

Zusammenfassung

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

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

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

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

Dieser Themenzuschnitt des 13. Kinder- und Jugendberichts spiegelt insofern eine Veränderung wider, als Gesundheit und Wohlbefinden von Heranwachsenden nicht

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

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

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

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

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

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

- *Erstens* muss die Antwort angesichts der Vielfalt der Praxisfelder in der Kinder- und Jugendhilfe jeweils anders ausfallen. Gesundheitsförderung in den Einrichtungen der Kindertagesbetreuung bedeutet etwas anderes als z. B. im Bereich mobiler Straßensozialarbeit oder in der Heimerziehung. Es kann also nicht *die* eine Antwort geben, sondern nur praxisfeldbezogen unterschiedliche Antworten.
- *Zweitens* zeigte die Arbeit an dem vorliegenden Bericht, dass in der Kinder- und Jugendhilfe gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung zwar an vielen Stellen mittlerweile auf der Tagesordnung stehen – aber: Deutlich wurde auch, dass mit diesen beiden Begriffen und den damit jeweils verbundenen Herausforderungen für die Fachpraxis sehr unterschiedliche Konzepte verbunden werden. Hier gibt es Klärungsbedarf. Von einem erkennbaren Konsens und einem weithin anerkannten Selbstverständnis, was gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe bedeuten, ist die Fachdiskussion noch ein gutes Stück entfernt. Überraschend ist das insofern nicht, als auch außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe seit Langem intensive Diskussionen darüber geführt werden, was jeweils unter Gesundheit und Krankheit zu verstehen ist.
- *Drittens* schließlich machen die kurzen Hinweise zu Beginn deutlich, dass das Verhältnis des Gesundheitssystems zu den anderen gesellschaftlichen Teilsystemen, also auch der Kinder- und Jugendhilfe, in den letzten Jahren in Bewegung gekommen ist. Abgeschlossen ist diese Entwicklung noch nicht. Die Debatten um die Zukunft der Krankenkassen, um medizinische Wahlleistungen, individuelle Gesundheitsleistungen bzw. so genannte Selbstbehalte, die Diskussion um das so genannte Präventionsgesetz u. a. m. deuten darauf hin, dass auch in absehbarer Zeit die Frage, wer welche gesundheitsförderlichen Leistungen erbringt bzw. erbringen kann, aktuell bleiben wird. Die Frage nach den Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung enthält damit unvermeidlich auch einen auf Zukunft bezogenen Aspekt. Es geht, mit anderen Worten, auch um die bislang offene Frage: Wie könnten gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter als gemeinsame Aufgabe von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem künftig aussehen? Sollten sie gar zum Aufgabenbereich einer integrierten Gesamtpolitik entwickelt werden?

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

- Wichtige Grundlagen für die anstehenden Diskussionen zu schaffen,
- Eine aktuelle Zwischenbilanz zu ziehen, soweit dies möglich war,
- In Form von Leitlinien Perspektiven für die zukünftigen Entwicklungen zu formulieren und in Form von Empfehlungen nächste Schritte aufzuzeigen, die aus der Sicht der Sachverständigenkommission dringend notwendig sind.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In Bezug auf die Altersgruppen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen befasste sich die Kommission vor allem mit den Praxisfeldern der offenen und verbandlichen Jugendarbeit. Den Angeboten der Sportjugend wurde aus

thematischen Gründen ein eigener Abschnitt gewidmet. Gleiches gilt für die Hilfen zur Erziehung, den Jugendschutz, die Präventionsangebote im Bereich jugendlicher Delinquenz, Kriminalität und Gewalt, die Jugendberufshilfe und die Angebote für junge Erwachsene mit Behinderung. Miteinbezogen wurden die Schnittstellen zur Schule bzw. schulbezogenen Jugendarbeit sowie zur Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie und zur Behindertenhilfe.

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

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

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

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

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

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

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

mag und wie dies die Orientierung an evidenten Beispielen wie der Vermeidung von Krankheiten, schweren Störungen sowie psychischen, psychischen und geistigen Einschränkungen nahe legt.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vor diesem Hintergrund wurde zu Recht in den letzten Jahren den frühen Lebensphasen gerade auch im Hinblick

auf Gesundheit und Wohlbefinden besondere Priorität eingeräumt, um möglichst gute Bedingungen für die weitere Entwicklung zu schaffen. Trotzdem dürfen die späteren Lebensphasen nicht vernachlässigt werden. Gerade das Schul- und Jugendalter zeigt einen besonderen Förder- und Unterstützungsbedarf. Dort müssen Verwirklichungschancen erhöht werden, damit Mädchen wie Jungen die anstehenden gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen für sich selbst und bezogen auf die gesellschaftlichen Anforderungen befriedigend umsetzen können.

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

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

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

Zentrale Punkte sind dabei unter anderem:

- Gesundheitsförderung muss fachlicher Standard in der Kinder- und Jugendhilfe werden; besondere Bedeutung als Aufgaben für die Praxis kommen dabei der Förderung des achtsamen Umgangs mit dem eigenen und fremden Körper, der Sprache und Kommunikation sowie der Ausbildung von Kohärenz bzw. Selbstwirksamkeit zu. Daraus ergeben sich eine Reihe von Herausforderungen, so u. a. für die Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Ausbildung entsprechender institutioneller Kulturen.
- Die Strategien zur gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung müssen in allen Feldern der Kinder- und Jugendhilfe konzeptionell stärker an den unterschiedlichen Verläufen gesundheitlicher Entwicklung und den jeweiligen Ressourcen bei Mädchen und Jungen ausgerichtet werden. Zu beachten sind da-

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

- Angebote für Kinder chronisch und psychisch kranker Eltern müssen verbessert und die entsprechenden kooperativen Angebote ausgebaut werden.
- Die Hilfsangebote für traumatisierte Kinder und Jugendliche müssen mehr Aufmerksamkeit erhalten. Im Kompetenzprofil der Fachkräfte muss die Sensibilität für die Situation von traumatisierten Kindern und Jugendlichen einen höheren Stellenwert erhalten.
- Notwendig ist der flächendeckende Auf- und Ausbau von Netzwerken, in denen die Angebote von Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitssystems und der Behindertenhilfe zielgruppenspezifisch gebündelt werden. Das gilt für die frühe Förderung von Familien ebenso wie für die Kindertagesbetreuung, die Schnittstelle zur Schule und inklusive Unterstützungssysteme für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Behinderung.
- Notwendig ist eine stärkere fachliche und politische Aufmerksamkeit für die gesundheitlichen Herausforderungen und Risiken des Schul- und Jugendalters, beginnend mit dem Schuleintritt.
- Bereits volljährige junge schwangere Frauen, die sich in belastenden, unsicheren Lebenssituationen befinden, bedürfen ergänzend zur medizinischen Schwangerschaftsvorsorge der besonderen Unterstützung – ggf. zusammen mit ihrem Partner. Viele dieser Frauen übernehmen die Verantwortung, ihr Kind alleine zu versorgen und zu erziehen. Sie gehen damit das höchste Armutsrisiko in unserer Gesellschaft ein. Ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden und auch das ihrer Kinder sind häufig in hohem Maße bedroht. Im Interesse der gesunden Entwicklung und zum Schutz des Kindes stellt sich der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem eine komplexe Aufgabe: Sie schließt sowohl die berufliche und psychosoziale Förderung der Mütter ein als auch die Entwicklungsförderung der Kinder. Es bedarf der gesetzlichen Regelung, dass diese notwendige Unterstützung zukünftig vonseiten der Kinder- und Jugendhilfe in verbindlicher Kooperation mit dem Gesundheitssystem regelhaft erbracht werden kann.
- Gefordert wird ein bundesweites Register für Fälle von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung sowie ein besseres Gesundheitsmonitoring (u. a. auch auf kommunaler Ebene, das mit der Bildungsplanung und Jugendhilfeplanung gekoppelt ist).
- Unter dem Stichwort „Verringerung ungleicher Gesundheitschancen als vorrangiges nationales Gesundheitsziel“ fordert die Sachverständigenkommission das Zusammenwirken aller beteiligten Ressorts. Dazu gehört neben der Investition in Bildung und Qualifikation auch die Verbesserung der materiellen Lage armer

Haushalte mit Kindern – unter besonderer Berücksichtigung der sozio-ökonomischen Lage Alleinerziehender, Arbeitsloser und Migrantinnen und Migranten sowie die allgemeine Verbesserung der materiellen Lage von Haushalten mit Kindern.

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

- **Frühe Förderung der Entwicklung von Kindern:** Auf- und Ausbau einer flächendeckenden, breit angelegten und umfassenden kommunalen Infrastruktur zur frühen Förderung und Unterstützung von allen Familien von der Schwangerschaft bis ins Vorschulalter. *Die Ziele:* die systematische und frühe Förderung der Entwicklung von Kindern und die Reduktion der Fälle von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung in den nächsten fünf Jahren.
- **Ernährung und Bewegung:** Kontinuierliche, fachlich qualifizierte Angebote der Bewegungsförderung und kostenfreie, gesunde Verpflegung für alle Heranwachsenden in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung und Schule, ohne dass dies zu Kürzungen an anderer Stelle führt. *Das Ziel:* In den nächsten fünf Jahren steigt das Übergewicht bei Heranwachsenden nicht weiter an.
- **Sprache/Kommunikation:** Verbesserung der frühen Sprachförderung, mit dem Ziel Sprachkompetenzen zu steigern – insbesondere von Kindern aus belastenden Lebenslagen und mit Migrationshintergrund. *Das Ziel:* 95 Prozent aller Kinder verfügen bei der Einschulung über adäquate Sprachkompetenzen.
- **Schulbezogene Gesundheitsförderung:** Flächendeckender Auf- und Ausbau der Angebote und Netzwerke der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung von Heranwachsenden im Schulalter im Rahmen von Maßnahmen und Angeboten schulbezogener Kinder- und Jugendhilfe. *Das Ziel:* Aufbau von schulbezogener Kinder- und Jugendhilfe im Bereich der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung, beginnend mit dem Primärbereich und insbesondere in der schulischen Ganztagsbetreuung, in mindestens 25 Prozent aller Schulen und Schultypen in den nächsten fünf Jahren.
- **Psychosoziale Entwicklung im Jugend- und jungen Erwachsenenalter:** Umfassendere Unterstützung der psychosozialen Entwicklung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in einer immer komplexer werdenden Gesellschaft. *Die Ziele:* Die psychosozialen Auffälligkeiten von Jugendlichen sind in fünf Jahren um 10 Prozent vermindert. Überprüfung der Auftretenshäufigkeiten von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten bei der nächsten umfassenden Untersuchung (z. B. im Rahmen einer KiGGS-Fortschreibung).