel Therapie, soziales Netz, Ausbildung, Arbeit, Wohnraum) für ein subjektiv gelingendes Leben verbessert werden?

Dieser Beitrag endet bewusst mit einer Reihe von Fragen, die sich nicht nur auf eine Gesundheitspädagogik im engeren Sinne beziehen, sondern durchaus politische Implikationen haben. Denn Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe muss auch die Bekämpfung von Armut und Benachteiligung im Blick behalten.

Literatur

Antonovsky, Aaron (1997).
Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.
Tübingen: dgvt-Verlag.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2009).
Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen – Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe.
Berlin: Bundestagsdrucksache 16/12860.

Dragano, Nico (2007).
Gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf. Aus Politik und Zeitgeschichte, Beilage zur Wochenzeitung „Das Parlament“, 42, 19–25.

Freie Hansestadt Bremen/Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales und das Amt für Soziale Dienste (2008).
SpielRäume 40/41, Schwerpunktthema: Trauma.

Goldbeck, Lutz & Fegert, Jörg M. (2008).
Abschlussbericht: Evaluation eines aufsuchenden, multi-modalen ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte.
http://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinder_Jugendpsychiatrie/Dokumente/Abschlussbericht_Heimkinder.pdf (18.6.2009).

Haubl, Rolf & Liebsch, Katharina (2008).
Mit Ritalin leben. Zur Bedeutung der AD[H]S-Medikation für die betroffenen Kinder. Psyche, 7, 673–692.

Hemme, Andreas (2007).
Dialog der Präventionsdisziplinen – Versuch eines intersektoralen Ansatzes für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche. Handlungsansätze in der gesundheitsbezogenen Prävention. In Gesundheit Berlin (Hrsg.), Dokumentation 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit (S. 1–6).
<http://www.gesundheitberlin.de/download/Hemme.pdf> (18.6.2009).

Hoops, Sabrina & Permien, Hanna (2008).
„Wir werden dir schon helfen!“ Zwangskontexte im Rahmen von Kinder- und Jugendhilfe. *Unsere Jugend*, 3, 98–112.

Knopf, Hildtraut (2007).
Arzneimittelanwendung bei Kindern und Jugendlichen. Erfassung und erste Ergebnisse beim Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 5/6, 863–870.

Kölch, Michael, Plener, Paul, Kranzeder, Alexandra & Fegert, Jörg M. (2008).
Psychopharmakotherapie im Kindes- und Jugendalter. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie* (6., vollständig überarbeitete Auflage) (S. 777–797).
Göttingen: Hogrefe.

Köttgen, Charlotte (Hrsg.) (2007).
Ausgegrenzt und mittendrin. Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe.
Frankfurt am Main: Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen.

Lenz, Albert (2008).
Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern: Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen.
Göttingen: Hogrefe.

Leuzinger-Bohleber, Marianne, Brandl, Yvonne, Hüther, Gerald & Haubl, Rolf (Hrsg.) (2006).
ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. *Schriften des Sigmund-Freud-Instituts, Reihe 2: Psychoanalyse im interdisziplinären Dialog. Band 4.*
Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Richter, Matthias & Hurrelmann, Klaus (2007).
Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen. Aus Politik und Zeitgeschichte, Beilage zur Wochenzeitung „Das Parlament“, 42, 3–10.

Robert-Koch-Institut (2008).
Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
Berlin: Eigenverlag.

Rosenbrock, Rolf (2001).
Was ist New Public Health? *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 8, 753–762.

Schlack, Hans G. (2004).
Neue Morbidität im Kindesalter – Aufgaben für die Sozialpädiatrie. *Kinderärztliche Praxis*, 75, 292–299.

Schmid, Marc Grischa (2007).
Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe.
Weinheim: Juventa.

Schmid, Marc, Schielke, Annetta, Fegert, Jörg M., Becker Thomas & Kölch, Michael (2008).
Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Befragung von stationär behandelten Eltern. *Nervenheilkunde*, 6, 521–526.

Van Santen, Eric & Seckinger, Mike (2003).
Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis. Eine empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe.
München: Deutsches Jugendinstitut e.V.

Weltgesundheitsorganisation (1986).
Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.
http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German (17.6.2009).

Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten

Seit einiger Zeit wird das Thema Kindergesundheit vielfach in den Medien aufgegriffen. Es wird über schlechte Ernährungsgewohnheiten und Bewegungsmangel berichtet und bisweilen überspitzt von „dicken und unbeweglichen Kindern“ gesprochen. Zwar ist der Eindruck falsch, in Deutschland würden nur noch Kinder heranwachsen, deren Gesundheit gefährdet ist, dennoch zeigen die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), die das Robert-Koch-Institut im Mai 2006 veröffentlicht hat, dass es im Hinblick auf die Kindergesundheit nicht zum Besten steht. Fünfzehn Prozent der Kinder leiden heute an Übergewicht oder Adipositas, und auch psychische Probleme sind nicht selten. Die KiGGS-Studie kommt unter anderem zu dem Ergebnis, dass etwa zwölf Prozent der Mädchen und achtzehn Prozent der Jungen Verhaltensstörungen zeigen, jedes zehnte Kind eine Angststörung und jedes zwanzigste eine Depression hat. Weiter haben die Ergebnisse gezeigt, dass vor allem Kinder mit niedrigem Sozialstatus gefährdet sind und in der Folge einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als Kinder aus der oberen Sozialschicht (Robert-Koch-Institut 2006).

Die Ergebnisse der KiGGS-Studie haben die Bundesregierung zum Handeln bewogen. Im Mai 2008 hat sie die „Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“ beschlossen. Das Hauptziel dieser Strategie ist es, Prävention und Gesundheitsförderung auszubauen und die gesundheitliche Chancengleichheit der Kinder und Jugendlichen zu fördern. Die Bundesregierung will die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Kinder schon im Alltag einen gesunden Lebensstil erlernen. Gesundheitlichen Risiken soll so wirkungsvoll begegnet werden (Bundesministerium für Gesundheit 2008). Je früher Kinder mit gesundheitsförderlichem Verhalten vertraut gemacht werden, umso leichter prägen sie

sich eine gesunde Lebensweise ein (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2002). Der Kindertagesbetreuung kommt hierbei eine herausragende Rolle zu. In Kindertagesstätten werden 88,7 Prozent der Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren betreut (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008), so dass auf diesem Wege nahezu alle Kinder und bei entsprechender Elternarbeit auch ihre Familien erreicht werden können.

Beschäftigt man sich mit dem Thema Gesundheit in der Kindertagesstätte, ist zunächst zu klären, was man unter Gesundheit versteht. Im Folgenden werden daher die Begriffe „Gesundheitsförderung“ und „Krankheitsprävention“ erläutert, und danach wird die Idee eines ganzheitlichen Ansatzes in der Kindertagesbetreuung dargestellt. Schließlich stelle ich einige Ergebnisse der bundesweiten Kindertagesstätten-Befragung des Deutschen Jugendinstitutes (Peucker, Gragert, Pluto und Seckinger 2010) vor, aus denen deutlich wird, inwieweit das Thema Gesundheitsförderung in den Kindertagesstätten schon verankert ist.

GESUNDHEITSFÖRDERUNG ODER KRANKHEITSPRÄVENTION?

Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sind unterschiedliche Strategien, um Gesundheit zu erhalten. Das Individuum in seinen vorhandenen Ressourcen zu stärken, ist das oberste Ziel der Gesundheitsförderung. Die Krankheitsprävention setzt vornehmlich bei der Vermeidung von Risiken und Krankheiten an (Hurrelmann und Laaser 2006). Eine genaue Abgrenzung dieser Strategien ist schwierig, weil es sich um Ansätze handelt, die sich durchaus gegenseitig ergänzen können (ebd.). Im Alltag der Kindertagesstätten haben beide Begrifflichkeiten bisher kaum Eingang gefunden, und es wird daher nur selten zwischen gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen unterschieden.

Gesundheitsförderung ist im Gegensatz zur Krankheitsprävention in einen größeren Rahmen eingebettet. Es geht nicht nur um die Gesundheit des einzelnen Menschen, sondern auch um gesundheitsförderliche Umgebungen, die zu seiner Gesunderhaltung beitragen. Von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde 1986 die Ottawa-Charta verabschiedet, die das Ziel verfolgt, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesund-

heit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, daß sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können“ (Weltgesundheitsorganisation 1986). Übertragen auf die Kindertagesstätte bedeutet dies, dass Mädchen und Jungen in die Lage versetzt werden sollen, Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen und diesbezüglich ihre individuelle Lebens- und Handlungsfähigkeit zu entwickeln.

Der theoretische Ansatz der Gesundheitsförderung fußt auf dem salutogenetischen Konzept von Aaron Antonovsky. Bei diesem Gesundheitskonzept steht die Frage im Mittelpunkt, was den Menschen – trotz vieler potenziell gesundheitsgefährdender Einflüsse – gesund hält. Im Gegensatz zu einer pathologisierenden Sichtweise, die sich auf Krankheitsursachen und deren Folgen für das Individuum konzentriert, beschäftigte Antonovsky die Frage, wie Gesundheit entsteht und erhalten werden kann. Sein Konzept der Salutogenese zielt darauf ab, den Menschen zu stärken, indem seine Gesundheitsressourcen gestärkt werden. Es geht darum, Schutzfaktoren ausfindig zu machen, die die Gesundheit erhalten und diese fördern (Antonovsky 1997). Einige zentrale Aussagen lauten:

- Menschen sind nicht einfach krank oder gesund, sondern bewegen sich ständig auf einem Kontinuum, welches den Grad der Gesundheit abbildet. Damit wird Krankheit als Ungleichgewicht und nicht als eine Abweichung begriffen.
- Menschen sind immer wieder Stressoren ausgesetzt, deren Bewältigung von den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen abhängt. Wenn diese Ressourcen gestärkt werden, können sie eine höhere Stressresistenz erreichen.
- Das sogenannte Kohärenzgefühl ist eine innere Haltung des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten. Der Mensch hat das Gefühl, Akteur seines Lebens zu sein und die sich vollziehenden Prozesse und Ereignisse zu verstehen. Das Kohärenzgefühl sorgt dafür, dass Menschen bei auftretenden Problemen auf ihre Ressourcen und auf eine positive Bewältigung vertrauen (Antonovsky 1997).

Die Widerstandsressourcen und das Kohärenzgefühl tragen dazu bei, dass der Mensch gesund bleibt. Die Gesundheitsförderung setzt an diesen beiden Punkten an. Gesundheitsförderung in diesem umfassenden Sinn bezieht sich damit nicht nur auf die körperlichen Aspekte, sondern auch auf personale und soziale Faktoren. Entsprechende Angebote und Maßnahmen helfen, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen bewusst zu machen, den Wert der Gesundheit zu empfinden und das Selbstwertgefühl in Bezug auf das eigene Aktivwerden zu stärken. Vermittelt werden ganz konkrete Kenntnisse und Fähigkeiten für eine gesunde Lebensweise. Ziel ist es, durch geeignete Maßnahmen das Verhalten positiv zu beeinflussen und die Gesundheitsressourcen und Kompetenzen der Menschen zu fördern (Altgeld 2008).

Krankheitsprävention ist im Gegensatz zur Gesundheitsförderung grundsätzlich stärker risiko- und defizitorientiert und setzt bei der Vermeidung von gesundheitlichen Auffälligkeiten, (Entwicklungs-)Störungen und Krankheiten an. Folglich geht es darum, Krankheitsrisiken und -auslöser frühzeitig zu erkennen und sie durch geeignete Maßnahmen abzuwenden oder zumindest zu vermindern. Dies setzt voraus, dass die Entwicklung und der Verlauf von Krankheiten hinreichend bekannt sind (Hurrelmann und Laaser 2006).

Abhängig von der Zielgruppe und vom Angebot lassen sich drei Stufen von Prävention unterscheiden:

Bei der primären Prävention sollen gesundheitsbewusste Verhaltensweisen eingeübt werden. Die Bestrebungen beziehen alle vorhandenen Personen ein. In Bezug auf die Kindertagesstätte sind dies die Kinder und das pädagogische Personal, aber auch die Eltern. Hier geht es um grundlegende Dinge, wie zum Beispiel ausreichender Bewegungsraum, ausgewogene Ernährung, Zahngesundheit, Unfallprävention und Verkehrserziehung, Sexualaufklärung, Prävention von psychischen Erkrankungen, Kriminalprävention, Gewaltprävention oder Suchtprävention (Altgeld 2007). Präventionsmaßnahmen auf dieser Ebene überschneiden sich mit Maßnahmen zur allgemeinen Gesundheitsförderung.

Bei der sekundären Prävention geht es um die Früherkennung von potenziellen Krankheiten, Entwicklungsproblemen oder drohender Behinderung und deren frühzeitige Behandlung. Hier

kommen mögliche Risikogruppen in Betracht. In Bezug auf die Kindertagesstätten handelt es sich beispielsweise um Kinder, die von Behinderung oder Armut bedroht sind. Die Maßnahmen auf dieser Ebene sind abgestimmt auf die individuellen Probleme der Kinder, wie etwa Sprachförderung, gezielte Bewegungsförderung oder unentgeltliche Mahlzeiten.

Die Maßnahmen der tertiären Prävention kommen bereits erkrankten oder behinderten Personen zugute. Sie sollen befähigt werden, so weit wie möglich am „normalen“ Leben teilzunehmen (Hurrelmann und Laaser 2006). In der Kindertagesstätte können dies Kinder mit chronischen Erkrankungen oder behinderte Kinder sein, die in den Kindergartenalltag integriert werden sollen. Ein Beispiel hierfür ist die begleitende Frühförderung für ein behindertes Kind.

Die Kindertagesstätten können somit auf allen drei Präventionsebenen ansetzen. Die Präventionsprogramme unterliegen jedoch Trends, nach denen sich die Auswahl und die Schwerpunktsetzung in den Kindertageseinrichtungen richtet. Zurzeit sind vor allem Programme zur Bewegungsförderung und Adipositasprävention verbreitet. Jede Einrichtung muss sich entscheiden, was sie aus der Vielzahl von Programmen anbieten möchte und kann. Viele Konzepte zur primären Prävention zielen auf die Entwicklung einer gesunden Persönlichkeit, auf die Vermehrung von sozialen Kompetenzen oder die Vermeidung von Sucht und Gewalt. Diese Ziele sind in den Kindertageseinrichtungen bereits verankert als sogenannte allgemeine Bildungsziele. Aus diesem Grund bieten sie vor allem ergänzende Präventionsprogramme an, zum Beispiel zum Thema Unfallprävention oder Zahngesundheit (Altgeld 2007).

Wie eingangs erwähnt, sind Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung zwei Prinzipien, die ähnliche Ziele, jedoch von unterschiedlichen Ausgangspositionen aus verfolgen. Die Krankheitsprävention setzt bei Risikogruppen an. Ihre Defizite sollen erkannt und durch gezielte Förderung beseitigt oder gelindert werden. Die Gesundheitsförderung geht dagegen von den vorhandenen Stärken und Ressourcen von Individuen aus, die es zu erhalten und zu stärken gilt. Sie bezieht auch das Umfeld der Menschen mit ein. Beide Bestrebungen dienen der Gesundheit, sei es, sie zu bewahren, sei es, sie zu verbessern.

GANZHEITLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN DER KINDERTAGESSTÄTTE

Tagtäglich wird in Kindertagesstätten Gesundheitsförderung und Prävention betrieben – wenn eine Einrichtung die Kinder in ihrer Entwicklung unterstützt, wirkt sie immer auch gesundheitsfördernd. Alles, was dem Wohlbefinden der Kinder dient, kann hierunter gefasst werden, denn damit wird ein Beitrag zur Bewältigung von Entwicklungshürden geleistet und gleichzeitig auch präventiv auf drohende Entwicklungsverzögerungen Einfluss genommen. Wenn in den Einrichtungen auch vieles gleichsam nebenbei geleistet wird, so nimmt in letzter Zeit die bewusste Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit zu. Dies liegt nicht zuletzt an der Verankerung in den Bildungsplänen. Allerdings wird im pädagogischen Alltag meist nicht zwischen Gesundheitsförderung und Prävention unterschieden.

Ein bundesweit gemeinsames Konzept zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in Kindertageseinrichtungen gibt es nicht. Die Arbeitsweisen der Kindertagesstätten sind dafür je nach Bundesland, Träger und sozialem Umfeld zu unterschiedlich. Ebenso wenig konnte sich bisher ein einheitlicher Begriff von Gesundheitsförderung im Feld der Kindertagesbetreuung etablieren. In der Praxis geht es vorrangig um Bewegungsförderung oder Gesundheitserziehung. Eine bundesweite Befragung des Universitätsklinikums Eppendorf (UKE) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kindertagesstätten hat gezeigt, dass in diesem Zusammenhang vor allem die Themen Bewegungsförderung, Zahnpflege, Verkehrserziehung, Förderung gesunder Ernährung und Sprachförderung verbreitet sind (Kliche, Gesell, Nyenhuis, Töppich und Koch 2007).

Legt man die Definition von Gesundheitsförderung der WHO zugrunde, die neben den individuellen auch die sozialen Aspekte des Gesundheitsverhaltens hervorhebt, gibt es für die Kindertagesstätte ein weites Betätigungsfeld. Gesundheitsförderung als ganzheitliches Konzept liefert eine Reihe von Möglichkeiten für das konkrete Handeln. „Ganzheitlich“ bedeutet die Berücksichtigung des gesamten Menschen mit seinen personalen, sozialen und körperlichen Gesundheitsressourcen. Somit kann am Individuum angesetzt werden, an dessen sozialräumlicher Umgebung oder an der Gesellschaft (Hurrelmann und Laaser 2006).

In der Kindertagesstätte kommen vor allem die ersten beiden Ansatzpunkte in Betracht. Angesetzt werden kann an der Stärkung der körperlichen Gesundheitsressourcen (zum Beispiel durch Bewegungsförderung und gesunde Ernährung), der Stärkung der personalen Gesundheitsressourcen (zum Beispiel durch die Entwicklung eines positiven Selbstkonzeptes und von Selbstvertrauen) sowie der Stärkung der sozialen Gesundheitsressourcen (zum Beispiel durch die Ausbildung von mehr Akzeptanz und Unterstützung in der sozialen Bezugsgruppe) (Zimmer 2002). Eine ganzheitliche Gesundheitsförderung hat sowohl das Kind als auch dessen Umgebung, das heißt die Eltern, die Erzieherinnen, den Stadtteil beziehungsweise das Umfeld und nicht zuletzt die Kindertagesstätte selbst (zum Beispiel deren Raumgestaltung), im Blick. Demnach sind die Zielgruppen einer Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten alle dort anwesenden Personen einschließlich der Eltern. Bekanntlich sind die Arbeitsbedingungen der pädagogischen Fachkräfte wegen der hohen Lärmbelastung und der nicht erwachsenengerechten Möbel auf Dauer der Gesundheit abträglich; die Belange dieser Zielgruppe dürfen nicht vernachlässigt werden (Altgeld 2007). Die Einbindung der Eltern in das Gesundheitskonzept der Einrichtung verspricht eine Stärkung ihrer Erziehungskompetenz, was unmittelbar den Kindern beziehungsweise deren Gesundheit zugutekommt. Und zuletzt spielt der Sozialraum eine wichtige Rolle. Inwiefern trägt die unmittelbare Umgebung der Einrichtung zur Gesundheitsförderung bei? Hier kommt es auch auf eine gute Vernetzung an mit Institutionen und Funktionsträgern, wie zum Beispiel dem Träger, Beratungsstellen oder Gesundheitszentren.

Welches sind nun die geeigneten Themen einer wirkungsvollen Gesundheitsförderung? Grundsätzlich sind dies alle Themen, die zum Wohlbefinden des Kindes beitragen und zur Verantwortungsübernahme für die eigene Gesundheit führen. Alle Maßnahmen müssen aber abgestimmt sein auf die Umgebung und die Zielgruppen. Für die Kindertagesstätte bedeutet das den Anspruch, abhängig von der Wohnregion, den baulichen Voraussetzungen, der Trägerschaft, der Zusammensetzung des pädagogischen Teams und den Kindern und Eltern gesundheitsfördernde Maßnahmen zu erarbeiten. Je nach Kindertagesstätte werden dann die Schwerpunkte unterschiedlich gesetzt sein (Altgeld 2007), das heißt, dass Gesundheitsförderung abhängig von der Kindertagesstätte und deren Umfeld sehr unterschiedlich aussehen kann.

Nach Martin Textor (2003) lässt sich die gesundheitliche Bildung und Erziehung nicht auf bestimmte Aktivitäten beschränken, sondern muss immer Teil des Alltags in den Kindertageseinrichtungen sein. Nur so lassen sich langfristig die erwünschten Einstellungen, Werthaltungen und Verhaltensweisen erzielen. Die Hinführung zu einem gesundheitsbewussten Verhalten soll als eine Art Lebenshilfe verstanden werden, bei der Spielen, aktives Tun sowie Lernen am beispielhaften Verhalten entscheidend sind (Textor 2003).

DAS THEMA GESUNDHEIT IN KINDERTAGESSTÄTTEN – ERGEBNISSE EINER BUNDESWEITEN BEFRAGUNG

Im Jahr 2007 hat das Deutsche Jugendinstitut (DJI) im Rahmen des Projektes „Jugendhilfe und sozialer Wandel – Leistungen und Strukturen“ eine bundesweite, repräsentative Befragung bei Kindertagesstätten durchgeführt (Peucker, Gragert, Pluto und Seckinger 2010). Es handelt sich dabei um eine Institutionenbefragung und nicht um eine Befragung von einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Zur Auswertung lagen 1.805 ausgefüllte Fragebögen vor. Zwei Drittel der Einrichtungen gaben an, das Thema Gesundheitsförderung in der Konzeption verankert zu haben. Daraus geht jedoch noch nicht hervor, was die Einrichtungen genau unter Gesundheitsförderung verstehen. In weiteren Auswertungen zeigte sich, dass Gesundheitsförderung nicht immer in dem umfassenden Sinne verstanden wird, den die WHO in der Ottawa-Charta vorgibt. Deutlich wurde dies durch Aussagen zu folgenden Dimensionen: Zielgruppe der Gesundheitsförderung, Bedeutung von Bewegung und Bedeutung des sozialen Klimas für Gesundheitsförderung sowie Integration der Gesundheitsförderung in die alltäglichen Abläufe der Kindertagesstätte. Was genau in Kindertagesstätten unter Gesundheitsförderung verstanden wird, lässt sich selbstverständlich nur annähernd ableiten. Des Weiteren liefert die Studie auch Hinweise in Bezug auf die Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern und darauf, welche Bedeutung das Thema Gesundheit bei der Auswahl und Planung von Fortbildungen hat.

Die Zielgruppen der Gesundheitsförderung

Wie oben dargelegt, richtet sich ein ganzheitliches Programm zur Gesundheitsförderung in der Kindertageseinrichtung an *alle* Kinder sowie an deren Eltern und auch das pädagogische Personal. Die Aussage, „Gesundheitsförderung richtet sich überwiegend an Kinder mit bestimmten gesundheitlichen Risiken“, wird fast durchweg verneint. Nur ein geringer Teil (8,2%) stimmt zu und sieht das Thema Gesundheitsförderung beschränkt auf Kinder mit besonderen gesundheitlichen Risiken. Eine weitere Frage zur Zielgruppe bezieht sich darauf, ob die entsprechenden Aktivitäten nur an die Kinder oder auch an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gerichtet sind. 37,7 Prozent bejahen, dass sich Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten ausschließlich auf Kinder bezieht. Das heißt, deutlich über ein Drittel der Einrichtungen schließt die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Zielgruppe der Gesundheitsförderung aus oder begreift sie zumindest nicht explizit als Zielgruppe. Dies ist ein Hinweis darauf, dass der ganzheitliche Anspruch, der dem Konzept der Gesundheitsförderung zugrunde liegt, noch nicht gesehen wird.

Die Zusammenarbeit mit den Eltern ist wichtig, da die Sozialisation in Bezug auf die Gesundheit sowohl im Elternhaus als auch in der Kindertagesstätte stattfindet. Sehr wahrscheinlich bleiben isoliert in der Kindertagesstätte stattfindende gesundheitsfördernde Aktivitäten, die im Elternhaus nicht aufgegriffen werden, bei den Kindern ohne Wirkung. Für eine effektive Erziehungspartnerschaft reichen Informationsgespräche allein nicht aus. Die Kindertagesstätten-Studie des DJI zeigt, dass in nahezu allen Kindertagesstätten Aufnahmegespräche, Tür-und-Angel-Gespräche, Elternabende, Einzelgespräche und Ähnliches stattfinden. Formen der Zusammenarbeit, die die Eltern stärker in den Einrichtungsalltag integrieren, finden dagegen in wesentlich weniger Einrichtungen statt. So gibt ein Drittel der Kindertagesstätten an, dass Eltern bei ihnen in der Einrichtung nicht mitarbeiten, und in jeder vierten Einrichtung wird sie von den Eltern auch nicht als Kommunikationsstätte genutzt. Anders gewendet bedeutet dies aber auch, dass in der Mehrzahl der Kindertagesstätten Eltern mitarbeiten und die Einrichtung als Kommunikationsstätte nutzen – was Möglichkeiten schafft, Eltern niedrigschwellig und ohne erhobenen Zeigefinger anzusprechen und sie dabei für Gesundheitsthemen zu sensibilisieren.

Gesundheitsförderung und Bewegung

Es besteht in der Fachdiskussion Einigkeit darüber, dass die Förderung der motorischen Fähigkeiten und die Anregung zur Bewegung einen wichtigen Stellenwert in der Kindertagesbetreuung einnehmen, und in fast allen Bildungsplänen wird Bewegung ausdrücklich als Bildungsinhalt genannt (Diskowski 2007). Dieser Stellenwert wird von den Einrichtungen bestätigt, 93,8 Prozent stimmen der Aussage zu, dass sich Kinder einmal am Tag in der Einrichtung austoben sollen (Item 1). Die weitaus meisten Einrichtungen, nämlich 69 von 100, stimmen dem sogar uneingeschränkt zu. Die anderen sehen darin eine Belastung für das Personal (etwa bedingt durch die damit verbundene Geräuschkulisse) oder wenden ein, dass tägliches Austoben zu viel abverlangt. Lediglich 1,4 Prozent der Einrichtungen sind ganz dagegen und können keinen Sinn darin sehen, dass Kinder sich in der Einrichtung austoben sollen.

Die Aussage: „Die Kinder sollen an ihre körperlichen Grenzen gehen können“ (Item 2), erfasst zwar auch, ob den Fachkräften intensive Körpererfahrungen der Kinder wichtig sind, aber eine Zustimmung signalisiert noch nicht unbedingt, dass die Einrichtung für die Ermöglichung dieser Grenzerfahrungen zuständig ist. Im Vergleich zur vorherigen Aussage stimmen hier sehr viel weniger Einrichtungen uneingeschränkt zu. Wie aufgrund der inhaltlichen Ähnlichkeit der beiden Aussagen zu erwarten, gibt es einen statistischen Zusammenhang bei der Bewertung der beiden Aussagen. Wer findet, dass Kinder an ihre körperlichen Grenzen gehen sollen, der stimmt auch eher der Aussage zu, dass tägliches Austoben wichtig ist. Diejenigen Einrichtungen, die keine Notwendigkeit darin sehen, dass Kinder an ihre körperliche Grenzen gehen, untersagen auch häufiger körperliche Aktivitäten. Begründet wird dies mit der Befürchtung, die Kinder könnten sich verletzen. Insgesamt sind es 11,7 Prozent der Kindertageseinrichtungen, die Kindern häufig Aktivitäten aufgrund einer möglichen Verletzungsgefahr untersagen. 92,4 Prozent stimmen der Aussage zu: „Die Kinder gehen täglich raus, unabhängig vom Wetter“ (Item 3).

Betrachtet man alle Aussagen, die sich auf Bewegung und Gesundheit beziehen, dann wird deutlich, dass 62,3 Prozent der Kinder-

tagesstätten allen Items zustimmen und somit der körperlichen Aktivität von Kindern einen hohen Stellenwert einräumen.

Die Bedeutung des sozialen Klimas für die Gesundheitsförderung

Die Gesundheitsdefinition der WHO verdeutlicht den engen Zusammenhang von Gesundheit und sozialem Klima. In der Ottawa-Charta heißt es, „Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten“ (Weltgesundheitsorganisation 1986). In unserer Befragung wurden die Einrichtungen gebeten, die Aussage: „Der Erfolg der Gesundheitsförderung hängt vom sozialen Klima der Einrichtung ab“, einzuschätzen. 57 Prozent der Kindertageseinrichtungen stimmen dieser Aussage nicht zu. Somit bezweifelt mehr als die Hälfte der Einrichtungen, dass das soziale Klima ein Faktor ist, der sich auf den Erfolg der Gesundheitsförderung auswirkt. Die Ablehnung dieses Items legt nahe, dass die Einrichtungen sich nicht an dem Konzept der WHO zur Gesundheitsförderung orientieren. Es besteht ein statistischer Zusammenhang zwischen der Ablehnung dieser Aussage und der Angabe, in der Konzeption das Thema Gesundheitsförderung aufgegriffen zu haben. Man darf deshalb annehmen, dass in vielen Konzeptionen die Aussagen zur Gesundheitsförderung doch eher im Sinne von Gesundheits-erziehung oder Krankheitsprävention denn als weit gefasster Begriff von Gesundheitsförderung zu verstehen sind.

Die Integration der Gesundheitsförderung in den Alltag

Der Anspruch ganzheitlicher Gesundheitsförderung zielt darauf, die Lebensqualität insgesamt zu erhöhen und nicht nur einzelne Krankheitsrisiken zu minimieren – ein Anspruch, der sich allein durch punktuelle Aktionen oder Präventionsprogramme nicht verwirklichen lässt. Vielmehr erfordert eine ganzheitliche Gesundheitsförderung in der Kindertagesbetreuung die Ausrichtung der gesamten Einrichtung an den Prinzipien der Gesundheitsförderung. Die WHO beschreibt Gesundheitsförderung als einen Prozess, der darauf zielt, ein „umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen“ (Weltgesundheitsorganisation 1986). Um herauszufinden, ob sich zumindest in den konzeptionellen Überlegungen ein solch umfassendes Verständnis von

Gesundheitsförderung widerspiegelt, wurden die Einrichtungen gebeten, die folgenden Aussagen zu bewerten: „Die Förderung der Gesundheit von Kindern ist bei uns eine den ganzen Kita-Alltag beeinflussende Aufgabe“, „Gesundheitsförderung ist ein eher unwichtiges Thema in unserer Einrichtung“ und „Gesundheitsförderung bedeutet einen zusätzlichen Aufwand für die ErzieherInnen“. Ein Großteil der Kindertageseinrichtungen (80,7 %) beschreibt Gesundheitsförderung als etwas, was den gesamten Alltag beeinflusst und ein wichtiges Thema in der Arbeit der Kindertagesstätte darstellt. Die Zustimmung zu der Aussage: „Gesundheitsförderung ist ein eher unwichtiges Thema in unserer Einrichtung“, signalisiert allerdings, dass es auch Einrichtungen gibt, deren Auffassung von Gesundheitsförderung sich primär am medizinischen Modell orientiert. Gesundheit ist für diese ein Thema jenseits der eigenen Zuständigkeiten. Immerhin 8,6 Prozent der Kindertageseinrichtungen vertreten eine solche Position. Wird diese Position vertreten, wird auch der Aussage, „Gesundheitsförderung bedeutet einen zusätzlichen Aufwand für die ErzieherInnen“, zugestimmt. Denn auch hier wird zum Ausdruck gebracht, dass Anregungen zur Gesundheitsförderung etwas sind, was nicht selbstverständlich ist und sich nicht ohne Weiteres in den pädagogischen Alltag integrieren lässt. Die Ausfüllenden assoziieren bei dieser Aussage wohl eher Maßnahmen der Gesundheitserziehung, die in der Tat einen zusätzlichen Aufwand verlangen. Nur wenn das Thema Gesundheit wie selbstverständlich in den pädagogischen Alltag und in das Alltagshandeln integriert ist, wird es auch nicht als eine zusätzliche Aufgabe betrachtet.

Zur Gesundheitsförderung beim pädagogischen Personal

Der Gesundheitszustand und die Motivation des pädagogischen Personals wirken sich auf die betreuten Kinder aus. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention von Kindern ist in den Bildungsplänen der Bundesländer weitgehend verankert, die Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern spielt dagegen meist nur am Rande eine Rolle. Vor dem Hintergrund der Vorbildfunktion des pädagogischen Personals ist dies nur schwer verständlich. Obgleich in der Praxis deren Gesundheit noch wenig beachtet wird, haben sich doch einige Studien mit dem Thema auseinandergesetzt. Attiya Khan weist aufgrund eigener und fremder Untersuchungen nach, dass Erzieherinnen zahlreichen gesundheitsbelastenden Faktoren ausgesetzt sind. Dazu gehören zum Beispiel

Lärm, nicht erwachsenengerechte Möbel, Zwangshaltungen, zu schweres Heben und Tragen, Überforderung aufgrund von Personalmangel sowie Konflikte mit Eltern (Khan 2006). Die Ergebnisse einer Kindertagesstätten-Studie der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft bestätigen dies. Erzieherinnen leiden demnach insbesondere unter zwei Belastungen: Lärm und Personal- beziehungsweise Zeitmangel und der dadurch entstehenden Überlastung und Überforderung (Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft 2007). Tatsächlich weist diese Berufsgruppe überdurchschnittlich hohe krankheitsbedingte Ausfallzeiten auf (Khan 2004). Offensichtlich wirken sich vor allem die Rahmenbedingungen des Arbeitsplatzes und insbesondere der Personalmangel belastend aus.

Auch die Kindertagesstätten-Befragung des DJI (Peucker, Gragert, Pluto und Seckinger 2010) beschäftigt sich mit der Arbeitssituation von Erzieherinnen und Erziehern und stellt die Frage, wie oft es vorkommt, dass unter dem gesetzlich vorgesehenen Personalschlüssel gearbeitet wird.

Tabelle 1

Wie oft kommt es vor, dass in der Einrichtung unter dem gesetzlich geregelten beziehungsweise festgelegten Personalschlüssel gearbeitet wird?

	Ost	West	Insgesamt
Häufig	29,0	22,0	23,2
Manchmal	37,5	36,2	36,4
Selten	23,0	28,4	27,4
Nie	10,7	13,4	13,0

Angaben in Prozent; Ost-West-Unterschied signifikant (0,05)

Quelle: Christian Peucker, Nicola Gragert, Liane Pluto und Mike Seckinger (2010). Kindertagesbetreuung unter der Lupe. Befunde zu Ansprüchen an eine Förderung von Kindern (S. 86). München: Deutsches Jugendinstitut e.V.

Tabelle 1 zeigt, dass in knapp dreißig Prozent der Einrichtungen im Osten und zweiundzwanzig Prozent der Einrichtungen im Westen häufig unterhalb des vorgesehenen Personalschlüssels gearbeitet wird. Es besteht ein Zusammenhang zwischen jenen Einrichtungen, die ihre Vorbereitungs- und Verfügungszeiten als nicht ausreichend beschreiben, und jenen, die „manchmal“ und „häufig“ unter dem festgelegten Personalschlüssel arbeiten. Gemeinsam schätzen sie auch das Arbeitsklima in ihren Einrichtungen signifikant schlechter ein. Es bestätigt sich, dass Personalmangel wesentlich zur Belastung von Erzieherinnen und Erziehern beiträgt und Überforderung und Arbeitsklima zusammenhängen.

Die Gesundheit des pädagogischen Personals in Kindertagesstätten ist Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Bildungsarbeit. Personalmangel und schlechte Arbeitsbedingungen beeinträchtigen den Bildungserfolg. Präventionskonzepte gibt es bislang nicht, vereinzelte Projekte, die sich auf die Gesundheitsförderung von Erzieherinnen bezogen, fanden ohne wissenschaftliche Begleitung statt (Khan 2004). Bei aller Belastung, die der Beruf mit sich bringt, haben verschiedene Studien doch gezeigt, dass es auch positive Aspekte gibt, die die Widerstandsressourcen stärken: Erzieherinnen erleben die Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Vorgesetzten meist positiv, sie haben hinreichenden Entscheidungs- und Kontrollspielraum und schätzen ihren sicheren Arbeitsplatz. Tatsächlich ist für neunzig Prozent von ihnen die Freude am täglichen Umgang mit Kindern das stärkste Motiv der beruflichen Bindung (ebd.). Ein gutes Arbeitsklima in den Kindertagesstätten wird durch die DJI-Studie (Peucker, Gragert, Pluto und Seckinger 2010), die auch das Arbeitsklima in den Kindertageseinrichtungen untersucht hat, bestätigt. Die Einrichtungen sollten das Arbeitsklima ihrer Einrichtung auf einer siebenstufigen Skala von eins („sehr schlecht“) bis sieben („sehr gut“) bewerten. Der Mittelwert beträgt 5,5. 61,5 Prozent haben für ihre Bewertung die Sechs oder Sieben gewählt. 4,8 Prozent der Kindertagesstätten sind mit dem Arbeitsklima äußerst unzufrieden und haben eine Eins oder Zwei angegeben (ebd., S. 114). Das Arbeitsklima in den Kindertagesstätten wird in sehr vielen Kindertageseinrichtungen als gut eingeschätzt, was wiederum zeigt, wie wichtig dem Personal die kollegiale Zusammenarbeit ist. Die Ergebnisse decken sich mit denen der Studie der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (2007).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern bislang zu wenig in den Kindertagesstätten berücksichtigt wird. Die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sollten aber auch sie im Blick haben, nicht zuletzt auch wegen ihrer Vorbildfunktion für die Kinder. Einschlägige Fortbildungen im Bereich Gesundheit sowie veränderte Rahmenbedingungen, wie lärmreduzierende Neu- oder Umbauten, angemessene Gruppengrößen mit dementsprechender Personalausstattung, könnten die Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern ganz entscheidend verbessern helfen.

Fortbildungen zum Thema Gesundheit

Im Rahmen der Kindertagesstätten-Studie des DJI wurden die Einrichtungen nach der Anzahl der Fortbildungstage pro Mitarbeiterin befragt. Es zeigte sich, dass nur zwei Drittel der Einrichtungen über eine festgelegte Zahl von Fortbildungstagen verfügen. Im Durchschnitt erhält jede Vollzeitkraft im Jahr fünf Tage, wobei manche Einrichtungen bis zu zehn Tage angeben. Im vollen Umfang werden die Fortbildungstage allerdings nur in knapp zwei Dritteln der Einrichtungen genutzt – im Westen signifikant seltener (Peucker, Gragert, Pluto und Seckinger 2010, S. 124 f.).

Tabelle 2
Durchgeführte Fortbildungsmaßnahmen 2006
(Mehrfachnennungen, in Prozent)

Bereiche	Durchführung	Weiterer Bedarf
Sprache und Kommunikation	63,2	19,7
Bildungsplan	60,6	25,3
Körper und Bewegung	48,9	12,2
Qualitätsentwicklung	48,0	21,2
Naturwissenschaftliche Bildung und Mathematik	43,9	24,3
Musik, Kreativität	43,4	13,2
Lernprozesse von Kindern fördern	37,1	28,0
Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten	34,8	25,2
Teamentwicklung/-beratung	33,6	18,2
Kooperation und Vernetzung (z. B. mit Schule, Jugendamt)	33,0	15,6
Zusammenarbeit mit Eltern	32,2	17,4
Gesundheit	26,1	7,5
Inhaltliche/methodische Arbeit	21,7	13,5
Integration behinderter Kinder	18,6	7,9
Interkulturelles Lernen/Erziehung	13,9	12,5
Öffentlichkeitsarbeit	13,3	16,1
Beteiligung von Kindern	11,5	15,9
Medienkompetenz/-pädagogik	10,0	14,3
Gender-Mainstreaming	3,3	6,3
Sonstiges	9,9	5,1

Quelle: Christian Peucker, Nicola Gragert, Liane Pluto und Mike Seckinger (2010). Kindertagesbetreuung unter der Lupe. Befunde zu Ansprüchen an eine Förderung von Kindern (S. 127 ff.). München: Deutsches Jugendinstitut e.V.

Der Bildungsbereich „Körper und Bewegung“ ist durchaus gefragt. In Tabelle 2 zeigt sich, dass Mitarbeiterinnen aus knapp der Hälfte der Einrichtungen im Jahr 2006 an einer Fortbildung zum Thema teilgenommen haben. Damit lag dieses Fortbildungsthema an dritter Stelle hinter „Sprache und Kommunikation“ und „Bildungsplan“. Allerdings sehen nur relativ wenige Einrichtungen weiteren Fortbildungsbedarf für diesen Bereich. Bei etwa einem Viertel der Kindertagesstätten war „Gesundheit“ im Allgemeinen ein Thema, die „Integration behinderter Kinder“ rangierte noch weiter unten. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in knapp jeder fünften Einrichtung haben dazu eine Fortbildung besucht. Für das Thema „Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten“, bezogen auf die psychische Gesundheit, scheint es einen relativ großen Bedarf zu geben. Dies ist möglicherweise in einem Gefühl der Unsicherheit begründet, das manche Erzieherinnen im Umgang mit auffälligen Kindern erleben. In gut einem Viertel der Einrichtungen fanden hierzu Fortbildungen statt.

Insgesamt zeigt sich, dass Fortbildungen in Bezug auf Gesundheitsthemen durchaus gefragt sind. Die Ergebnisse legen jedoch auch die Vermutung nahe, dass der Bedarf zum großen Teil bei Themen besteht, bei denen es um den Umgang mit bereits vorhandenen Gesundheitsproblemen geht.

FAZIT

Die Ergebnisse der Kindertagesstätten-Befragung haben deutlich gezeigt, dass unter Gesundheitsförderung vielerlei verstanden wird. Fasst man die Einschätzungen zu den ausgewählten Themenbereichen zusammen, so zeigt sich in den Kindertagesstätten, dass die Übereinstimmung mit dem Konzept der WHO eher gering ist. Die meisten Kindertageseinrichtungen präsentieren ein in sich widersprüchliches Verständnis von Gesundheitsförderung – ein Hinweis darauf, dass wie in anderen Feldern der Kinder- und Jugendhilfe, so auch im Bereich der Kindertagesbetreuung die konzeptionelle Auseinandersetzung mit dem Thema erst begonnen hat. Leider stehen für die Gesundheitsförderung von Kindern im Vorschulalter nur geringe finanzielle Ressourcen zur Verfügung, und konkurrierende Programme setzen auf die Prävention von Krankheiten (Altgeld 2008).

Was die Zielgruppen angeht, hat man häufig ausschließlich die Kinder im Blick, auf die Gesundheit der Erzieherinnen und Erzieher wird zu wenig geachtet. Das Idealziel, Kindertageseinrichtungen zu einem Ort der Gesundheitsförderung werden zu lassen, ist nur zu verwirklichen, wenn man das Fachpersonal in die Aktivitäten zur Gesundheitsförderung miteinbezieht, wenn man sich intensiv mit den konzeptionellen Unterschieden und Implikationen von Prävention und Gesundheitsförderung auseinandersetzt und wenn man für eine angemessene räumliche und personelle Ausstattung sorgt.

Literatur

Altgeld, Thomas (2007).

Gesundheit im Kindergartenalltag fördern und gestalten. Wissen & Wachsen, Schwerpunktthema Gesundheit & Bewegung, Wissen. http://www.wissenundwachsen.de/page_gesundheit.aspx?Page=46707bbd-4a92-4462-b87b-64979c4caf34 (3.6.2009).

Altgeld, Thomas (2008).

Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche spielt im Gesundheitswesen noch keine Rolle. Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis, 4, 99–102.

Antonovsky, Aaron (1997).

Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag.

Bundesministerium für Gesundheit (2008).

Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit. Berlin: Eigenverlag.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA (2002).

„Früh übt sich ...“ – Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 16. Köln: Eigenverlag.

Diskowski, Detlef (2007).

Synopse zu den Bildungsplänen der Länder. http://www.mbjs.brandenburg.de/media/lbm1.a.1234.de/synopse_bildungsplaene.pdf (3.6.2009).

Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (Hrsg.) (2007).

Wie geht's im Job? Kita-Studie der GEW. Frankfurt am Main: Eigenverlag.

Hurrelmann, Klaus & Laaser, Ulrich (2006).

Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften (4., vollständig überarbeitete Auflage) (S. 749–780). Weinheim: Juventa.

Khan, Attiya (2004).

Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Kita – Möglichkeiten und Grenzen. <http://www.gesundheit-nds.de/downloads/28.10.04.vortrag.khan.gesund.aufwachsen.pdf> (3.6.2009).

Khan, Attiya (2006).

Arbeitsplatz Kindergarten: eine gesundheitliche Herausforderung. Wissen & Wachsen, Schwerpunktthema Gesundheit & Bewegung, Wissen. http://www.wissenundwachsen.de/page_gesundheit.aspx?Page=fc44c60c-4ab2-4b78-837e-fdcf0d2ac5c6 (3.6.2009).

Kliche, Thomas, Gesell, Susanne, Nyenhuis, Nele, Töppich, Jürgen & Koch, Uwe (2007).

Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas: Stand und Handlungsansätze. In Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (Hrsg.), Auf dem Weg zu einer gesundheitsfördernden Kita! Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern fördern – Zusammenarbeit mit Eltern stärken. Dokumentation der Fachtagung am 27. September 2006 im Bürgerhaus Wilhelmsburg (S. 10–15). Hamburg: Eigenverlag.

Peucker, Christian, Gragert, Nicola, Pluto, Liane & Seckinger, Mike (2010).

Kindertagesbetreuung unter der Lupe. Befunde zu Ansprüchen an eine Förderung von Kindern. DJI-Fachforum Bildung und Erziehung, Band 9. München: Deutsches Jugendinstitut e.V.

Robert-Koch-Institut (2006).

Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin. http://www.kiggs.de/experten/erste_ergebnisse/symposium/index.html (3.6.2009).

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2008).

Kindertagesbetreuung regional 2007. Ein Vergleich aller 439 Kreise in Deutschland. Wiesbaden: Eigenverlag.

Textor, Martin R. (2003).
Gesundheitserziehung.
In M. R. Textor (Hrsg.), Kindergartenpädagogik. Online-Handbuch.
<http://www.kindergartenpaedagogik.de/945.html> (3.6.2009).

Weltgesundheitsorganisation (1986).
Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.
[http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German)
language=German (3.6.2009).

Zimmer, Renate (2002).
Bewegungsförderung im Kindergarten: kommentierte Medien-
übersicht (4., aktualisierte Neuauflage).
Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA.

Sonja Bröning

Prävention und Gesundheitsförderung durch Elternbildung

Die Welt, in der wir leben, ist komplizierter geworden. Die Vielzahl von Einflüssen, unter denen Individuen und Familien stehen und die von diesen bewertet und bewältigt werden müssen, ist unüberschaubar. Insbesondere die zunehmende Wirkung von Medien hat schon manche Eltern und Experten zu der Frage geführt, inwieweit elterliche Erziehung die physische und psychische Gesundheit von Kindern überhaupt noch beeinflussen kann. Die Antwort aus Sicht psychologischer Forschung ist hier aber eindeutig: Nach wie vor zählen intrafamiliäre Beziehungen zu den einflussreichsten Wirkfaktoren im Leben eines Menschen. Positive und liebevolle Eltern-Kind-Beziehungen gehen durchweg mit Indikatoren für psychosoziales Wohlbefinden der Kinder einher. Umgekehrt fallen kindliche Probleme im Verhaltensbereich, in der schulischen Leistung und in der körperlichen Entwicklung häufig mit Schwierigkeiten in der Eltern-Kind-Beziehung zusammen (Grych 2002).

Der Umfang angebotener Erziehungsliteratur und die rege genutzten Elternforen im Internet zeigen das Interesse der Eltern an Erziehungsthemen, aber auch eine tiefe Verunsicherung: Wie kann Erziehung sinnvoll gestaltet werden, sodass sie den Kindern und Familien zugutekommt? Zahlreiche Angebote der Elternbildung wollen diesem Bedürfnis nach Orientierung Rechnung tragen, und so wird anhand unterschiedlicher Themen und mit unterschiedlichen didaktischen Konzepten der Versuch unternommen, den Eltern Erziehung „beizubringen“.

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit der Frage, was Elternbildung in Bezug auf gesundheitliche Prävention und die Gesundheitsförderung von Kindern leisten kann, und berücksichtigt dabei den Stand der Forschung. Hintergrund ist die derzeitige gesellschaft-

liche Situation von Familien in Deutschland und der aktuelle Wandel in der Familienstruktur. Sie sollen ebenso kurz skizziert werden wie intrafamiliäre Schutz- und Risikofaktoren für die psychische und physische Gesundheit von Kindern. Sie zu stärken, ist Aufgabe einer „Gesundheitsförderung“, wie sie hier verstanden wird. Es folgt ein Überblick über die Ziele und Wirkungen verschiedener Präventionsansätze im Bereich der Elternbildung. Abschließend wird das neue Präventionsangebot „Kinder im Blick“ für getrennt lebende Eltern vorgestellt. Es zeigt beispielhaft, wie Elternbildung zur Gesundheitsförderung beitragen kann.

FAMILIE HEUTE

Die heutige Situation von Familien ist zum einen vom demografischen Wandel, zum anderen von einem Wandel in den Erziehungswerten und -zielen geprägt. Elternbildung ist aufgefordert, die sich daraus ergebenden neuen Lebenslagen und Anforderungen an Erziehung zu berücksichtigen.

Der demografische Wandel

In den letzten fünfzig Jahren hat sich „Familie“ verändert. Dies zeigt sich statistisch im Anstieg der Lebenserwartung, in stark zurückgegangenen Geburtenraten und ebenso stark gestiegenen Scheidungsraten bei sinkender Heiratsneigung in der Bevölkerung. Zwar hat die traditionelle Kernfamilie, das heißt im gemeinsamen Haushalt lebende Eltern mit mindestens einem Kind, weiterhin einen dominierenden Stellenwert in Deutschland (Petzold 2001) und erfreut sich nach wie vor einer hohen Wertschätzung seitens der Bevölkerung (Statistisches Bundesamt 1999). Allerdings ist die klassische Vater-Mutter-Kind-Familie nicht mehr die häufigste Lebensform in Deutschland, diesen Rang nimmt inzwischen der Singlehaushalt (zum Teil auch Alleinerziehende mit Kindern) ein, vor allem in den Großstädten. In weniger als einem Drittel aller Haushalte der Bundesrepublik leben Paare mit noch unverheirateten Kindern zusammen (1957 waren es noch fast die Hälfte), dagegen wachsen mehr und mehr Kinder bei einem Elternteil auf. Zirka jede dritte Ehe in Deutschland wird wieder geschieden, sodass jedes Jahr ungefähr 140.000 Kinder zu sogenannten Scheidungskindern werden (Schneewind 1999).

Nichteheliche Lebensgemeinschaften nehmen weiter zu, jedes zehnte Paar lebt heute ohne Trauschein zusammen (Petzold 2001).

Erklären lassen sich diese Veränderungsprozesse erstens mit dem gestiegenen Anspruch an die Qualität von Ehe und Partnerschaft als Liebesbeziehung, der dann umso häufiger an der Realität scheitert. „Das Wagnis und die Konflikte, die mit dem Versuch verbunden sind, den Anspruch an gegenseitige Achtung, Toleranz, Freiheit und Treue auch zu leben [...], erklären, weshalb viele eine Bindung hinausschieben, die Festlegung scheuen oder sich wieder trennen“ (Ostner 1999, S. 34). Zweitens lässt der veränderte Status der Frau in der Gesellschaft mit erhöhten Bildungs- und Berufschancen und dem daraus folgenden Streben nach Selbstverwirklichung das Vereinbarkeitsproblem von Familie und Beruf oft zu einem unüberwindlichen Hindernis werden – viele Frauen sind nicht bereit, ihre Karrierechancen zugunsten von Babypause und Kind aufzugeben (ebd.). Drittens sind mit der Entscheidung für Kinder auch ökonomische Risiken im Vergleich zu kinderlosen Paaren verbunden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2006). Viertens erschwert die emotionale Konzentration auf das Kind in der Elternschaft noch zusätzlich die Aufrechterhaltung einer emotional befriedigenden Partnerschaft. Die ökonomische Absicherung im Sozialstaat und die Teilhabe am Erwerbsleben verschaffen Frauen im Gegensatz zu früher eher eine „Exit-Option“ aus einer gescheiterten Ehe (Ostner 1999). Die gestiegene soziale Akzeptanz einer Trennung erleichtert diesen Schritt zusätzlich, sodass ihn viele wagen – häufig sind es auch die Frauen, die die Initiative zur Trennung ergreifen.

Der Einfluss des demografischen Wandels auf intrafamiliäre Prozesse

Die Ursachen für den Wandel in der Familienstruktur liegen vor allem in der Individualisierung der modernen Gesellschaft begründet, der erhöhten Entscheidungsfreiheit bezüglich der Lebensgestaltung und dem damit verbundenen Wertewandel (Autonomie statt Solidarität, Mobilität statt Bindung). Diese Prozesse verändern in den westlichen Industrieländern jedoch nicht nur das Gesicht der Familie nach außen, sie nehmen auch Einfluss auf das Innenleben von Familien. So können ökonomische Schwierig-

keiten, Transitionen im Familienleben, wie Trennung und Scheidung oder die Entstehung einer Patchworkfamilie, unter den Familienmitgliedern für erhebliche Konflikte sorgen, ebenso die immer stärker werdende kulturelle Vielfalt in den Familien. Diese Konflikte entstehen unter anderem durch unklare oder ambivalente Rollendefinitionen innerhalb der Familie, beispielsweise wenn sich der neue Partner einer alleinerziehenden Mutter fragt, inwieweit er jetzt „Ersatzvater“ sein muss oder darf – ganz zu schweigen von seiner Herkunftsfamilie und ihrer Rolle in der neu entstandenen Patchworkfamilie. Die gesellschaftlichen Spielregeln bieten hierfür keine Klarheit, die aus den Konflikten resultierenden Spannungen sind unvermeidlich. Ambivalente Gefühle entwickeln auch beruflich erfolgreiche Frauen, die sich plötzlich, zumindest zeitweise, in der Hausfrauenrolle wiederfinden. Wann sollen, dürfen, müssen sie wieder berufstätig werden?

Der Trend zur Individualisierung gibt auf diese normativen Fragen nur eine Antwort: Es ist jeder und jedem selbst überlassen. Dieses Motto gilt auch für Fragen zur Erziehung. Die Eigenverantwortlichkeit und das Fehlen von allgemeingültigen Normen können für den Einzelnen auch zur Last werden.

Der Wandel der Erziehungsziele

Neue Lebenskonzepte verlangen neue Kompetenzen, was sich seit den 1950er-Jahren durch einen Wertewandel im Bereich der Erziehung zeigt. Während 1950 die Werte „Gehorsam und Unterordnung“ und „Selbstständigkeit und freier Wille“ noch gleichrangig gewichtet wurden, erhielt im Jahr 1995 der zweitgenannte eine klare Präferenz (siehe zum Beispiel Schneewind und Ruppert 1995). Das Ziel, die Autonomie ihrer Kinder zu fördern, erreichen Eltern gewiss nicht durch einen autoritären Erziehungsstil. Entsprechend lässt sich heutzutage eine „Erwärmung des Familienklimas“ feststellen. Zwei Ideale kennzeichnen die neue Erziehungshaltung: Das „Partizipations-Ideal“ fordert, dass Entscheidungen in der Familie nicht mehr durch Befehle, sondern durch Aushandeln getroffen werden. Das „Harmonie-Ideal“ fordert eine gute und liebevolle Beziehung zwischen Eltern und Kindern und lässt es für Eltern schwierig werden, konfrontative Phasen auszuhalten und altersangemessene Grenzen zu setzen. Beide Leitgedanken stellen hohe Anforderungen an die sozialen und kommunikativen Kompetenzen aller Familienmitglieder (Walper 2004).

Die veränderten Rahmenbedingungen führen in den Familien häufig zu Unsicherheit und Ambivalenz in der Kindererziehung. Sabine Walper (2006) verweist auf statistische Befunde für Deutschland, nach denen zirka fünfzig Prozent der Eltern sich in der Erziehung unsicher fühlen und es schwierig finden, konsequent zu sein und Grenzen zu setzen. Schätzungsweise acht bis zwölf Prozent aller Kinder in Deutschland werden von ihren Eltern körperlich misshandelt, zirka zehn bis zwanzig Prozent aller Kinder und Jugendlichen entwickeln klinisch relevante psychische Störungen wie Hyperaktivität, Aggressivität, Angst- oder Essstörungen.

FAMILIÄRE SCHUTZ- UND RISIKOFAKTOREN FÜR DIE KINDLICHE ENTWICKLUNG UND GESUNDHEIT

Diese Zahlen belegen eindeutig den hohen Bedarf an Hilfen im Bereich gesundheitlicher Prävention und Intervention. Elternbildung ist gefragt, doch wo soll diese ansetzen, was soll sie innerhalb der Familie verändern? Um darauf Antworten zu finden, ist es zunächst wichtig zu beleuchten, welche Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische und physische Gesundheit von Kindern ausschlaggebend sind. Zu unterscheiden sind personale, familiäre und soziale Faktoren: Zu den personalen Faktoren, die sich schützend oder gefährdend auswirken können, zählen vor allem genetische und physiologische Dispositionen, die individuelle Entwicklungsgeschichte von Eltern und Kindern sowie individuelle Persönlichkeitsmerkmale. Als familiäre Wirkfaktoren gelten vor allem sozioökonomische sowie familienstrukturelle Bedingungen, die Familiengeschichte allgemein sowie Beziehungen und Interaktionen in der Familie. Mit sozialen Wirkfaktoren sind schließlich soziale Unterstützung in Nachbarschaften und sozialen Netzen sowie Beteiligung oder Ausschluss von Ressourcen wie Bildung gemeint.

Personale, familiäre und soziale Faktoren stehen nicht unverbunden nebeneinander, sondern greifen wie Zahnräder ineinander und beeinflussen sich gegenseitig. Dies kann am Beispiel einer elterlichen Trennung verdeutlicht werden: Schwierige Persönlichkeitsmerkmale, beispielsweise emotionale Instabilität (Neurotizismus), sind vererbbar (personaler Faktor) und können daher bei Eltern und Kindern auftreten. Die daraus resultieren-

den familiären Schwierigkeiten können sowohl eine Scheidung der Eltern wahrscheinlicher machen als auch die Entwicklung eines Kindes grundsätzlich prägen. Trennen sich die Eltern, erschwert dieses Persönlichkeitsmerkmal möglicherweise die Neudefinition der familiären Rollen (familiärer Faktor) und macht es den Kindern zugleich schwieriger, nach einem trennungsbedingten Umzug neue Kontakte zu knüpfen (sozialer Faktor).

Die Bedeutung von Familienbeziehungen für gesundes Aufwachsen

In diesem komplexen System von Wirkfaktoren haben sich die Familienbeziehungen als besonders bedeutsam herausgestellt. Dazu gehört zum einen das Verhalten der Eltern ihren Kindern gegenüber, sei es mit dem Ziel, auf die Entwicklung des Kindes einzuwirken („Erziehung“), sei es auch nur die alltägliche Interaktion in der Familie („Beziehung“). Die Art und Weise des Umganges der Eltern mit dem Kind kann die Entwicklung des Kindes positiv oder negativ beeinflussen. Sigrid Tschöpe-Scheffler (2005) stellt fünf entwicklungsfördernde und -hemmende Dimensionen einander gegenüber: emotionale Wärme versus emotionale Kälte oder Überhitzung; Achtung und Respekt versus Missachtung; kooperatives Verhalten versus dirigistisches Verhalten; Struktur und Verbindlichkeit versus Chaos und Beliebigkeit; allseitige Förderung versus zu wenig Förderung oder einseitige Förderung.

Das elterliche Verhalten zeitigt auch Konsequenzen im Hinblick auf andere Einflüsse, denen Kinder und Familien ausgesetzt sind. Die Wirkung dieser Einflüsse wird über Familienbeziehungen vermittelt, möglicherweise verstärkt oder auch abgeschwächt. Sie stellen auch eine Art Filter dar, der in positiver oder auch negativer Weise auf die Gesundheit der Kinder wirkt. Dieser Effekt lässt sich veranschaulichen anhand von Daten aus einer Untersuchung von Rand Conger und Mitautoren (1994) zur Wirkung von Armut auf Jugendliche. In ihrer Studie zeigen sie erwartungsgemäß, dass ökonomischer Druck in der Familie mit internalisierendem Problemverhalten (zum Beispiel Depressivität) bei den betroffenen Jugendlichen einhergeht. Betrachtet man differenzierter auch vermittelnde Faktoren, zeigt sich, dass der ökonomische Druck indirekt wirkt: Er sorgt für Konflikte zwischen den Eltern, aber auch zwischen Eltern und ihren Kindern, und beeinträchtigt

somit die Beziehungen in der Familie. Nur wenn diese Beeinträchtigung erfolgt, tritt auch das Problemverhalten auf.

Wenngleich insbesondere chronische Armut die Entwicklung von Kindern in vielen Bereichen direkt belastet – dazu gehören Fehlernährung, weniger Anregungen, geringere außerfamiliäre Partizipationsmöglichkeiten und erhebliche Konsumeinschränkungen gegenüber bessergestellten Gleichaltrigen –, scheint doch die Qualität der Familienbeziehungen ausschlaggebend dafür zu sein, wie sehr Kinder von Armutsfolgen betroffen sind. Der Umkehrschluss liegt ebenso auf der Hand: Eltern, denen es auch in schwierigen Familiensituationen gelingt, gute Beziehungen zu ihren Kindern aufrechtzuerhalten, können die Auswirkungen vielfältiger Probleme auf ihre Kinder abschwächen.

Ähnliches ist aus der Scheidungsforschung bekannt. Eine Scheidung verursacht zunächst in jeder Familie eine Krise, und die Reorganisation der Rollen und Beziehungen belastet meist alle Beteiligten. Dennoch zeigen sich bei vielen Scheidungskindern keine langfristigen Entwicklungsschwierigkeiten im Vergleich zu Kindern aus Kernfamilien. *Eine* Gruppe zeigt allerdings auch langfristig erhebliche Belastungen: diejenigen Kinder, deren Eltern noch viele Monate und Jahre nach der Trennung anhaltende Konflikte austragen (siehe zusammenfassend Bröning 2009). Kinder aus konfliktbelasteten Kernfamilien weisen vergleichbare Schwierigkeiten in der psychosozialen Anpassung auf (Walper 2002). Das Problematische an Elternkonflikten ist, dass sie meist in zweifacher Weise auf die Kinder wirken, direkt und indirekt: Zum einen werden sie von den Kindern wahrgenommen und als bedrohlich erlebt, was zu emotionalen Stressreaktionen und langfristig zu einer Beeinträchtigung der subjektiven Sicherheit führt (Cumings und Davies 1994). Zum anderen wirken sie sich auch auf die Beziehung zwischen Eltern und ihren Kindern aus. Hier spricht man von einem indirekten Effekt des Überschwappens („spillover“) in die Eltern-Kind-Beziehung. Charakteristisch dafür sind ein inkonsistentes Erziehungsverhalten, abnehmende Wärme und emotionale Verfügbarkeit sowie die Neigung, auf das Kind einen Koalitionsdruck auszuüben (Grych 2005).

Häufig haben die Konflikte der Eltern untereinander und die Erziehungsschwierigkeiten mit ihren Kindern eine gemeinsame Wurzel, die in der Persönlichkeit und Befindlichkeit der Erwach-

senen liegt. Diese wiederum sind ausschlaggebend dafür, über welche Beziehungskompetenzen sie verfügen. Beide Wirkungsweisen elterlicher Konflikte, die direkte und die indirekte, liefern wichtige Ansatzpunkte für Interventionen im Sinne der Elternbildung.

PRÄVENTIONSANSÄTZE IM BEREICH DER ELTERNBILDUNG

Der Begriff „Prävention“ stammt aus dem Lateinischen (*praevenire* = zuvorkommen) und bedeutet heute im allgemeinen Sprachgebrauch, negativen Verhaltensweisen und Zuständen zuvorzukommen oder vorzubeugen, während mit „Intervention“ die Behandlung bereits aufgetretener Störungen und Probleme im Sinne eines korrigierenden Eingreifens gemeint ist. In Abhängigkeit von der Art des Bedarfes unterscheidet man unterschiedliche Arten der Prävention, denen sich unterschiedliche Ansätze in der Elternbildung zuordnen lassen. Unter *universeller* Prävention versteht man auf die Allgemeinbevölkerung abzielende Angebote unabhängig vom Grad der Bedürftigkeit Einzelner. Zu *selektiver* Prävention zählen Angebote für bestimmte Risikogruppen, zu *indizierter* Prävention Maßnahmen bei Personen oder Gruppen, die klare Anzeichen einer bestimmten Problematik zeigen (Schneewind und Graf 2000). Auch bei ihnen liegt der Schwerpunkt noch auf dem Vorbeugen im Gegensatz zum „Heilen“, wobei die Grenzen zwischen indizierter Prävention und therapeutischer Intervention fließend sind.

Im Bereich der Elternbildung richten sich Angebote der universellen Prävention an alle Eltern, die Orientierung für ihr elterliches Handeln suchen. Beispiele für Elternbildungsangebote im Bereich der universellen Prävention sind

- der Elternkurs „Starke Eltern, starke Kinder“ (Hankonen-Schoberth 2003),
- der Elternkurs „Familienteam“ (Graf 2005),
- das Elterntraining auf CD-ROM: „Freiheit in Grenzen“ (Schneewind 2003),

- Elterninformationen im Internet, zum Beispiel das Online-Familienhandbuch (www.familienhandbuch.de), und
- das Elternangebot „Familienkonferenz“ (Gordon 2001).

Elternbildung im Bereich der selektiven Prävention zielt auf solche Familien ab, in denen ein besonderes Risiko besteht, dass elterliches Handeln und die Beziehung zwischen Eltern und Kindern gefährdet ist, zum Beispiel bei sehr jungen Müttern, bei getrennt lebenden Eltern oder bei sozial benachteiligten Familien. Beispiele für Elternbildungsangebote im Bereich der selektiven Prävention sind

- das Beratungs- und Frühinterventionsprogramm „STEEP“ (Erickson und Egeland 2006),
- das Elternangebot „Triple P“ (Hahlweg u. a. 2001) und
- der Elternkurs „Kinder im Blick“ (Bröning 2009).

Als Elternbildung im Bereich der indizierten Prävention gelten vorbeugende Programme für Familien mit Kindern, die bereits klare Anzeichen einer Problematik, zum Beispiel aggressives oder aufmerksamkeitsgestörtes Verhalten, an den Tag legen. Beispiele für Elternbildungsangebote in diesem Bereich sind

- das „Prevention Program for Aggressive Children“ (Stoolmiller, Eddy und Reid 2000),
- das Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern (Lauth und Schlottke 2002) und
- das Training mit aggressiven Kindern (Döpfner u. a. 1997).

Moderne Angebote der Elternbildung beziehen entwicklungspsychologische Erkenntnisse vieler Forschungsrichtungen mit ein. Die einzelnen Angebote legen darauf unterschiedliches Gewicht und unterscheiden sich überdies hinsichtlich der Didaktik und Zielsetzung. So legt das Elternprogramm „Triple P“ den Schwerpunkt vor allem auf Verhaltens- und Lerntheorien, während Thomas Gordons „Familienkonferenz“ und viele andere Elternkurse vor allem in Grundlagen der Humanistischen Psychologie

wurzeln. Das Angebot „STEEP“ basiert auf der Bindungstheorie, während das Elternangebot „Familienteam“ vor allem Ergebnisse der Emotionsforschung einbezieht.

Vergleichende Forschung zur Elternbildung stammt bislang fast ausschließlich aus dem US-amerikanischen Raum. Sie bietet Aufschluss darüber, welche Merkmale von Elternbildung sich in der Praxis besonders bewährt haben, um das Wohlbefinden von Kindern zu fördern. In der bislang umfassendsten Untersuchung zur Elternbildung, einer Metaanalyse von Jean Layzer und Mitautoren (2001), wurden 665 Studien verglichen und dabei insgesamt 260 Maßnahmen der Elternbildung evaluiert. Das Forscherteam berichtet, dass Eltern und Kinder am meisten von Programmen profitieren haben, die frühzeitig ansetzen, über professionelles Personal verfügen, die gegenseitige Unterstützung der Eltern fördern und Gruppenarbeit anbieten, statt nur auf Hausbesuche zu setzen. Durch ein kombiniertes Vorgehen konnte den Betroffenen am besten geholfen werden.

Elternbildungsmaßnahmen werden von vielen befürwortet, es gibt aber auch kritische Stimmen. Monika Sondermann (2004) fasst diese Kritik in ihrer Dissertation zusammen. Sie nennt fünf Hauptkritikpunkte: Erstens fehle häufig die Sicht auf das ganze Familiensystem, das „gestörte Kind“ werde dann zum Symptomträger, der durch Verhalten der Eltern verändert werden müsse. Zweitens würden Umweltbedingungen kaum beachtet, so hänge zum Beispiel das Ausmaß an elterlicher Kontrolle davon ab, ob das Kind in einem wenig gefährlichen Dorf oder in einem sozialen Brennpunkt aufwachse. Drittens würden benachteiligte Schichten zu wenig erreicht, obwohl gerade hier Bedarf an Bildungsangeboten bestehe, stattdessen nähmen vor allem Eltern teil, die im Vergleich ohnehin bereits als sehr kompetent gelten könnten. Viertens erreichten die Angebote die Familien häufig zu spät beziehungsweise könnten effektiver vorbeugen, wenn sie wesentlich früher im Problemverlauf in Anspruch genommen würden. Fünftens nähmen aus unterschiedlichen Gründen (Zeitfaktor, Sozialisation) vor allem Mütter an den Angeboten teil, die Zielgruppe der Väter werde häufig nicht angesprochen oder nicht erreicht.

DER ELTERNKURS „KINDER IM BLICK“

Im Folgenden stelle ich ein aktuelles Beispiel für Elternbildung im Bereich der selektiven Prävention vor, das im Rahmen meines Promotionsvorhabens entwickelt wurde: das Kursangebot „Kinder im Blick“ für Gruppen von Eltern in Trennung.

Während sich in den USA bereits eine Vielzahl derartiger Programme bewährt hat, kann „Kinder im Blick“ im deutschsprachigen Raum als neuartiges Angebot gelten, das hier 2009 erstmals eine größere Verbreitung erfuhr. Es wurde in Kooperation zwischen der auf Trennung und Scheidung spezialisierten Beratungsstelle „Familien-Notruf München“ und der Universität München, Fakultät für Psychologie und Pädagogik, unter der Leitung von Prof. Dr. Sabine Walper entwickelt. Der Elternkurs knüpft an das Elterntaining „Familienteam“ (Graf 2005) an, ist aber auf die spezifischen Bedürfnisse und Probleme von Familien in der Trennungssituation zugeschnitten und folgt den oben skizzierten Forschungsbefunden zu Elternkonflikten bei Trennung und Scheidung, die sich negativ auf das Erziehungsverhalten auswirken (siehe zum Beispiel Walper und Beckh 2006). Entsprechend ist das Kursziel neben der Vermittlung von konstruktivem Kommunikationsverhalten zwischen den Eltern auch die Stärkung elterlicher Erziehungs Kompetenzen. Aufgezeigt werden die Bedürfnisse und die Perspektive der Kinder in der Trennungssituation sowie die Gefährdung durch Loyalitätskonflikte, es wird aber auch die Problematik der elterlichen Selbstfürsorge in der Krisensituation thematisiert. In den sechs Einheiten zu je drei Stunden geht es stets um das Zusammenspiel von

- „Ich“: Wie kann ich als betroffene Person konstruktiv mit der Trennungssituation umgehen?,
- „Kind“: Was ist für mein Kind besonders wichtig, und wie kann ich die Beziehung zu meinem Kind stärken?,
- „Wir“: Wo und wie müssen wir als Eltern zusammenarbeiten? Wie umgehen wir die Fallstricke, um nicht die Paar- mit der Elternebene zu vermischen?

Jede Kurseinheit hat zwei Schwerpunkte. Zu Beginn wird besprochen, wie die Umsetzung des bislang Gelernten im Alltag gelun-

gen ist – hierfür gibt es konkrete Anregungen („GehHeim-Tipps“) – und welche Erfahrungen die Beteiligten dabei im Laufe der Woche gemacht haben. Es folgen etwa zehnminütige Vorträge zu Themen, die anschließend in Übungen, Diskussionen, Rollenspielen und Reflexionen konkretisiert und vertieft werden. Zum Schluss erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer weitere Anregungen für zu Hause.

„Kinder im Blick“ zeichnet sich durch eine starke Praxisorientierung und ein intensives, ressourcenorientiertes Coaching aus. Jede Übung ist detailliert vorbereitet und wird durch gezielte Trainerinterventionen intensiv begleitet, bei denen die Eltern sehr konkrete Anweisungen erhalten, wie sie sich in den jeweiligen Situationen verhalten sollten. Die Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer können in den Rollenspielen positive Erfahrungen sammeln und Verhaltensstrategien entwickeln, die sich auf ihren Alltag übertragen lassen, sich dort bewähren und zu Erfolgserlebnissen führen.

Es wird angestrebt, dass beide Elternteile am Kurs teilnehmen, und zwar in unterschiedlichen, gemischtgeschlechtlichen Gruppen zu je sieben bis acht Personen. Die Kursdauer ist mit sechs dreistündigen Sitzungen bewusst kurz gewählt, um Eintrittsbarrieren für interessierte Eltern möglichst gering zu halten. „Kinder im Blick“ ist sowohl für Eltern mit niedriger bis mittlerer Konfliktintensität hilfreich, die in der Trennungsphase besonders auf ihre Kinder achten wollen, als auch für hochstrittige Familien, die bereits eine Beratungsstelle aufgesucht haben und ein ergänzendes Angebot wünschen. Der Elternkurs ist somit für die Praxis von Beratungsstellen gut geeignet, die in der Regel mit Eltern aller Konfliktniveaus befasst sind.

Welche Vorteile weist diese gruppenorientierte Form der Elternbildung im Vergleich zu einem im Trennungs- und Scheidungsbereich üblichen Beratungssetting auf? Zunächst bietet der Kurs durch die getrennte Teilnahme beider Elternteile an unterschiedlichen Abenden ein entspannteres Umfeld, in dem es möglich ist, die Sichtweise in Bezug auf den Elternkonflikt und die Eltern-Kind-Beziehung zu überprüfen und zu relativieren. In der Beratungssituation zu zweit dominiert meist der Paarkonflikt und steht einem konstruktiven Mitarbeiten nicht selten im Wege, sodass die Belange der Kinder in den Hintergrund treten. Im gemischt-

geschlechtlichen Kurs ist zwar nicht die ehemalige Partnerin beziehungsweise der ehemalige Partner anwesend, wohl aber mögliche Vertreterinnen oder Vertreter der jeweils anderen Perspektive. Das Fehlen des Konfliktgegners kann eine Auseinandersetzung mit den anstehenden Problemen erleichtern und wird durch die Rückmeldungen aus der Gruppe gefördert. Zusätzlich wird durch das Gruppensetting der Kompetenzerwerb in den Übungen und Rollenspielen unterstützt, sodass ein Transfer in den Alltag leichter gelingen kann. Daneben hat der festgelegte Ablauf einen psychologischen Wert für die teilnehmenden Eltern: Vor allem unangenehme Wahrheiten, zum Beispiel über den Einfluss elterlicher Konflikte auf das Wohlbefinden des Kindes, lassen sich leichter ertragen in dem Wissen, dass sich die „Ex-Partnerin“ oder der „Ex-Partner“ *genau dasselbe* in einem anderen Kurs auch anhören muss. Nicht zuletzt stellen für die Eltern die sozialen Kontakte in der Gruppe eine neue Ressource im Alltag dar. Dies kann vor allem für Väter wichtig sein, da Männer im Zuge einer Trennung nicht selten ihr soziales Netz verlieren, das bislang von der Frau gepflegt wurde, und in der Krise allein dastehen.

Der Kurs lässt sich in die Arbeit von Beratungsinstitutionen gut integrieren. Die Kursleiterinnen und -leiter können auf einen engmaschigen Trainerleitfaden und eine detaillierte Elternmappe zurückgreifen, die das Einüben und die Weiterverbreitung des Kurses erleichtern. Diese Standardisierung ist auch hilfreich bei der Qualitätssicherung und der wissenschaftlichen Evaluation, die sich in Vorbereitung befindet. Die Befragung bisheriger Teilnehmerinnen und Teilnehmer weist auf eine erfreulich hohe Zufriedenheit mit dem Kurs hin (Bröning 2009). (1)

FAZIT

Elternbildung sollte einen wichtigen Platz in einer Gesellschaft einnehmen, die in weiten Teilen von Unsicherheit im Hinblick auf Erziehung geprägt ist. Sie zielt auf einen zentralen Schutzfaktor für die kindliche Entwicklung und Gesundheit ab, nämlich die Verbesserung intrafamiliärer Beziehungen. Damit leistet sie eine wichtige Hilfestellung für Eltern, die für das physische und psychische Wohlbefinden ihrer Kinder Sorge tragen. Es liegt auf der Hand, dass dies besonders jenen Kindern zugutekommt, deren Eltern über unzureichende Erziehungskompetenzen verfügen.

Wenn Elternbildung ihrem Anspruch genügen will, die kindliche Entwicklung bestmöglich zu fördern, muss sie mehrere Anforderungen erfüllen: Sie muss die Familienbeziehungen ganzheitlich in den Blick nehmen und auch den Kontext beziehungsweise die Lebenssituation der Familie beachten. Bevor ein Angebot zur Elternbildung begonnen werden kann, ist es notwendig, sich über die angestrebte Zielgruppe klarzuwerden und darüber, wie man sie erreicht. Dazu gehört auch, wo und auf welche Weise ein Angebot bekanntgemacht wird. In der Durchführung sollte das Programm vor allem das Handeln der Eltern verändern und somit nicht nur Vorträge, sondern auch viel Praxis und Übungen anbieten. Zwingend folgt daraus, dass es von gut ausgebildeten Kursleiterinnen und -leitern durchgeführt werden sollte. Allerdings steckt die wissenschaftliche Evaluation von Elternbildung im Sinne einer Qualitätsprüfung und Qualitätssicherung in Deutschland noch in den Kinderschuhen und sollte – auch seitens der öffentlichen Hand – stärker gefördert werden. Elternbildung ist ein oft noch zu wenig genutztes, aber vielversprechendes Angebot im Bereich gesundheitlicher Prävention und Gesundheitsförderung. Eine fortlaufende Überprüfung und professionelle Verbesserung bestehender Angebote würden sich gewiss lohnen.

Anmerkung

1

Das Programm „Kinder im Blick“ ist von der Deutschen Liga für das Kind mit dem ersten Preis des „Präventionspreises Frühe Kindheit 2007“ ausgezeichnet worden. Weiterführende Informationen zum Elternkurs sind unter www.kinderimblick.de zu finden.

Literatur

Bröning, Sonja (2009).

Kinder im Blick. Theoretische und empirische Grundlagen eines Gruppenangebotes für Familien in konfliktbelasteten Trennungssituationen.

Münster: Waxmann.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2006).

Siebter Familienbericht. Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit.

Berlin: Eigenverlag.

Conger, Rand D., Ge, Xiaojia, Elder, Glen H., Lorenz, Frederick O. & Simons, Ronald L. (1994).

Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Development*, 2, 541–561.

Cummings, E. Mark & Davies, Patrick T. (1994).

Children and marital conflict.

New York: Guilford Press.

Döpfner, Manfred u. a. (1997).

THOP – Das Therapieprogramm zur Behandlung von Kindern mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten. *Kindheit und Entwicklung*, 6, 230–246.

Erickson, Martha Farrell & Egeland, Byron (2006).

Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung. Frühe Hilfen für die Arbeit mit Eltern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes durch das STEEP-Programm.

Stuttgart: Klett-Cotta.

Gordon, Thomas (2001).

Familienkonferenz: Die Lösung von Konflikten zwischen Eltern und Kind.

München: Heyne.

Graf, Johanna (2005).

Familienteam – das Miteinander stärken. Das Geheimnis glücklichen Zusammenlebens.

Freiburg im Breisgau: Herder.

Grych, John H. (2002).

Marital relationships and parenting.

In M. H. Bornstein (Hrsg.), *Handbook of Parenting* (2. Auflage) (S. 203–226).

Mahwah, NJ: Erlbaum.

Grych, John H. (2005).

Interparental conflict as a risk factor for child maladjustment.

Implications for the development of prevention programs. *Family Court Review*, 1, 97–108.

Hahlweg, Kurt u. a. (2001).

Prävention kindlicher Verhaltensstörungen: Triple P – ein mehrstufiges Programm zu positiver Erziehung.

In S. Walper & R. Pekrun (Hrsg.), *Familie und Entwicklung*.

Perspektiven der Familienpsychologie (S. 405–423).

Göttingen: Hogrefe.

Hankonen-Schoberth, Paula (2003).

Starke Kinder brauchen starke Eltern. Der Elternkurs des Deutschen Kinderschutzbundes.

Berlin: Urania.

Lauth, Gerhard W. & Schlotzke, Peter F. (2002).

Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern.

Weinheim: Beltz.

Layzer, Jean I., Goodson, Barbara D., Bernstein, Lawrence & Price, Cristofer (2001).

National evaluation of family support programs. Final report volume A: The meta-analysis.

Cambridge, MA: Abt Associates.

Ostner, Ilona (1999).

Ehe und Familie – Konvention oder Sonderfall? Ursachen, Probleme und Perspektiven des Wandels der Lebensformen. *Zeitschrift für Familienforschung*, 1, 32–51.

Petzold, Matthias (2001).
Familien heute. Sieben Typen familialen Zusammenlebens:
[http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Fachbeitrag/a_](http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Fachbeitrag/a_Familienforschung/s_379.html)
Familienforschung/s_379.html (7.5.2009).

Schneewind, Klaus A. (1999).
Familienpsychologie (2., überarbeitete Auflage).
Stuttgart: Kohlhammer.

Schneewind, Klaus A. (2003).
Freiheit in Grenzen. Eine interaktive CD-ROM zur Stärkung elterlicher Erziehungskompetenzen für Eltern mit Kindern zwischen 6 und 12 Jahren.
Unveröffentlichtes Manuskript.

Schneewind, Klaus A. & Graf, Johanna (2000).
Beziehungstraining – Wissen und Handeln im Kontext von Partnerschaft und Familie.
In H. Mandl & J. Gerstenmaier (Hrsg.), Die Kluft zwischen Wissen und Handeln. Empirische und theoretische Lösungsansätze (S. 157–196).
Göttingen: Hogrefe.

Schneewind, Klaus A. & Ruppert, Stefan (1995).
Familien gestern und heute. Ein Generationenvergleich über 16 Jahre.
München: Quintessenz.

Sondermann, Monika (2004).
Zum Stand von Elternbildung und Elternberatung. Möglichkeiten der Prävention von und Intervention bei kindlichen Entwicklungsstörungen.
Dissertation an der Heilpädagogischen Fakultät der Universität zu Köln.

Statistisches Bundesamt (1999).
Kinder in der Sozialhilfe-Statistik.
Wiesbaden: Eigenverlag.

Stoolmiller, Mike, Eddy, J. Mark & Reid, John B. (2000).
Detecting and describing preventive intervention effects in a universal school-based randomized trial targeting delinquent and violent behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 296–306.

Tschöpe-Scheffler, Sigrid (Hrsg.) (2005).
Konzepte der Elternbildung. Eine kritische Übersicht.
Opladen: Budrich.

Walper, Sabine (2002).
Verlust der Eltern durch Trennung, Scheidung oder Tod.
In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (5., vollständig überarbeitete Auflage) (S. 818–832).
Weinheim: Beltz PVU.

Walper, Sabine (2004).
Der Wandel der Familien als Sozialisationsinstanz.
In D. Geulen & H. Veith (Hrsg.), *Sozialisationsstheorie interdisziplinär – aktuelle Perspektiven*.
Stuttgart: Lucius & Lucius.

Walper, Sabine (2006).
Kompetente Beziehung – kompetente Erziehung?! Das Abenteuer Familie.
Vortrag im Rahmen der Münchner Wissenschaftstage, 21. bis 24.10.2006, an der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Walper, Sabine & Beckh, Katharina (2006).
Adolescents' development in high-conflict and separated families. Evidence from a German longitudinal study.
In A. Clarke-Stewart & J. Dunn (Hrsg.), *Families count. Effects on child and adolescent development* (S. 239–270).
Cambridge, MA: University Press.

Gesundheitsförderung in der Jugendarbeit

Über Gesundheitsförderung wird derzeit vielerorts diskutiert, nicht zuletzt auch im Bereich der Kinder- und Jugendarbeit. Durch den Dreizehnten Kinder- und Jugendbericht hat das Thema „Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe“ an Aktualität gewonnen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009).

Im Folgenden legen wir zunächst dar, was unter den Begriffen „Gesundheitsförderung“ und „Jugendarbeit“ zu verstehen ist. Dann befassen wir uns mit den Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsförderung im Bereich der Jugendarbeit. Hierfür nutzen wir die Ergebnisse einer Evaluation der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ins Leben gerufenen Jugendaktion GUT DRAUF. Seit den 1990er-Jahren versucht die BZgA mit dieser Aktion, die gesundheitliche Lage Jugendlicher nachhaltig zu verbessern (siehe www.gutdrauf.net).

WAS BEDEUTET GESUNDHEITSFÖRDERUNG?

Der Begriff „Gesundheitsförderung“ wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Rahmen der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung 1986 in Ottawa und der dort verabschiedeten Charta geprägt. Gesundheit im Sinne der WHO wird nicht nur als ein Fehlen von Krankheit verstanden, sondern als ein Zustand des geistigen und körperlichen Wohlbefindens, und „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (Weltgesundheitsorganisation 1986). Gesundheitsförderung setzt somit bei den Ressourcen der Men-

schen an. Sie sollen unterstützt und gestärkt werden, um Risiken für Krankheit zu vermeiden beziehungsweise zu minimieren (Waller 2006, S. 156).

Diese Definition von Gesundheit berücksichtigt, dass sich die Gesundheit eines Menschen allumfassend auf sein Leben auswirkt, denn „ein guter Gesundheitszustand ist eine wesentliche Bedingung für soziale, ökonomische und persönliche Entwicklung und entscheidender Bestandteil der Lebensqualität“ (ebd., S. 163). Menschen zu einem selbstbestimmten Umgang mit ihrer Gesundheit zu befähigen, bedeutet für diese „sowohl Geborgenheit und Verwurzelung in einer unterstützenden sozialen Umwelt, den Zugang zu allen wesentlichen Informationen, die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten als auch die Möglichkeit, selber Entscheidungen in Bezug auf ihre persönliche Gesundheit treffen zu können. Menschen können ihr Gesundheitspotenzial nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können“ (ebd., S. 164). In der Ottawa-Charta werden mit Blick auf eine wirkungsvolle Gesundheitsförderung drei Handlungsstrategien formuliert: Die erste umfasst die Interessenvertretung, ein anwaltschaftliches Eintreten für die Menschen, um die gesundheitsbedingenden Faktoren auf den verschiedenen Ebenen positiv zu beeinflussen. Die zweite ist auf Chancengleichheit ausgerichtet, damit alle gleichermaßen befähigt werden, ihr Gesundheitspotenzial zu nutzen. Bei der dritten Strategie handelt es sich um ein koordiniertes Zusammenwirken im Interesse einer gesundheitsorientierten Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Interessen in der Gesellschaft, wobei Gesundheitsförderung sich an den örtlichen Bedürfnissen und Möglichkeiten orientieren und gut vernetzt sein muss (Brieskorn-Zinke und Köhler-Offierski 1997, S. 50–51; Weltgesundheitsorganisation 1986).

Aus der letztgenannten Handlungsstrategie wird deutlich: Gesundheitsförderung zielt nicht auf eine personenbezogene Intervention, sondern „im Mittelpunkt stehen sogenannte ‚settings‘, regionale Settings wie Städte und Kommunen und soziale Settings, wie etwa Schulen, Betriebe, Organisationen u. ä.“ (Brieskorn-Zinke und Köhler-Offierski 1997, S. 54). Gesundheitsförderung setzt wie gesagt bei den vorhandenen Ressourcen an, Maßnahmen der Prävention hingegen suchen krankheitsauslösende Faktoren zu verringern beziehungsweise zu vermeiden (Trojan 2002, S. 195–198).

Gesundheitsförderung soll Menschen befähigen, eigene Entscheidungen bezüglich ihrer Gesundheit zu treffen. Dazu dienen beispielsweise Informationsmaterialien, die im Rahmen von Projekten der Gesundheitsförderung bereitgestellt werden.

JUGENDARBEIT – EINE NOTWENDIGE LEISTUNG DER JUGENDHILFE

Das Sozialgesetzbuch Achtes Buch Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) liefert die gesetzliche Grundlage für die Kinder- und Jugendarbeit. Wird in Absatz 1 des Paragraphen 1 der junge Mensch als Individuum ins Zentrum gestellt und sein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit gefordert, so stellt Absatz 3 Nummer 4 den Bezug der Individualität zu den Verhältnissen her: Die Jugendhilfe soll „dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.“

Zu den Leistungen der Jugendhilfe gehört die Jugendarbeit. Gemäß § 11 Abs. 1 SGB VIII sind für junge Menschen Angebote zur Verfügung zu stellen, welche sie in ihrer Entwicklung fördern, an ihren Interessen anknüpfen und durch diese selbst mitgestaltet und mitbestimmt werden. „Wichtig ist dabei, dass diese Leistung der Jugendhilfe i. S. § 11 Abs. 1 nicht die Jugendarbeit als solche, sondern die Zurverfügungstellung und Nutzung der Angebote der Jugendarbeit ist. Es handelt sich bei § 11 Abs. 1 also nicht um individuelle Dienst-, Sach- oder Geldleistungen, sondern lediglich um die Möglichkeit der Teilnahme an allgemein zugänglichen Veranstaltungen oder Maßnahmen oder um die Möglichkeit der Nutzung von Diensten und Einrichtungen der Jugendarbeit“ (Bisler 2008, S. 54). In § 11 Abs. 3 SGB VIII werden die Schwerpunkte der Jugendarbeit benannt. Hierzu gehört die außerschulische Jugendbildung, worunter auch die Möglichkeit nonformaler Bildungsprozesse zu fassen ist und so auch der Bereich der gesundheitlichen Bildung.

Im Folgenden sollen die einzelnen Aspekte des § 11 Abs. 1 SGB VIII näher betrachtet werden. Die Jugendarbeit umfasst sehr viele Bereiche. Wir wollen uns im Folgenden auf die einrichtungsbe-

zogene Kinder- und Jugendarbeit konzentrieren, wobei sich viele Gesichtspunkte auch auf andere Bereiche übertragen lassen.

An den Interessen junger Menschen anknüpfen

Die Einrichtungen der Kinder- und Jugendarbeit werden von den Jugendlichen zumeist in ihrer Freizeit genutzt. Je weniger fremdbestimmt und verpflichtend ein Angebot ist, desto intensiver haben die Jugendlichen das Gefühl, dabei ihre Freizeit zu verbringen. Freizeitaktivitäten von Jugendlichen können entweder frei und selbstorganisiert sein oder vereins- beziehungsweise einrichtungsbezogene Unternehmungen außerhalb des häuslichen Rahmens. Ein zentrales Kennzeichen der Jugendarbeit ist dabei stets die Freiwilligkeit.

Unter dieser Prämisse gilt es für die Fachkräfte der Jugendarbeit zunächst, mit den Jugendlichen ins Gespräch zu kommen, einen Kontakt herzustellen und herauszufinden, was sie interessiert und welche Themen sie beschäftigen. So können sie die Jugendlichen gezielt auf bereits vorhandene Möglichkeiten in der Einrichtung hinweisen oder auch entsprechende Angebote entwickeln. Gerade der offene Bereich bietet eine gute Möglichkeit, die Interessen der Jugendlichen zu erkunden und eine Brückenfunktion zu strukturell verankerten Angeboten zu übernehmen. Eine zugängliche und offene Haltung der Fachkräfte ist die Voraussetzung für einen Kontakt mit den Jugendlichen, auf dem sich aufbauen lässt. „Pädagogisches Handeln meint hier vielmehr, bei den jugendkulturellen Aktivitäten der Jugendlichen mitzumachen und dabei sensibel Gelegenheiten wahrzunehmen [...] und aufzugreifen, die sich im Alltag der Kinder- und Jugendarbeit ergeben“ (Cloos und Königter 2008, S. 87; siehe auch Müller u. a. 2005, Cloos u. a. 2007).

Jugendliche sollen mitbestimmen und mitgestalten

Die Jugendlichen interessieren sich in ihrer Freizeit im Wesentlichen für Spiel, Bewegung und Geselligkeit. Der offene Bereich einer Freizeiteinrichtung lässt sich beliebig nutzen, beispielsweise um Freunde zu treffen. Daneben gibt es vielfältige Angebote für die Freizeit, bei deren Gestaltung die Jugendlichen ihre Interessen aktiv einbringen können. Mitbestimmen und Mitgestalten sind erwünscht sowohl in Bezug auf die Angebote der Jugendarbeit als

auch hinsichtlich der Nutzung der dafür vorgesehenen Räumlichkeiten. Für die Jugendlichen sind es wertvolle Erfahrungen, wenn sie wahrnehmen, dass ihre Vorschläge ernst genommen und umgesetzt werden, indem beispielsweise neue Angebote entstehen.

Im Kontext von Mitbestimmung und Mitgestaltung kommt auch den anderen Jugendlichen eine wichtige Rolle zu. Die Clique hat nach Aussage der 14. Shell-Jugendstudie (Deutsche Shell 2002) für gut siebzig Prozent der Jugendlichen neben der Familie nach wie vor einen sehr hohen Stellenwert. Auch der Zwölfte Kinder- und Jugendbericht stellt die Wichtigkeit von Gleichaltrigengruppen zum Erlernen von sozialen Kompetenzen, insbesondere von Interaktionen und Kommunikation, heraus (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005, S. 93 f.). Die Jugendlichen erfahren sowohl in der Aushandlung mit den pädagogischen Fachkräften als auch mit den anderen Jugendlichen die Potenziale von Mitbestimmung und Mitgestaltung.

Hinführung zu Selbstbestimmung, gesellschaftlicher Mitverantwortung und sozialem Engagement

Die Offene Kinder- und Jugendarbeit nimmt mit ihrer Stellung zwischen freien, selbstorganisierten Aktivitäten und institutionalisierten Unternehmungen eine wichtige Funktion ein. Der offene Bereich einer Jugendfreizeitstätte gilt als „Aneignungs-, Erprobungs- und Selbstbestimmungsraum“ (Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport 2004, S. 36). Mit einem hohen Maß an Offenheit, Zugänglichkeit und Verpflichtungsfreiheit (ebd., S. 36) wird er dem Bedürfnis der Jugendlichen nach wenig reglementierten Räumen gerecht.

Den Interessen und Bedürfnissen der Jugendlichen entsprechend, werden vorstrukturierte Aktivitäten vorrangig aus den Bereichen Medien, Sport und Kultur angeboten. Gefragt sind die freizeitorientierten, selbstbestimmten Sportmöglichkeiten, insbesondere auch Trendsportarten, und die damit verbundenen jugendkulturellen Elemente, die in Musik, Kleidung und Sprache ihren Ausdruck finden (siehe auch diverse Studien unter www.jugendkultur.at). Spielerische und spaßbetonte Aktivitäten scheinen in der Kinder- und Jugendarbeit zu dominieren.

Ein wichtiger Aspekt der einrichtungsbezogenen Kinder- und Jugendarbeit ist die außerschulische Bildung. Zu den mannigfachen Möglichkeiten des (spielerischen) Lernens und Sicherprobens gehört auch das Einüben von Fertigkeiten des sozialen Umganges in einer Gemeinschaft. Denn in der Jugendarbeit geht es nicht nur um die Gestaltung von freier Zeit, sondern auch um den Erwerb jener Kompetenzen, die in einer pluralen Options- und Erlebnisgesellschaft erforderlich sind (Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport 2004, S. 36 f.).

Der Zwölfte Kinder- und Jugendbericht betont die Bedeutung des informellen Lernens (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005, S. 95 f.). Neben den formalen Bildungsprozessen, welche durch das Curriculum der Schullehrpläne vorgegeben werden, finden insbesondere nonformale Bildungsprozesse in der Lebenswelt unter Gleichaltrigen statt. In einer Peergroup können die Jugendlichen ihre Meinungen austauschen, überprüfen und neu zusammensetzen (ebd., S. 148).

Jugendliche suchen neben den klassischen Sozialisationsinstanzen Familie, Schule und Berufsausbildung verstärkt im Sozialraum nach Orientierung für die Entwicklung ihrer Identität (Böhnisch und Münchmeier 1993, S. 52). Daher sind „Räume, in denen man sich selbst inszenieren kann“, notwendig (ebd., S. 16). Ulrich Deinet deutet es als „wichtiges Ergebnis der Jugendforschung [...], daß die Auflösung tradierter Normen, Institutionen und Rollen zu einer verstärkten räumlichen Orientierung der Jugendlichen an ihrer konkreten Lebenswelt führt“ (Deinet 1999, S. 15). Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung beschreibt ebenfalls, dass „eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebenswelten Jugendlicher [notwendig ist, S. H.], damit die Umsetzung gesundheitsförderlichen Verhaltens in den Alltag gelingt und selbstverständlich wird“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, ohne Jahr).

DIE JUGENDAKTION „GUT DRAUF“

Die Jugendaktion GUT DRAUF der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) richtet sich an Jugendliche im Alter von vierzehn bis achtzehn Jahren. Ihnen soll das Themenfeld „Ernährung, Bewegung, Stressregulation“ nähergebracht werden, um

eine frühe Bewusstwerdung und Verhaltensänderung bei Jugendlichen zu unterstützen. Die Jugendlichen sollen gesundheitsförderliche Angebote erhalten, die für sie attraktiv sind, an ihren Bedürfnissen und ihrem Lebensgefühl anknüpfen und zu ihrem Wohlbefinden beitragen.

Um die jungen Menschen in ihren Lebensbereichen – Schule, Sport, Ausbildung, Jugendarbeit und Jugendreisen – zu erreichen, ist ein sozialräumlich vernetzter Kooperationsansatz notwendig (Bestmann, Häseler und Mann 2008). In der Praxis gibt es unterschiedliche Umsetzungsmöglichkeiten für gesundheitsförderliche Angebote, deren Ausgestaltung sich grundsätzlich an den Interessen der Jugendlichen orientiert (Bestmann und Heusinger 2006, S. 19–20). Dies sind zum Beispiel:

- einmalige Halbtagesveranstaltungen,
- einmalige Ganztagesveranstaltungen,
- mehrtägige Workshops,
- regelmäßige Kurs- beziehungsweise Unterrichtsangebote,
- Fahrten und Ferienreisen,
- dauerhafte konzeptionelle und strukturelle Veränderungen beziehungsweise Zertifizierung des Trägers oder der Einrichtung („GUT DRAUF-Qualitätssiegel“).

Ein wesentlicher Aspekt des Projektes GUT DRAUF ist die regionale Vernetzung. Die Zusammenarbeit unterschiedlicher Institutionen in einer Region erhöht die Effektivität des Konzepts. Jugendlichen wird durch eine Kooperation von Praktikerinnen und Praktikern verschiedener Handlungsfelder ermöglicht, die Prinzipien der Jugendaktion GUT DRAUF in ihrem Alltag kennenzulernen. Ein Beispiel hierfür gibt die Kommune Eitorf, in der Jugendliche die Angebote verschiedener miteinander kooperierender Anbieter besuchen, den mobilen Treffpunkt „GUT DRAUF-Tanke“ der Diakonie, das kommunale Jugendcafé, die zertifizierte Gemeinschaftshauptschule und örtliche Sportvereine.

Die BZgA setzt sich aktiv dafür ein, Fachkräfte in der praktischen Arbeit mit Jugendlichen zu schulen und darin zu unterstützen, GUT DRAUF-Angebote und Strukturen in ihrem Handlungsfeld zu entwickeln und umzusetzen. Somit wird auf die Entwicklung, Ausübung und Implementierung von GUT DRAUF-Angeboten abgezielt (Bestmann 2007, S. 3).

MÖGLICHKEITEN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN DER JUGENDARBEIT

Jugendarbeit ist gekennzeichnet durch Offenheit, Freiwilligkeit und unterschiedliche Nutzungskontexte. Die Fachkräfte haben einen Balanceakt zu leisten: die Jugendlichen nicht zu verschrecken und ihnen einen Rahmen zu geben, sich wohlfühlen, aber auch „neue“ Anregungen und Rahmenbedingungen erlebbar zu machen. Im Folgenden wollen wir die strukturellen Rahmenbedingungen und Gestaltungsmöglichkeiten für eine Gesundheitsförderung in der Jugendarbeit darstellen. Im Rahmen der Evaluation der Jugendaktion GUT DRAUF hat die BZgA ein Projekt der mobilen Jugendarbeit in Kooperation mit einem Jugendcafé und einer Schule qualitativ untersucht. Es wurden Hospitationen durchgeführt, Gespräche mit Jugendlichen geführt, ebenso Experteninterviews mit den Mitarbeitenden des Projektes, des Jugendcafés, den weiteren beteiligten Kooperationspartnern und der Jugendförderung. Bei den im Folgenden angeführten Zitaten handelt es sich um Originalaussagen aus den Interviews (J = Jugendlicher, E = Experte).

Strukturelle Rahmenbedingungen

Zu den strukturellen Rahmenbedingungen einer Jugendfreizeiteinrichtung gehören die Bereiche Ernährung und Räumlichkeiten. Befassen wir uns zunächst mit dem Aspekt Ernährung.

In vielen Jugendfreizeiteinrichtungen gibt es Cafés oder die Möglichkeit, Getränke und Lebensmittel zu kaufen. Die anlässlich der Evaluation untersuchten Einrichtungen haben ihr Angebot an Lebensmitteln umgestellt. Tee und stilles Wasser stehen für die Jugendlichen jederzeit kostenfrei zur Verfügung. Mineralwasser gibt es kostengünstig, andere Getränke wie Limonade oder Cola wurden teilweise komplett aus dem Angebot genommen. Anstatt Süßigkeiten werden Müsli und Müsliriegel angeboten. Es werden auch Obst und Gemüse aufgeschnitten und entsprechend für den Verzehr angerichtet. Dies wird von den Jugendlichen gerne genutzt und auch wertgeschätzt. „Das ist aufmerksam vor allen Dingen, dass selbst der F. [der Mitarbeitende, S. H.] so drauf achtet, dass die auch mal was anderes essen, das finde ich auf jeden Fall sehr aufmerksam“ (J 3), formuliert eine Jugendliche. Ebenso wird hervorgehoben, dass dies ein freiwilliges Angebot ist und

nicht angenommen werden muss, „ist ja auch nicht nervig, weil wenn man das nicht will, dann isst man das halt nicht“ (J 3). Die befragten Jugendlichen berichten, dass meistens ihre Eltern kochen und sie sich eher selten selbstständig Essen zubereiten. Den Aufwand, sich selbst Obst oder Gemüse kleinzuschneiden, schätzen sie als zu hoch ein. Werden Obst und Gemüse aber im Jugendclub angeboten, dann essen sie dies sehr gern. Eine Vielzahl der Jugendlichen verbringt fast die gesamte Freizeit in der Jugendeinrichtung, sodass dieses Angebot nun einfach zum Alltag dazugehört.

Ebenfalls untersucht wurde ein Projekt aus der mobilen Jugendarbeit. Ein ehemaliger Imbissanhänger wurde umfunktioniert zur „GUT DRAUF-Tanke“ und in Kooperation mit einer Schule unter Anleitung einer ortsansässigen Künstlerin gestaltet (www.gut-drauf-tanke.de), Träger ist die örtliche Diakonie. Die „GUT DRAUF-Tanke“ steht an drei Tagen auf dem Bahnhofsvorplatz des Ortes und bietet ebenfalls aufgeschnittene Äpfel und Möhren an. Dies wird von zahlreichen Jugendlichen genutzt. „Es ist für mich immer wieder erstaunlich, wie die Jugendlichen sich am Bahnhof auf die Möhrchen und Äpfel stürzen“ (E 1), meint ein beteiligter Kooperationspartner.

Auch bei verschiedenen Kooperationsprojekten (Wettbewerbe, Konzerte etc.) gibt es gesunde Snacks und entsprechende Getränke. „Keine Cola, keine Limo, kein Bier, und die kommen“ (E 3). Stattdessen werden Fruchtcocktails angeboten und von den Jugendlichen getrunken, „weil es einfach schön angerichtet ist“ (E 3), vermutet eine Kooperationspartnerin.

Für die Jugendlichen wird deutlich, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf gesundes Essen und Trinken bedacht sind, und sie erleben den damit verbundenen Aufwand als Wertschätzung und Anerkennung ihrer Person.

Kommen wir nun zur Beschaffenheit der Räume einer Jugendfreizeiteinrichtung. Die Räume sollten so ausgestattet und gestaltet sein, dass die Jugendlichen diese nach ihren Bedürfnissen und Interessen nutzen können. Es kann einen offenen Bereich geben mit Gesellschaftsspielen, Zeitschriften, Computern und anderen Beschäftigungsmöglichkeiten. Kleinere gemütliche Räume oder Ecken können zum Ausspannen oder Sichzurückziehen einladen.

Werden die Räume mit den Jugendlichen gemeinsam gestaltet, fühlen sie sich schneller heimisch. Hier können Bücher, Zeitschriften oder auch Musikinstrumente angeboten werden. Einer der untersuchten Jugendclubs hat mit den Jugendlichen gemeinsam einen Wohlfühlraum eingerichtet. Er wurde in verschiedenen Farben gestrichen, ein Sofa steht darin, Musikinstrumente, Musikanlage und viele Kissen und Decken. Die Jugendlichen können sich bei der verantwortlichen Fachkraft den Schlüssel für diesen Raum geben lassen. Für die Nutzung wurden Regeln erarbeitet, an die sich alle halten sollen.

Neben Geselligkeit und Entspannung darf auch die Bewegung nicht zu kurz kommen. Die Angebote für Sport oder Fitness wechseln von Einrichtung zu Einrichtung, es kann Tischtennisplatten geben oder auch ein Außengelände mit Basketballkorb, Fußballtoren oder Skatemöglichkeiten. „Auch die Spiele, die Bewegungsmöglichkeit [...] und auch das ganz unaufdringlich, es ist einfach da“ (E 3).

Eine Jugendfreizeiteinrichtung soll allen Jugendlichen offen stehen. Wichtig ist daher, dass sie die Räume niedrigschwellig nutzen können. Dazu eignet sich insbesondere der offene Bereich mit der Möglichkeit, einfach nur da zu sein oder spontan und unkompliziert irgendwo mitzumachen, ohne eine längere Verpflichtung einzugehen. „Sie können erst mal kommen, um ausschließlich nur in der Bravo zu lesen oder nur mit dem Ball zu spielen, nur Möhrchen zu essen“ (E 2). Der offene Bereich bietet dann auch die Möglichkeit der Überleitung zu den Angeboten der Jugendfreizeiteinrichtung. Wie gesagt, sollten diese Angebote den Interessen der Jugendlichen entgegenkommen und sie kontinuierlich in den Gestaltungsprozess miteinbeziehen. Ein Beispiel hierfür sind die sportlichen Aktivitäten im Rahmen der Gesundheitsförderung. Viele der befragten Jugendlichen berichteten, dass Sport für sie einen wichtigen Stellenwert habe, aber sie sich oftmals nicht überwinden könnten, Sport zu treiben. Ein Jugendlicher gibt an, dass er hierbei gern Unterstützung hätte: „Man muss immer einen haben, der sagt komm lass uns das mal machen oder der das interessant macht“ (J 2). Hilfreich könnten dabei auch Freunde sein: „Ich find Freunde müssen sich so unterstützen [...] wenn sie dann sagen ja o. k., dann freut man sich voll. Dann ist es voll cool, wenn alle was gemeinsam machen“ (J 2). Beim Sport geht es den Jugendlichen nicht bloß um die Bewegung, sondern auch um

den Spaß, der damit verbunden ist, „und wenn man nicht alleine ist. Alleine ist immer blöd“ (J 2).

Die Jugendlichen wurden auch danach gefragt, wie das Thema Gesundheit mehr in ihren Alltag einbezogen werden könnte, unter anderem in Bezug auf das Jugendzentrum. „Es wäre cool, wenn wir vielleicht so einen Sporttag hier hätten so einmal in der Woche“, beispielsweise den Boxsack nutzen, „dass wir Spaß haben und vielleicht mal irgendwelche Gruppen bilden, daraus kann man ja auch mal irgendwelche Spiele machen [...] weil nachmittags sind ja hier auch noch kleine Kinder, das wäre ja für die vielleicht auch was“ (J 2). Andere Jugendliche wünschen sich nicht nur Spaß bei gemeinsamen sportlichen Aktivitäten, sondern auch konkrete gesundheitsfördernde Angebote. Die aus Sicht der Jugendlichen notwendige Motivation von außen wird durch die Rahmenbedingungen, wie beispielsweise fix vereinbarte Treffen, unterstützt. Aus obigem Zitat spricht auch die Idee eines altersübergreifenden Angebots, bei dem jüngere Kinder miteinbezogen werden.

In den befragten Jugendeinrichtungen wird mit den Jugendlichen gemeinsam gekocht, manchmal gibt es auch ein Kochduell als Event. Kochkurse finden einmal pro Woche oder einmal im Monat statt. Das Setting Jugendzentrum beruht auf Freiwilligkeit, Spaß haben und Freunde treffen gehören wesentlich dazu: „Mir macht das Spaß, weil alle meine Freunde hier sind [...] weil man immer weiß, die sind bestimmt hier“ (J 2). Dieser Aspekt wird für die Umsetzung aufgegriffen. „Wir haben ein Kochduell gemacht, wie beim perfekten Dinner [...] da haben wir so Vor- und Nachspeise gemacht und Hauptgericht und da haben wir selber so geguckt, was wir machen auch mit Ananas und gesunden Sachen“ (J 2). Es werden auch bislang unbekannte Esskulturen erprobt: „Was wir auch gemacht haben, wo wir auf dem Boden saßen, thailändisch [...] das war richtig gut mit Kerzen und so“ (J 2). Ganz nebenbei wird den Jugendlichen nützliches Wissen vermittelt. „Und hier im Jugendzentrum kochen wir auch [...] dann hab ich mir auch in mein Buch Rezepte abgeschrieben [...]. Ich find es auch wichtig mal was darüber zu wissen“ (J 2). Ein wichtiger Aspekt ist immer die Atmosphäre, sodass die Jugendlichen motiviert sind mitzumachen.

Auch im Rahmen von großen Veranstaltungen wie Fußballturnieren oder Rockkonzerten können Aspekte gesunder Ernährung

miteingebunden werden. Oben haben wir schon als Beispiel das Anbieten von Obst, Gemüse und Fruchtcocktails erwähnt. Dabei ist es wichtig, klein anzufangen. „Ich hab auch wirklich Mut bekommen, Leute auch [...] in Jugendzentren auch [...] das ganz selbstbewusst und vehement zu vertreten und zu sagen, einfach ausprobieren und ganz klein anfangen [...] man fängt im Kleinen an und guckt, wo kann ich die Jugendlichen mitnehmen und wo stehe ich und was passt auch zu mir und man kann ja dann immer mehr dazu machen“ (E 3). Aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendförderung ist es notwendig, in kleinen Schritten vorzugehen und für jede Einrichtung individuell zu prüfen, was im jeweiligen Kontext geeignet sein könnte.

Gelegenheiten für eine Gesundheitsförderung in der Jugendarbeit

Im Zentrum der Gesundheitsförderung in der Jugendarbeit steht die Förderung der Selbstbestimmung der jungen Menschen. In den Gruppendiskussionen wurde deutlich, dass die Jugendlichen bereits sehr viel zum Thema Gesundheitsförderung wissen. So haben sie beispielsweise im Biologieunterricht in der Schule etwas über gesunde Lebensmittel und Ernährung gelernt. Aus ihrer Sicht reicht es aber nicht, diese Informationen einmal gelesen zu haben, sie wollen vielmehr eigene Erfahrungen machen. Angebote und Strukturen sind daher so zu gestalten, dass die Jugendlichen die Möglichkeit haben, Neues auszuprobieren, dabei gute Erfahrungen zu sammeln und auch mitbestimmen zu können. Die meisten befragten Jugendlichen wissen Positives zu berichten: „Ich finde, wenn man Sport macht, dann ist man aktiver, dann ist man morgens nicht so müde und kann sich konzentrieren [...] dann ist der Akku irgendwie voller“ (J 2). Wenn der innere Widerstand überwunden wird, dann ist das Sportmachen durchaus positiv besetzt, „aber irgendwie wenn ich dann wieder zuhause bin, das alles hinter mir hab, dann denke ich wow, das war eigentlich gut, dass ich gegangen bin“ (J 2).

Oftmals fehlt den Jugendlichen allerdings die notwendige Unterstützung, um das, was sie als wohltuend und hilfreich erfahren haben, auch im Alltag umsetzen zu können. Hierbei wird deutlich, dass es auf die Inhalte und Themen allein nicht ankommt, wichtig sind die methodische Gestaltung und die Möglichkeiten der Vermittlung. Gesundheitsförderung in der Jugendarbeit

basiert auf den Elementen Freiwilligkeit, Offenheit, Einbeziehung der Interessen und Mitgestaltung. Unter diesen Voraussetzungen kann sich ein Aneignungsprozess vollziehen, der dem Bereich der nonformalen Bildung zuzurechnen ist. Auch der Zwölfte Kinder- und Jugendbericht geht davon aus, dass nicht allein die Inhalte der einzelnen Angebote zu einer Förderung der Selbstbestimmung führen, sondern „es sind vermutlich eher die spezifischen Merkmale möglicher selbstaktiver Bildungsgelegenheiten an nonformalen Bildungsorten, die ein Bildungsprofil der Jugendarbeit erkennen lassen, als die ihr eigenen Themen, Inhalte und Kompetenzen“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005, S. 250). Eine Jugendliche bestätigt dies: „Die haben ja auch Blätter bekommen, da stand ja auch was gesund ist, aber Blätter, wenn man schreiben muss oder so, das prägt sich irgendwie nie so gut ein, wenn man das mal selber so macht, dann kann man merken, oh das ist ja gar nicht so schwer und das ist trotzdem gesund“ (J 2).

Im Zwölften Kinder- und Jugendbericht werden Bildungsprozesse in der Jugendarbeit durch die folgenden Merkmale charakterisiert: Freiwilligkeit und Dienstleistung, selbstorganisierte Kleingruppe und Freundesgruppe, Freiräume, (jugend-)kulturelle Praxis, Erfahrungslernen, Diskursivität und institutionalisiertes Generationenverhältnis (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005, S. 250 f.). Der Bereich der Jugendarbeit ist somit ein idealer Ansatz für nonformale Bildungsgelegenheiten. „Die Kunst ist nun, sowohl die Möglichkeit zu unverbindlichen Treffs als auch unterschiedliche Angebote mit durchaus geplanten Lernfeldern so zu gestalten, dass Jugendliche hier ebenso ‚abhängen‘ wie auch Schlüsselqualifikationen und Kulturtechniken erlernen können. Die besondere pädagogische Herausforderung liegt sicherlich darin, die Jugendlichen, die zunächst nur einen Treffpunkt und Entspannung suchen, zu einer aktiven Freizeitgestaltung zu motivieren“ (Klöver, Moser und Strauss 2008, S. 146).

FAZIT

Die Jugendarbeit hat aufgrund ihres Settings die Möglichkeit, dass sie „lebensweltnah auf Problem- und Interessenlagen ihrer Adressaten eingehen kann“ (Bundesministerium für Familie,

Senioren, Frauen und Jugend 2005, S. 251). Somit eröffnet sich für die Jugendarbeit ein weiter Spielraum an Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung. Wichtig ist es, in kleinen Schritten vorzugehen und mit den individuell passenden Elementen zu beginnen. „Man darf nirgendwo missionarisch etwas überstülpen, dann kommen sie nicht [...]. Die Freiwilligkeit ist in der Jugendarbeit ganz oben angestellt und wenn wir die durchbrechen oder durchdringen, dann haben wir schlechte Karten“ (E 3). Partizipation und Freiwilligkeit sind leitende Prinzipien der Jugendarbeit. Gesundheitsförderung kann in diesem offenen Bereich der Kinder- und Jugendhilfe junge Menschen dann zu gesundheitsbewusstem Verhalten anregen, wenn sie darauf aufbaut.

Literatur

- Bestmann, Stefan (2007).
Das Evaluationskonzept von GUT DRAUF entsprechend dem Weimarer Diskussionsstand Dezember 2006.
Unveröffentlichtes Manuskript.
- Bestmann, Stefan, Häseler, Sarah & Mann, Reinhard (2008).
Jugendaktion GUT DRAUF. Verbindung von Sozialraumorientierung mit der Gesundheitsförderung Jugendlicher. Sozial Extra 3/4, 14–19.
- Bestmann, Stefan & Heusinger, Karsten (2006).
GUT DRAUF in der Jugendarbeit? Gesundheitsorientierte Qualitätsstandards in der offenen Jugendarbeit. ProjektArbeit, 17–31.
- Bisler, Wolfgang (2008).
Zuflucht beim KJHG: Rettet das Recht die Kinder- und Jugendarbeit?
In W. Lindner (Hrsg.), Kinder- und Jugendarbeit wirkt. Aktuelle und ausgewählte Evaluationsergebnisse der Kinder- und Jugendarbeit (S. 51–66).
Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Böhnisch, Lothar & Münchmeier, Richard (1993).
Pädagogik des Jugendraums. Zur Begründung und Praxis einer sozialräumlichen Jugendpädagogik.
Weinheim: Juventa.
- Brieskorn-Zinke, Marianne & Köhler-Offierski, Alexa (1997).
Gesundheitsförderung in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung für soziale Berufe.
Freiburg im Breisgau: Lambertus.

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2005).
Zwölfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland; Bildung, Betreuung und Erziehung vor und neben der Schule.
Berlin: Bundestagsdrucksache 15/6014.
http://www.bmfsfj.de/doku/kjb/data/download/kjb_060228_ak3.pdf (9.3.2010).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2009).
Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen – Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe.
Berlin: Bundestagsdrucksache 16/12860.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (ohne Jahr).
Zur gesundheitlichen Lage Jugendlicher.
<http://www.gutdrauf.net/index.php?id=315> (12.5.2010).
- Cloos, Peter & Köngeter, Stefan (2008).
„...uns war mal langweilig, da ham wir das JUZ entdeckt.“ Empirische Befunde zum Zugang von Jugendlichen zur Jugendarbeit.
In W. Lindner (Hrsg.), Kinder- und Jugendarbeit wirkt. Aktuelle und ausgewählte Evaluationsergebnisse der Kinder- und Jugendarbeit (S. 81–94).
Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Deinet, Ulrich (1999).
Sozialräumliche Jugendarbeit. Eine praxisbezogene Anleitung zur Konzeptentwicklung in der Offenen Kinder- und Jugendarbeit.
Opladen: Leske + Budrich.
- Deutsche Shell (Hrsg.) (2002).
Jugend 2002. Zwischen pragmatischem Idealismus und robustem Materialismus. 14. Shell-Jugendstudie.
Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Klöver, Barbara, Moser, Sonja & Straus, Florian (2008).
Was bewirken (Jugend-)Freizeitstätten? – ein empirisches Praxisprojekt.
In W. Lindner (Hrsg.), Kinder- und Jugendarbeit wirkt. Aktuelle und ausgewählte Evaluationsergebnisse der Kinder- und Jugendarbeit (S. 139–152).
Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport (Hrsg.) (2004).
Handbuch Qualitätsmanagement der Berliner Jugendfreizeitstätten.
Modellprojekt Qualitätsentwicklung der Berliner Jugendarbeit.
Berlin: Eigenverlag.

Trojan, Alf (2002).
Prävention und Gesundheitsförderung.
In P. Kolip (Hrsg.), Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung (S. 195–228).
Weinheim: Juventa.

Waller, Heiko (2006).
Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis (4., überarbeitete und erweiterte Auflage).
Stuttgart: Kohlhammer.

Weltgesundheitsorganisation (1986).
Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.
[http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German)
language=German (9.3.2010).

Die Autorinnen und Autoren

Stefan Bestmann

Jahrgang 1965, Diplompädagoge, Europäisches Institut für Sozialforschung – Stefan Bestmann Berlin; freiberuflich tätig in der Sozial- und Gesundheitsforschung, Praxisberatung und Fortbildung, Gastprofessor für Theorien und Methoden Sozialer Arbeit an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin.

Dr. phil. Sonja Bröning

Jahrgang 1976, Psychologin und Diplombetriebswirtin; tätig am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters, zuvor langjährige Forschungstätigkeit im Bereich der Familienpsychologie. Arbeitsschwerpunkte: Präventions- und Interventionsforschung, Mediation.

Nicola Gragert

Jahrgang 1975, Diplompädagogin, freiberufliche Trainerin und Mediatorin, zuvor wissenschaftliche Referentin am Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI), Abteilung Jugend und Jugendhilfe. Arbeitsschwerpunkte: Strukturen und Leistungen der offenen und freien Kinder- und Jugendhilfe, Aufgaben der Qualifikationsanforderungen an die Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe, Zusammenarbeit mit Eltern, Methoden der empirischen Sozialforschung.

Sarah Häsel

Jahrgang 1983, Diplomsozialarbeiterin und -sozialpädagogin (FH), Erwachsenenpädagogin, M.A.; freiberuflich tätig im Bereich der Praxisforschung. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsförderung, Sozialraumorientierung, Bürgerschaftliches Engagement.

Prof. Dr. phil. Heiner Keupp

Jahrgang 1943, Psychologe; von 1978 bis 2008 Professor für Sozial- und Gemeindepsychologie an der Universität München und Gastprofessor an den Universitäten in Innsbruck und Bozen; Vorsitzender der Kommission für den Dreizehnten Kinder- und Jugendbericht. Arbeitsschwerpunkte: soziale Netzwerke, gemeindenahe Versorgung, Gesundheitsförderung, Jugendforschung, individuelle und kollektive Identitäten in der Reflexiven Moderne, Bürgerschaftliches Engagement.

Prof. Dr. phil. Andreas Klocke

Jahrgang 1958, Professor für Soziologie am Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit und seit 2007 geschäftsführender Direktor des Forschungszentrums Demografischer Wandel (FZDW) an der Fachhochschule Frankfurt am Main. Arbeitsschwerpunkte: Sozialstrukturanalyse, Jugend- und Familienforschung, Gesundheitssoziologie.

Dr. phil. Hanna Permien

Jahrgang 1947, Diplompsychologin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI). Arbeitsschwerpunkte: Jugendhilfe- und Geschlechterforschung, Geschäftsführung des Dreizehnten Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung „Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen“.

Prof. Klaus Schäfer

Jahrgang 1945, Sozialarbeiter, Diplompädagoge, Honorarprofessor an der Universität Bielefeld, Leiter der Abteilung Kinder und Jugend im Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen. Arbeitsschwerpunkte: Kinder- und Jugendhilfe, Kooperation Jugendhilfe und Schule, Ganztagschulen und der Beitrag der Kinder- und Jugendhilfe, Frühe Bildung.

Das Sozialpädagogische Institut (SPI) gehört zum Geschäftsbereich Personal & Pädagogik des SOS-Kinderdorfvereins und ist sozialwissenschaftlich und beratend tätig. Zu seinen Arbeitsschwerpunkten zählen Praxisforschung und Evaluationen, Fachveranstaltungen und Fachpublikationen. Zentrale Aufgabe des Institutes ist es, die pädagogische Arbeit im SOS-Kinderdorf e.V. zu unterstützen und die Praxis der SOS-Einrichtungen im Kontext aktueller jugendhilfe- und sozialpolitischer Entwicklungen zur Diskussion zu stellen. Aktuell führt das SPI in Kooperation mit renommierten Partnern der Kinder- und Jugendhilfe Studien durch zu den Themen „Geschwister in der stationären Erziehungshilfe“, „Beteiligung in der Heimerziehung“ und „Kinderdorffamilie im urbanen Raum“.

Zu unseren Publikationen gehören das Fachmagazin „SOS-Dialog“, die SPI-Schriftenreihe und die SPI-Materialien. Zu besonderen Anlässen haben wir zudem Bücher bei einschlägigen Fachverlagen herausgegeben. Detaillierte Informationen zu unseren Veröffentlichungen erhalten Sie unter www.sos-kinderdorf.de/spi auf unseren Internetseiten.

Im Fachmagazin „SOS-Dialog“ behandeln wir regelmäßig einen Themenschwerpunkt, der sowohl für die Kinder- und Jugendhilfe als auch für den SOS-Kinderdorf e.V. bedeutsam ist. Das Magazin wird kostenfrei abgegeben. Wir nehmen Sie gerne in unseren Verteiler auf.

In der SPI-Schriftenreihe erscheinen:

- Autorenbände, in denen Autorinnen und Autoren zu einem aktuellen Thema Position beziehen,
- Praxisbände, in denen wir Themen aus der Praxis von SOS-Einrichtungen aufgreifen,
- Dokumentationen von Fachtagungen, sofern das Tagungsthema für die breite Fachöffentlichkeit von Interesse ist.

In der Reihe „SPI-Materialien“ präsentieren wir zeitnah Zwischenergebnisse aus laufenden Forschungsprojekten, wie Einzelexperten und Dokumentationen von Workshops und Tagungen. Seit 2009 werden in der Themenreihe „Geschwister in der stationären Erziehungshilfe“ nach und nach die Erkenntnisse aus dem gleichnamigen Forschungsprojekt veröffentlicht, zum Teil auch in englischer Übersetzung.

Publikationen aus der SPI-Schriftenreihe und SPI-Materialien können Sie kostenpflichtig direkt über das SPI beziehen. Wenn Sie sich in den Verteiler der SPI-Schriftenreihe aufnehmen lassen, senden wir Ihnen die Bände jeweils automatisch zu. Sämtliche SPI-Publikationen stehen auf unseren Internetseiten auch zum kostenfreien Download im PDF-Format zur Verfügung.

Fachmagazin SOS-Dialog

Jugendliche zwischen Aufbruch und Anpassung, Heft 2007
Mütter stärken, Heft 2003
Selbstbestimmt leben! Aber wie?, Heft 2002
Jung und chancenlos?, Heft 2001
Hilfeplanung, Heft 2000
Kinderarmut in Deutschland, Heft 1999
Jungenarbeit, Heft 1998
Perspektiven von Beratung, Heft 1996
Ausbilden statt Ausgrenzen, Heft 1995
Elternarbeit, Heft 1993

SPI-Schriftenreihe

Autorenbände

„Fortschritt durch Recht“

Festschrift für Johannes Münder

Mit Beiträgen von 22 namhaften Autoren

Autorenband 8, 2004, Eigenverlag

urn:nbn:de:sos-108-5

„Die Gesellschaft umbauen. Perspektiven bürgerschaftlichen Engagements“

Gastherausgeber Gerd Mutz

Mit Beiträgen von Warnfried Dettling; Rupert Graf Strachwitz;

Gerd Mutz; Heiner Keupp; Susanne Korfmacher, Gerd Mutz;

Susanne Korfmacher,

Gina Roberts; Robert J. Schout

Autorenband 7, 2003, Eigenverlag

urn:nbn:de:sos-107-1

„Migrantenkinder in der Jugendhilfe“

Mit Beiträgen von Franz Hamburger; Ursula Boos-Nünning,

Yasemin Karakaşoğlu; Christel Sperlich; Kristin Teuber; Karin

Haubrich, Kerstin Frank

Autorenband 6, 2002, Eigenverlag

urn:nbn:de:sos-106-8

„Jugendämter zwischen Hilfe und Kontrolle“

Mit Beiträgen von Dieter Greese; Ludwig Salgo; Thomas Mörs-

berger; Reinhold Schone; Johannes Münder, Barbara Mutke

Autorenband 5, 2001, Eigenverlag

urn:nbn:de:sos-105-4

„Heimerziehung aus Kindersicht“

Mit Beiträgen von Klaus Wolf; Wolfgang Graßl, Reiner Romer,

Gabriele Vierzigmann; Norbert Wieland

Autorenband 4, 2000, Eigenverlag

urn:nbn:de:sos-104-0

Heiner Keupp

„Eine Gesellschaft der Ichlinge?

Zum bürgerschaftlichen Engagement von Heranwachsenden“

Autorenband 3, 2000, Eigenverlag

urn:nbn:de:sos-103-7

Ulrich Bürger

„Erziehungshilfen im Umbruch.

Entwicklungserfordernisse und Entwicklungsbedingungen im Feld der Hilfen zur Erziehung“

Autorenband 2, 1999, Eigenverlag

urn:nbn:de:sos-102-3

„Qualitätsmanagement in der Jugendhilfe.

Erfahrungen und Positionen zur Qualitätsdebatte“

Mit Beiträgen von Norbert Struck; Klaus Münstermann; Elfriede Seus-Seberich

Autorenband 1, 1999, Eigenverlag

urn:nbn:de:sos-101-9

Praxisbände

„Erziehen lernen“

Die Teilzeitausbildung zur Jugend- und Heimerzieherin an der Fachschule der Sophienpflege in Tübingen

Mit Beiträgen von Rudolf Günther, Bernd A. Ruoff; Bernd A. Ruoff, Barbara Gollwitzer; Doris Kraux; Kordula Briemle; Eckhard Thiel;

Karin Schäfer

Praxisband 3, 2002, Eigenverlag

urn:nbn:de:sos-123-4

„Zurück zu den Eltern?“

Erfahrungen mit systemischer Familienarbeit in Haus Leuchtturm, einer heilpädagogischen Kinderwohngruppe mit Sozial-

therapie, SOS-Kinderdorf Ammersee

Mit Beiträgen von Kathrin Taube, Gabriele Vierzigmann; Kathrin Taube; Manfred Spindler

Praxisband 2, 2000, Eigenverlag

urn:nbn:de:sos-122-0

„Alles unter einem Dach“
Einblicke in das SOS-Mütterzentrum Salzgitter
Mit Beiträgen von Gabriele Vierzigmann; Hannelore Weskamp
Praxisband 1, 2000, Eigenverlag
urn:nbn:de:sos-121-6

Dokumentationen

„Kinderschutz, Kinderrechte, Beteiligung“
Dokumentation zur Fachtagung „Kinderschutz, Kinderrechte,
Beteiligung – für das Wohlbefinden von Kindern sorgen“,
15. bis 16. November 2007, Berlin
Mit Beiträgen von Johannes Münder; Günther Opp; Jörg Maywald;
Rüdiger Ernst; Christian Lüders; Esin Erman; Britta Sievers;
Gerd Engels, Klaus Hinze; Wolfgang Sierwald, Mechthild Wolff;
Elfriede Seus-Seberich, Heike Jockisch; Jana Frädrieh
Dokumentation 6, 2008, Eigenverlag
urn:nbn:de:sos-116-1

„Wohin steuert die stationäre Erziehungshilfe?“
Dokumentation zur Fachtagung „Zwischen Fürsorge und Eigen-
verantwortung – wohin steuert die stationäre Erziehungshilfe?“,
26. bis 27. Oktober 2005, Berlin
Mit Beiträgen von Thomas Rauschenbach; Ulrich Bürger; Mecht-
hild Wolff, Sabine Hartig; Reinhild Schäfer; Sabine Handschuck;
Nicola Gragert, Mike Seckinger; Alfred L. Lorenz, Karin Mummen-
they; Wolfgang Graßl; Liane Pluto, Eric van Santen; Hubertus
Schröer; Hans-Ullrich Krause; Thomas Röttger, Andreas Krämer;
Peter Gerull; Ilona Fuchs; Wolfgang Sierwald, Hans-Georg Weigel;
Mechthild Wolff; Johannes Münder
Dokumentation 5, 2007, Eigenverlag
urn:nbn:de:sos-115-7

„Hilfeplanung – reine Formsache?“
Dokumentation zur Fachtagung „Hilfeplanung – reine Formsache?“,
11. bis 12. November 2004, Berlin
Mit Beiträgen von Reinhard Wiesner; Johannes Münder; Hans-
Ullrich Krause, Reinhart Wolff; Silke Pies, Christian Schrapper;
Silke Pies; Marion Moos, Heinz Müller; Hans Leitner, Karin Tro-
scheit-Gajewski; Marion Strehler, Wolfgang Sierwald; Christian
Schrapper; Luise Hartwig, Martina Kriener; Walter Weiterschan;
Mathias Schwabe; Ulrike Urban
Dokumentation 4, 2005, Eigenverlag
urn:nbn:de:sos-114-4

„Herkunftsfamilien in der Kinder- und Jugendhilfe – Perspektiven
für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit“
Dokumentation zur Fachtagung „Herkunftsfamilien in der Kinder-
und Jugendhilfe – Perspektiven für eine partnerschaftliche
Zusammenarbeit“, 10. bis 12. Februar 2003, Frankfurt am Main
Mit Beiträgen von Jürgen Blandow; Carsten Lehmann; Josef
Faltermeier; Klaus D. Müller; Reinhard Wiesner; Nanina Sefzig;
Wolfgang Graßl, Wilhelm Wellessen; Lothar Unzner; Silvia Dunkel;
Werner Schefold; Christian Schrapper
Dokumentation 3, 2004, Eigenverlag
urn:nbn:de:sos-113-0

„Qualitätsentwicklung und Qualitätswettbewerb in der stationären
Erziehungshilfe“
Dokumentation zur Fachtagung „Qualitätsentwicklung und
Qualitätswettbewerb in der stationären Erziehungshilfe“, 7. und
8. November 2002, Berlin
Mit Beiträgen von Reinhard Wiesner; Rainer Kröger; Karin Böllert;
Joachim Merchel; Karl-Heinz Struzyna; Brigitte Berauer, Karin
Mummenthey; Rolf Lambach; Peter Hansbauer
Dokumentation 2, 2003, Eigenverlag
urn:nbn:de:sos-112-6

„Sozialraumorientierung auf dem Prüfstand“
Rechtliche und sozialpädagogische Bewertungen zu einem
Reformprojekt in der Jugendhilfe.
Rechtsgutachten und Dokumentation zur Fachtagung
„Sozialraumorientierung in der Jugendhilfe auf dem Prüfstand“,
21. Mai 2001, Frankfurt am Main
Mit Beiträgen von Johannes Münder; Wolfgang Hinte; Hubertus
Schröer; Reinhard Wiesner; Burkhard Hintzsche; Bernd Hemker;
Peter Schmid
Dokumentation 1, 2001, Eigenverlag
urn:nbn:de:sos-111-3

SPI-Materialien

Johannes Münder
„Gemeinsam oder getrennt? Rechtliche Grundlagen der außer-
familialen Unterbringung von Geschwisterkindern in Deutschland“
Materialien 10, 2009, Eigenverlag
urn:nbn:de:sos-1310-5

Sabine Walper, Carolin Thönnissen, Eva-Verena Wendt, Bettina
Bergau
„Geschwisterbeziehungen in riskanten Familienkonstellationen.
Ergebnisse aus entwicklungs- und familienpsychologischen
Studien“
Materialien 7, 2009, Eigenverlag
urn:nbn:de:sos-137-2

Sabine Walper, Carolin Thönnissen, Eva-Verena Wendt, Bettina
Bergau
„Sibling Relations in Family Constellations at Risk. Findings from
Development-psychological and Family-psychological Studies“
Materialien 7, 2010, Eigenverlag
urn:nbn:de:sos-1371-1

„Hilfeplanung als Kontraktmanagement? Gemeinsam Hilfe planen
und Ziele entwickeln“
Dokumentation, Ergebnisse und Materialien des Modellstandor-
tes Nürnberg – Fürth – Erlangen aus dem Bundesmodellprojekt zur
Hilfeplanung
Wolfgang Sierwald, Marion Strehler
Materialien 4, 2005, Eigenverlag
urn:nbn:de:sos-134-1

„Beteiligung ernst nehmen“
Dokumentation zur Fachtagung des SOS-Kinderdorf e.V., 1. bis
3. November 2001, Immenreuth
Mit Beiträgen von Ullrich Gintzel; Ullrich Gintzel, Kristin Teuber;
Kristin Teuber, Wolfgang Sierwald; Andreas Tonke; Liane Pluto,
Mike Seckinger
Materialien 3, 2003, Eigenverlag
urn:nbn:de:sos-133-7

„Jugendhilfe als soziale Dienstleistung – Chancen und Probleme
praktischen Handelns“
Dokumentation zur Fachtagung des SOS-Kinderdorf e.V., 16. und
17. November 2000, Berlin
Mit Beiträgen von Johannes Münder; Kristin Teuber; Hans Thiersch;
Ullrich Gintzel; Margit Seidenstücker; Inge Göbbel, Martin Kühn;
Ilse Wehrmann
Materialien 2, 2002, Eigenverlag
urn:nbn:de:sos-132-4

Johannes Münder
„Sozialraumorientierung und das Kinder- und Jugendhilferecht“
Rechtsgutachten im Auftrag von IGfH und SOS-Kinderdorf e.V.
Materialien 1, 2001, Eigenverlag (in Dokumentation 1 „Sozial-
raumorientierung auf dem Prüfstand“ enthalten)

SPI-Buchprojekte

Sozialpädagogisches Institut im SOS-Kinderdorf e.V. (Hrsg.)
(2002)

„Glücklich an einem fremden Ort? Familienähnliche Betreuung
in der Diskussion“

Weinheim: Juventa

(Restexemplare sind über das SPI zu beziehen.)

urn:nbn:de:sos-152-1

Sozialpädagogisches Institut im SOS-Kinderdorf e.V. (Hrsg.) (2000)

„Die Rückkehr des Lebens in die Öffentlichkeit: zur Aktualität
von Mütterzentren“

Neuwied: Hermann Luchterhand Verlag

(Restexemplare sind über das SPI zu beziehen.)

urn:nbn:de:sos-151-7

SPI-Fachartikel (Auswahl)

Kristin Teuber (2009)

Ich blute, also bin ich. Wieso kann es gut tun, sich selbst zu ver-
letzen?

Forum Erziehungshilfen, 3, 179–184

Wolfgang Sierwald (2008)

„Gelingende Beteiligung im Heimalltag. Eine repräsentative
Erhebung bei Heimjugendlichen“

Dialog Erziehungshilfe, 2/3, 35–38

Gabriele Vierzigmann & Reinhard Rudeck (2006)

„Wie können Kinder auf eine Fremderziehung vorbereitet
werden?“

In H. Kindler, S. Lillig, H. Blüml, T. Meysen & A. Werner (Hrsg.),
Handbuch „Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und
Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)“

München: Deutsches Jugendinstitut e.V.

<http://213.133.108.158/asd/96.htm>

Gabriele Vierzigmann (2006)

„Wie können Eltern auf eine Fremderziehung ihres Kindes
vorbereitet werden?“

In H. Kindler, S. Lillig, H. Blüml, T. Meysen & A. Werner (Hrsg.),
Handbuch „Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und
Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)“

München: Deutsches Jugendinstitut e.V.

<http://213.133.108.158/asd/97.htm>

Gabriele Vierzigmann & Reinhard Rudeck (2006)

„Welche fachliche Begleitung ist für ein Kind während einer
Fremderziehung notwendig und geeignet?“

In H. Kindler, S. Lillig, H. Blüml, T. Meysen & A. Werner (Hrsg.),
Handbuch „Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und
Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)“

München: Deutsches Jugendinstitut e.V.

<http://213.133.108.158/asd/98.htm>

Gabriele Vierzigmann (2006)

„Wie können Eltern während der Fremderziehung ihres Kindes
unterstützt und wie kann mit ihnen zusammengearbeitet werden?“

In H. Kindler, S. Lillig, H. Blüml, T. Meysen & A. Werner (Hrsg.),
Handbuch „Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und
Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)“

München: Deutsches Jugendinstitut e.V.

<http://213.133.108.158/asd/99.htm>

Kirsten Spiewack & Reinhard Rudeck (2005)

„Lebenskompetenz als Bildungsziel. Vernetzung und systemisches
Handeln im SOS-Kinder- und Familienzentrums Berlin-Moabit“
Blätter der Wohlfahrtspflege, 2, 61–64

Kristin Teuber (2005)

„Interkulturelle Kompetenz – ein migrationsspezifisches Konzept
für die Soziale Arbeit?“

Forum Erziehungshilfen, 1, 8–13

SOS-Kinderdorf e.V. ist ein freier, gemeinnütziger Träger der Kinder- und Jugendhilfe, der sich auf der Basis lebensweltorientierter und partizipativer Ansätze Sozialer Arbeit insbesondere für sozial benachteiligte Kinder, Jugendliche und ihre Familien einsetzt.

Seit Mitte der Fünfzigerjahre hat der SOS-Kinderdorfverein in der Bundesrepublik Deutschland ein vielfältiges Spektrum ambulanter, teilstationärer und stationärer Angebote aufgebaut. Heute unterhält er 45 Einrichtungen mit differenzierten Leistungsangeboten: Kinderdörfer, Jugendeinrichtungen, Mütterzentren und Mehrgenerationenhäuser, Beratungsstellen, Berufsausbildungszentren, Dorfgemeinschaften für Menschen mit Behinderungen (Stand 7/2010).



SOS
KINDERDORF