

Katrin Liel | Anna Lena Rademaker (Hrsg.)

**Gesundheitsförderung
und Prävention –
Quo vadis Kinder- und
Jugendhilfe?**

BELTZ JUVENTA

Katrin Liel | Anna Lena Rademaker (Hrsg.)
Gesundheitsförderung und Prävention –
quo vadis Kinder- und Jugendhilfe?

Katrin Liel | Anna Lena Rademaker (Hrsg.)

Gesundheitsförderung und Prävention – quo vadis Kinder- und Jugendhilfe?

Eine Bilanz 10 Jahre nach dem
13. Kinder- und Jugendbericht

BELTZ JUVENTA

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-7799-6043-0 Print
ISBN 978-3-7799-5319-7 E-Book (PDF)

1. Auflage 2020

© 2020 Beltz Juventa
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Herstellung: Ulrike Poppel
Satz: text plus form, Dresden
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Einführung

Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland – eine Standortbestimmung zehn Jahre nach dem 13. Kinder- und Jugendbericht <i>Katrin Liel und Anna Lena Rademaker</i>	10
--	----

Teil A: Der 13. Kinder- und Jugendbericht: Impulse und Entwicklungslinien von Gesundheitsförderung und Prävention aus den vergangenen zehn Jahren

A.1 „Der Fortschritt ist eine Schnecke“ – Wie weit sind wir eine Dekade nach dem 13. Kinder- und Jugendbericht? <i>Heiner Keupp</i>	22
A.2 Zehn Jahre 13. Kinder- und Jugendbericht – hat sich aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin etwas geändert? <i>Wolfram Hartmann</i>	46
A.3 Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Prävalenzen, zeitliche Trends und individuelle Gesundheitsverläufe nach 6 und 11 Jahren – Ergebnisse aus der KiGGS-Langzeitstudie <i>Robert Schlack, Heike Hölling und Elvira Mauz</i>	58

Teil B: Themen und Handlungsfelder von Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe

B.1 Lebenskohärenz und Selbstwirksamkeit im Zeitalter der Digitalisierung <i>Katrin Liel</i>	74
B.2 Das Potential der Achtsamkeit für die Gesundheitsförderung <i>Vera Kaltwasser</i>	87
B.3 Netzwerke Früher Hilfen – unter Einbeziehung des zivilgesellschaftlichen Engagements <i>Luise Behringer</i>	98

B.4	Gesundheitsförderung mit und nach dem Schuleintritt durch Präventionsketten gestalten <i>Sigrid A. Bathke</i>	108
B.5	Soziale Arbeit und Gesundheitsförderung im Setting Schule: 3 Spotlights	122
B.5.1	Schulsozialarbeit oder Jugendsozialarbeit an Schulen? Zur professionellen Praxis in einem diffusen Feld <i>Veronika Knoche und Katrin Liel</i>	122
B.5.2	Schulsozialarbeit und Gesundheitsförderung <i>Anja Reinecke-Terner</i>	126
B.5.3	Potentiale der Kinder- und Jugendhilfe für Gesundheitsförderung im Setting Schule <i>Anna Lena Rademaker</i>	131
B.6	Gesundheitsförderung und Prävention bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen. Interview mit <i>Lotte Kaba-Schönstein</i>	137
B.7	Kinder und Jugendliche mit Behinderung sind in erster Linie Kinder und Jugendliche <i>Hans Günther Homfeldt</i>	147
B.8	Kindeswohlgefährdung <i>Mechthild Wolff</i>	157
B.9	Wirkungsorientierte Qualitätsentwicklung der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit am Beispiel Suchtprävention <i>Anneke Bühler</i>	170

Teil C: Strukturelle Erfordernisse zur Realisierung von mehr Chancen für gesundes Aufwachsen in Deutschland

C.1	Gesundheitsförderung: ein fachlicher Standard in der Kinder- und Jugendhilfe <i>Anna Lena Rademaker</i>	184
C.2	Strategien kommunaler Gesundheitsförderung <i>Eike Quilling und Stefanie Kruse</i>	199

C.3	Kooperation und Netzwerkbildung zwischen Schule, Gesundheitssystem und Kinder- und Jugendhilfe <i>Mike Seckinger und Albert Lenz</i>	212
C.4	Netzwerkbildung zur Förderung gesunden Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen <i>Stefanie Kruse und Eike Quilling</i>	223
C.5	Reif nur für die Insel. Inklusion als Herausforderung für Kommunen <i>Clemens Dannenbeck</i>	234
C.6	Aufwachsen in Armutslagen <i>Antje Richter-Kornweitz</i>	244
C.7	Das Thema Gesundheit in der Ausbildung von Fachkräften in der Kinder- und Jugendhilfe <i>Stephan Dettmers</i>	255

**Teil D: Gesellschaftspolitische Chancen zur Förderung
von Gesundheitsgerechtigkeit für Kinder und Jugendliche
in Deutschland**

D.1	Kooperationsdiskurse in der Kinder- und Jugendhilfe <i>Hans-Uwe Otto und Holger Ziegler</i>	268
D.2	Verringerung ungleicher Gesundheitschancen als vorrangiges nationales Gesundheitsziel: Rück- und Ausblick <i>Paulo Pinheiro und Ullrich Bauer</i>	283
	Informationen zu den Autorinnen und Autoren	297

Einführung

Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland – eine Standortbestimmung zehn Jahre nach dem 13. Kinder- und Jugendbericht

Katrin Liel und Anna Lena Rademaker

1. Der 13. Kinder- und Jugendbericht als Ausgangspunkt

Der 13. Kinder- und Jugendbericht mit dem Titel „Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen – Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe“ war ein Meilenstein in der Debatte um Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Mit dessen Erscheinen im Jahr 2009 wurden bundesweit erstmals umfassend die Themen Gesundheitsförderung/Prävention und Kinder- und Jugendhilfe zusammengeführt. Dies erscheint zunächst nicht unbedingt verwunderlich, denn die Kinder- und Jugendhilfe soll nach § 1 SGB VIII

- „1. junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen,*
- 2. Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung beraten und unterstützen,*
- 3. Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen,*
- 4. dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.“*

Bei den Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe in § 2 SGB VIII ist Gesundheitsförderung jedoch nicht explizit formuliert. Als ersten großen Verdienst des 13. Kinder- und Jugendberichts ist also die Thematisierung von Gesundheitsförderung und Prävention als Gegenstand eines Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung zu nennen.

Die Kinder- und Jugendberichte werden in jeder Legislaturperiode von einer Expertenkommission erstellt (SGB VIII, § 84) und bei der Herausgabe ergänzt durch eine Stellungnahme der Bundesregierung. Jeder dritte Bericht soll einen Überblick über die Gesamtsituation der Jugendhilfe vermitteln. Seit 1965 sind 15 Kinder- und Jugendberichte erschienen, wobei der 15. Kinder- und Jugendbericht (2017) den Schwerpunkt Jugendliche hatte und herausgegeben

wurde unter dem Titel: *„Zwischen Freiräumen, Familie, Ganztagschule und virtuellen Welten – Persönlichkeitsentwicklung und Bildungsanspruch im Jugendalter“* (BMFSFJ 2017). Aktuell ist der 16. Kinder- und Jugendbericht in Auftrag gegeben zum Thema *„Förderung demokratischer Bildung im Kindes- und Jugendalter“*.

Der 13. Kinder- und Jugendbericht stellt jedoch insofern eine Besonderheit dar, da er der erste Bericht war, der alle Kinder in Deutschland in den Blick genommen hat – also auch diejenigen mit Behinderungen gleich welcher Art. Und noch nie zuvor wurden die Schnittstellen zwischen den drei Systemen Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitswesen und Behindertenhilfe in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt.

Die Kinder- und Jugendberichte umfassen neben einer Bestandsaufnahme und Analyse auch Vorschläge zur Weiterentwicklung der Jugendhilfe. Die Empfehlungen für den Beitrag der Kinder- und Jugendhilfe zu Gesundheitsförderung und Prävention des 13. Kinder- und Jugendberichts sind in Teil E (Seiten 247–263) abgebildet und umfassen 12 Leitlinien, die in Empfehlungen und Gesundheitszielen mit überprüfbaren Fortschritten ausgearbeitet wurden. In diesen Leitlinien wird eine Grundhaltung formuliert, die den salutogenetischen Blick als Fachstandard in der Kinder- und Jugendhilfe konkretisiert (BMFSFJ 2009).

Diese damals formulierten Leitlinien haben bis heute nicht an Gültigkeit verloren und es macht durchaus Sinn sie sich zehn Jahre nach Erscheinen noch einmal kritisch und entsprechend einer zeitlosen Agenda für Gesundheitsförderung und Prävention unter die Lupe zu nehmen. Zehn Jahre später stellt sich die Frage, wie die damals formulierten Empfehlungen realisiert wurden, welche Themen offen geblieben sind, bzw. welche neuen Herausforderungen sich aktuell in der Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen zeigen. Bislang gibt es keine Bilanz, wie die Empfehlungen für dieses dynamisch wachsende Arbeitsfeld realisiert oder verworfen, bzw. von anderen Themen verdrängt, oder weiterentwickelt wurden. Dies abzubilden war die Motivation für diesen Sammelband.

2. Welche Zukunftsthemen ergeben sich?

Im Sinne einer Standortbestimmung zehn Jahre nach dem 13. Kinder- und Jugendbericht kann vorab konstatiert werden: es hat sich viel getan. 2007 die Gründung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen, 2008 die Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit, 2010 die Aktualisierung des nationalen Gesundheitsziels „Gesund Aufwachsen“, 2012 trat das Bundeskinderschutzgesetz in Kraft und parallel dazu auf Länder- und kommunaler Ebene modellhafte Präventionsprogramme wie „Kein Kind zurücklassen“ und 2015

das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (siehe hierzu BJK 2017). Die Beiträge dieses Sammelbandes zeichnen Entwicklungslinien, noch immer aktuelle Herausforderungen und Erfolge in exemplarischen Themen und Handlungsfeldern nach.

Und es bleibt immer noch viel zu tun. Bei der Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention – mindestens für die nächsten zehn Jahren, wenn nicht darüber hinaus – scheinen insbesondere fünf Aspekte relevant:

- Die Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe zeigt ganz eindeutig, dass dem Thema der Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit im Sinne einer gezielten Förderung von Kindern und Jugendlichen in Armutslagen prioritär ist. Es gilt die Armutsforschung zu intensivieren und politische Entscheidungen zu treffen, die tatsächlich allen Kindern gleiche Chancen ermöglichen. Die aktuelle Debatte und das Wiedererstarken von Gesundheitsförderung und Public Health in Deutschland¹ lässt vorsichtig hoffen, dass die Bedeutung von politischen Entscheidungen für die Gesundheit künftig verstärkt wahrgenommen wird.
- Inhaltlich zeigt sich, dass in der Gesundheitsförderung und Prävention – nicht nur für Kinder und Jugendliche –, ein vertiefter Diskurs um Lebensweltorientierung notwendig ist. Der Ausgangspunkt muss die individuelle Lebenswelt jedes Einzelnen sein, auch und gerade wenn es darum geht in der Kommune (Meso-Ebene) oder in der Gesellschaft (Makro-Ebene) Gesundheitsförderung umzusetzen. Dieser scheinbare Gegensatz lässt viele Akteure verharren im Denken entweder am Individuum anzusetzen (z. B. in der Einzelfallhilfe) oder aber an den Rahmenbedingungen und Strukturen. Die Theorie der Lebensweltorientierung von Thiersch (Grunwald und Thiersch 2016) beinhaltet beide Aspekte und ist zwar vielfach rezipiert, aber nicht immer in der Tiefe verstanden und/oder umgesetzt. Eine Wiederbelebung und Rückbesinnung ist unumgänglich, wenn es darum gehen soll, insbesondere benachteiligte Kinder und Jugendliche zu erreichen.
- Für die Weiterentwicklung und Qualitätssicherung von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention ist die Beteiligung der AdressatInnen ein Schlüssel. Eine verbindliche Partizipation der Heranwachsenden und ihrer Familien an der Entwicklung, Durchführung und Evaluation von Leistungsangeboten der Kinder- und Jugendhilfe ist zentral und kann noch deutlich ausgebaut werden. Dies erfordert jedoch ein – zum Teil unbeque-

1 Siehe dazu beispielsweise die Gründung des Zukunftsforums Public Health 2016: <https://zukunftsforum-public-health.de/> sowie des Fachbereichs Gesundheitsförderung und Prävention der DVSG: <https://dvsg.org/die-dvsg/fachbereiche/gesundheitsfoerderung-und-praevention/>

mes – Umdenken und Anerkennen dessen, dass jeder Mensch selbst Experte für sein Leben und damit auch für seine Gesundheit ist.

- Vielfach wird bereits jetzt in der Kinder- und Jugendhilfe Gesundheitsförderung und Prävention geleistet, ohne dies so zu benennen. Die Erziehungsberatung, sozialpädagogische Familienhilfe oder die offene Jugendhilfe leisten einen bedeutsamen Beitrag zur Entwicklung von Lebenskohärenz und zur Entwicklung sozialer Gesundheit, auch wenn es nicht immer vorrangig um Gesundheitsthemen wie gesunde Ernährung oder Bewegung geht. Diese „implizite Gesundheitsförderung“ gilt es explizit zu machen, auch und gerade weil damit eine weitere Professionalisierung der Sozialen Arbeit angestoßen werden könnte.
- Die Arbeit an diesem Sammelband zeigte auch, dass die Themen Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule bislang wenig systematisch und nicht umfassend entwickelt sind. Die aktuellen Debatten sind in diesem Setting noch nicht angekommen, die Umsetzung von professioneller Gesundheitsförderung und Prävention jenseits klassenbezogener Vermittlung von Gesundheitsinhalten scheint im Bildungsbereich auf zusätzliche Hürden und Grenzen zu stoßen. Die Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule ist und bleibt wohl ein hohes Ziel.

3. Ziele und Aufbau dieses Sammelbandes

Dieser Sammelband adressiert die Profession der Sozialen Arbeit. Aktuelle neoliberale Gesellschaftsstrukturen individualisieren Gesundheit sehr stark und betonen den eigenen Beitrag am Krank- und am Gesundwerden. Das zeigt sich unter anderem in der Überbewertung der (individual-)medizinischen und psychotherapeutischen Hilfeleistungen, gegenüber der Gestaltung von psychosozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit leistet einen unverzichtbaren Anteil zur Ausdifferenzierung der sozialen Dimension des biopsychosozialen Modells von Gesundheit. „Eine Stärkung der Sozialen Arbeit mit ihren vielfältigen Ansatzpunkten auf gesellschaftlicher und individueller Ebene würde zwangsläufig eine Stärkung des sozialen Aspekts der Gesundheit mit sich bringen.“ (Liel 2019, S. 9).

Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit umfasst alle Eingriffe und Unterstützungsmaßnahmen, die zur Vorbeugung, Minderung und Bewältigung von Gesundheitsrisiken, gesundheitlichen Problemlagen und daraus folgender Benachteiligungen beitragen. „Sie tritt in Aktion, wenn Betroffene ihre Probleme aus eigener Kraft nicht bewältigen können, und die Gesellschaft entsprechende institutionelle bzw. rechtliche Bewältigungshilfen bietet“ (Franzkowiak 2009, S. 66). In den letzten Jahrzehnten ist ein beständiger Zuwachs dieses Teilgebiets der Sozialen Arbeit zu verzeichnen, der sich unter anderem im Anstieg der

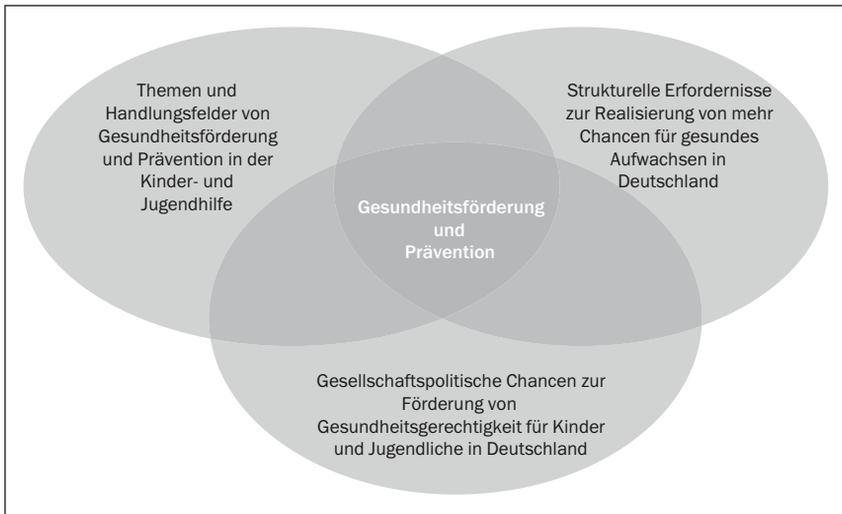
Fachkräfte, die in diesem Feld tätig sind, niederschlägt – so wird davon ausgegangen, dass etwa ein Fünftel aller berufstätigen SozialpädagogInnen/SozialarbeiterInnen im Gesundheitswesen arbeitet (Franzkowiak, Homfeldt, Müh- lum, 2011) und die gesundheitsbezogene Sozialarbeit nach der Jugendhilfe das wichtigste Betätigungsfeld darstellt. Darüber hinaus zeigt die Etablierung der Klinischen Sozialarbeit als gesundheitsbezogene Fachsozialarbeit die Weiterentwicklung in einem Teilbereich dieses Fachgebiets. Im Zuge der weiteren Professionalisierung muss die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit „... zur Erfüllung ihrer vielfältigen Aufgaben und ihrem transdisziplinären Grundverständnis entsprechend neben sozialarbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen weitere Wissensbestände gesellschafts-, natur- und humanwissenschaftlicher Disziplinen, gestützt durch eine eindeutig ethisch-kritisch fundierte Haltung, einbinden.“ (Dettmers 2018, S. 260).

In diesem Sammelband positionieren sich einige Mitglieder der damaligen Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts² gemeinsam mit weiteren Akteuren aus Wissenschaft, Praxis, Forschung und Politik zu zentralen Themen. Die Inhalte orientieren sich dabei an den im 13. Kinder- und Jugendbericht formulierten Empfehlungen – wenngleich die Zusammenstellung der Beiträge zwischen inhaltlichen, strukturellen und gesellschaftspolitischen Feldern unterscheidet. Diese Einteilung wurde vorgenommen um die Beiträge zu strukturieren, wohlwissentlich dessen, dass letztlich alles miteinander verbunden ist und jede Abgrenzung konstruiert ist. Die einzelnen Artikel sind also immer überwiegend einem Feld zugeordnet, wenngleich sie Überschneidungen zu anderen Themenfeldern aufweisen, Zusammenhänge zeigen oder Querverweise ziehen (s. Abbildung 1).

Die Beiträge in diesem Band belegen aus unterschiedlichsten Perspektiven die Notwendigkeit, sich noch viel mehr als bisher darum zu bemühen, eine gesundheitliche Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche anzustreben. Im ersten Teil der sich dem Feld von *Impulsen und Entwicklungslinien von Gesundheitsförderung und Präventiven aus den vergangenen zehn Jahren* widmet, zieht *Heiner Keupp* mit seinem Beitrag „*Der Fortschritt ist eine Schnecke*“ – *Wie weit sind wir eine Dekade nach dem 13. Kinder- und Jugendbericht? Bilanz.* *Keupp* skizziert in seinem Beitrag den Bericht und kommt als ehemaliger Vorsitzender der Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts zu dem Schluss, dass es zwar vielfältige Bemühungen Konzepte der Gesundheitsförderung mit Leben zu füllen gäbe, die zentralen Herausforderungen für die Kinder- und Jugendhilfe jedoch auch zehn Jahre später noch so aktuell wie

2 Die Mitglieder der Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichtes waren: Prof. Dr. Heiner Keupp, Dr. Wolfram Hartmann, Prof. Dr. Holger Hassel, Prof. Dr. Hans Günther Homfeldt, Dr. Hermann Mayer, Dr. Heidemarie Rose, Prof. Dr. Elisabeth Wacker, PD Dr. Ute Ziegenhain und Dr. Christian Lüders.

Abbildung 1: Aufbau des Sammelbandes *Gesundheitsförderung und Prävention – quo vadis Kinder- und Jugendhilfe?*



damals erscheinen. Dem schließt sich *Wolfram Hartmann* mit der Frage an, ob sich aus *Sicht der Kinder- und Jugendmedizin zehn Jahre nach dem 13. Kinder- und Jugendbericht etwas geändert hat*. *Hartmann* gehörte ebenfalls der Sachverständigenkommission an. Er bewertet in seinem Beitrag die im Bericht entwickelten fünf besonders dringlichen Gesundheitsziele und nimmt eine Bewertung der Umsetzung dieser Forderungen vor. Den Abschluss des thematischen Feldes zu *Impulsen und Entwicklungslinien von Gesundheitsförderung und Präventionen aus den vergangenen zehn Jahren* bildet der Beitrag von *Robert Schlack, Heike Hölling und Elvira Mauz* mit ihrem Fokus auf die *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Prävalenzen, zeitliche Trends und individuelle Gesundheitsverläufe nach 6 und 11 Jahren anhand der Ergebnisse aus der KiGGS-Langzeitstudie*. In den Ausführungen der AutorInnen zur KiGGS Basiserhebung und zur Welle 1 und 2 wird ersichtlich, wie sich diese Gesundheitsparameter in der Kinder- und Jugendlichenbevölkerung im zeitlichen Trend verändern und dass sich insbesondere im Bereich der psychischen Gesundheit ein leicht positiver Trend zeigt.

Das zweite thematische Feld des Sammelbandes widmet sich exemplarischen *Themen- und Handlungsfeldern von Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe*. Zu Beginn geht *Katrin Liel* auf *Lebenskohärenz und Selbstwirksamkeit im Zeitalter der Digitalisierung* ein. In *Liels* Ausführungen wird deutlich, dass die Mediatisierung enorme Herausforderungen, aber auch Chancen für die Bewältigung gesundheitsbezogener Entwicklungsaufgaben von Jugendlichen und für die Entwicklung von Selbstwirksamkeit und Kohärenz im

Sinne der Salutogenese mit sich bringt. Eine Soziale Arbeit, die den Körper als Ausgangspunkt, Mittel und Ziel von Gesundheitsförderung sieht, zeigt hierbei enormes Potential den Einfluss digitaler Welten auf die Gesundheit abzupuffern. Dem schließt sich der Beitrag von *Vera Kaltwasser* über *das Potenzial von Achtsamkeit für die Gesundheitsförderung* an, in dem sie das Augenmerk darauf richtet, wie Kinder und Jugendliche befähigt werden können, sich mit den von außen und innen auf sie einströmenden Reizen so auseinanderzusetzen, dass diese zwischen Reiz und Reaktion einen Raum der bewussten Wahrnehmung und Reflektion schieben können. Kaltwasser kommt zu dem Schluss, diese kontinuierliche Bewusstseinsarbeit sei die Basis von geistiger Autonomie und damit von gesundheitsförderlichen Entscheidungen und ethischem Handeln.

Netzwerke Früher Hilfen unter Einbeziehung des zivilgesellschaftlichen Engagements sind der Gegenstand des Beitrags von *Luise Behringer*. Ausgehend von einer Perspektive auf bürgerschaftliches Engagement zeigt *Behringer* zentrale Spannungsfelder für die Frühen Hilfen auf und leitet das politische Ziel ab, Kinderarmut effektiv und nachhaltig zu bekämpfen. *Sigrid A. Bathke* widmet sich der *Gestaltung von Gesundheitsförderung mit und nach dem Schuleintritt durch Präventionsketten*. *Bathke* spricht sich in ihren Ausführungen für verbesserte Gesundheitsförderung und für intensivere Kooperation mit dem System Schule sowie weiteren Kooperationspartnern wie Kindertagesstätte, Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen aus. Dem schließen sich *drei Spotlights zur Sozialen Arbeit und Gesundheitsförderung im Setting Schule* von *Katrin Liel & Vera Knoche*, *Anja Reinecke-Terner* und *Anna Lena Rademaker* an. Die Autorinnen arbeiten heraus, dass das Bildungssystem anderen Logiken und Vorgaben als die Sozialen Arbeit folgt, was es erschwere eine partizipative, lebensweltorientierte Gesundheitsförderung und Prävention umzusetzen. Die Spotlights verweisen damit auf aktuell noch immer vorliegende strukturelle Grenzen zur Entfaltung des Potenzial zur Gesundheitsförderung im Setting Schule, pointieren die vorliegenden Baustellen im System und geben Hinweise für eine mögliche Neu- bzw. Umorientierung.

Im Interview mit *Lotte Kaba-Schönstein* wird *Gesundheitsförderung und Prävention bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen* thematisiert. *Kaba-Schönstein* betont zehn Jahre nach Erscheinen des 13. Kinder- und Jugendberichts die Relevanz dreier Aspekte zum Gelingen von Gesundheitsförderung: so früh wie möglich ansetzen, Gesundheit, Bildung und die verschiedenen Sektoren und Dimensionen der Lebenslagen miteinander zu verknüpfen und einzubetten in eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik – das sollte für alle Kinder und Jugendlichen gelten, auch für die, die geflüchtet sind. Eine ähnliche Perspektive nimmt *Hans Günther Homfeldt*, ebenfalls ehemaliges Mitglied der Sachverständigenkommission ein. Er widmet sich in seinem Beitrag der Situation von *Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen* und stellt dabei in den Fokus, dass sie *in erster Linie Kinder und Jugendliche sind*. Er skizziert die nach 2009 vielfäl-

tig gemachten Bemühungen um eine „Große Lösung“ in der Kinder- und Jugendhilfe, die damit zu erwartenden Herausforderungen für die Disziplin und Profession Sozialer Arbeit und kommt im Resümee zu dem Schluss, dass die disability studies einen mehrfach anregenden Resonanzboden für eine inklusive Kinder- und Jugendhilfe bieten. Sieben ausgewählte Aspekte, die nach Erscheinen des 13. Kinder- und Jugendberichts den Fachdiskurs zur Verbesserung von Verfahren und des Vorgehens im Rahmen des Kinderschutzes geprägt haben, diskutiert *Mechthild Wolff* in ihrem Artikel über *Kindeswohlgefährdung*. Nach ihren Ausführungen müssten nationale Mindeststandards, Schutzkonzepte gegen Machtmissbrauch sowie partizipative Ansätze in der Präventionsarbeit, um den Herausforderungen im Kinderschutz nachkommen zu können, verstärkter in den Fokus rücken. In ihrem Beitrag über die *wirkungsorientierte Qualitätsentwicklung der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit am Beispiel Suchtprävention* reflektiert *Anneke Bühler* anschließend die Empfehlungen des 13. Kinder- und Jugendberichts sowie den Forschungs- und Evaluationsbedarf in der gesundheitsbezogenen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. In den vergangenen Jahren habe sich einiges getan, wie man ihren Ausführungen entnehmen kann, jedoch ließen gleichsam Aspekte wie Innovation, Lebensweltorientierung und die Finanzierung von wirkungsorientierten Interventionen noch Fragen in der Suchtprävention offen.

Der dritte Teil des Sammelbandes widmet sich *strukturellen Erfordernissen zur Realisierung von mehr Chancen für gesundes Aufwachsen in Deutschland*. Einleitend geht *Anna Lena Rademaker* auf die im 13. KJB formulierte Empfehlung *Gesundheitsförderung als einen fachlichen Standard der Kinder- und Jugendhilfe* zu etablieren ein. *Rademaker* stellt die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit, Subjektorientierung in der Gesundheitsarbeit und den Capability Approach als theoretischen Rahmen für Gesundheitsförderung junger Menschen vor und überträgt sie in ein Konzept lebensweltorientierter Gesundheitsförderung für die Praxis der KJH. In ihren Ausführungen wird deutlich, welche hohen Ansprüche eine ernst gemeinte Subjekt- und Lebensweltorientierung an die Gesundheitsförderung stellt und dass der Sozialen Arbeit ein enormes Potenzial, diesen Anforderungen gerecht zu werden, inne liegt. Daran anschließend diskutieren *Eike Quilling* und *Stefanie Kruse* in ihrem Beitrag die *Strategien kommunaler Gesundheitsförderung* und welche Rahmenbedingungen eine „integrierte Gesamtpolitik“ benötigt. Sie erläutern die zentrale Rolle der Kommunen sowie die Komplexität und den Innovationsgehalt kommunaler Ansätze für Gesundheitsförderung, betrachten ihre Strategien und zeigen an Praxisbeispielen, wie sich Kommunen für die Belange junger Menschen engagieren können. Im Fazit runden *Quilling* und *Kruse* zentrale Entwicklungsbedarfe für die kindheits- und jugendgerechte Kommunalentwicklung zur Gesundheitsförderung ab. *Mike Seckinger* und *Albert Lenz* thematisieren in ihrem Artikel die Entwicklungen der *Kooperation und Netzwerkbildung zwischen Schule, Gesundheitssys-*

tem und Kinder- und Jugendhilfe in den vergangenen zehn Jahren. Ihre Ausführungen skizzieren sie anhand zweier Beispiele, den Unterstützungsangeboten und Präventionsprojekten für Kinder psychisch kranker/suchtkranker Eltern und den Frühen Hilfen. In ihrem Fazit kommen *Seckinger* und *Lenz* zu dem ernüchternden Ergebnis, dass sich auch zehn Jahre nach der Veröffentlichung des 13. Kinder- und Jugendberichts kaum Entwicklungen finden lassen, die Anlass zu der Hoffnung geben würden, dass Schule, Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe durch Kooperationen im Setting Schule einen substantiellen Beitrag in der Gesundheitsförderung leisten. Anschließend folgen *Stefanie Kruse* und *Eike Quilling* mit ihrem Beitrag über die Entwicklung und Bedeutung der *Netzwerkbildung zur Förderung gesunden Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen*. Sie rahmen Netzwerkorientierung als Arbeitsprinzip des Sozial- und Gesundheitswesens, gehen auf die Entwicklung gesundheitsbezogener Netzwerke in der Kinder- und Jugendhilfe ein, stellen exemplarische Beispiele, Grundprinzipien und Herausforderungen an die Netzwerkkooperation vor und leiten abschließend ein Phasenmodell zur Netzwerkarbeit ab.

Clemens Dannenbeck beschäftigt sich in seinem Beitrag mit der im 13. Kinder- und Jugendbericht benannten Herausforderung, dass Strategien kommunaler Inklusion zur Herstellung und Gewährleistung von gleichwürdiger Teilhabe und dem Recht auf Nichtdiskriminierung für *alle* Kinder und Jugendlichen entwickelt werden sollen und dass diesen eine zentrale gesellschaftspolitische Bedeutung beizumessen sei. Unter dem Titel *Reif für die Insel. Inklusion als Herausforderung für Kommunen* argumentiert *Dannenbeck*, die Interpretation und Anwendung der UN-Behindertenrechtskonvention müsse Maßstab für die Bewertung der in den letzten zehn Jahren zu beobachtenden Entwicklungen im Bereich der Strategien kommunaler Inklusionsentwicklung sein und ihre Anwendung als Orientierungsmaßstab für die kommunalpolitische Gestaltung von Inklusion gelten. Dabei richtet er den Blick auf 3 Empfehlungen: Barrierefreiheit, die öffentliche Verantwortung und Partizipation. In ihrem Beitrag über *Aufwachsen in Armutslagen* befasst sich dem anschließend *Antje Richter-Kornweitz* mit Einkommensarmut als bedeutenden Risikofaktor auf das Wohlbefinden sowie künftige Entwicklungschancen junger Menschen, d.h. geringeren Chancen auf Gesundheit, auf soziokulturelle Teilhabe und Bildungszugang und -erfolg. Die Autorin konstatiert Kinderarmut als durchgängiges Phänomen und formuliert Anforderungen an die Armutsforschung und -prävention, bevor sie auf die integrierten kommunalen Strategien zur Armutsprävention eingeht. *Richter-Kornweitz* kommt zu dem Fazit, gelingendes Aufwachsen im Wohlergehen erfordere mehr finanziellen Spielraum, entsprechende gesetzliche Grundlagen sowie integrierte kommunale Strategien, um die Ressourcen Heranwachsender und ihre Bedürfnisse nachhaltig besser zu fördern.

Im letzten Abschnitt des Teils drei über *strukturelle Erfordernissen zur Realisierung von mehr Chancen für gesundes Aufwachsen in Deutschland* geht *Stephan*

Dettmers auf Qualifikationszugänge Sozialer Arbeit in der Kinder- und Jugendhilfe im Kontext von Gesundheit ein. Das Thema *Gesundheit in der Ausbildung von Fachkräften in der Kinder- und Jugendhilfe* wurde im 13. Kinder- und Jugendbericht ausdrücklich benannt. Durch die Entwicklung von Kompetenzbestimmungen über das Kerncurriculum der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit, die Qualifikationsrahmen des Fachbereichstages Sozialer Arbeit sowie der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen solle, so *Dettmers*, deutlich werden, dass ein begründetes fachliches Profil gesundheitsorientierter Sozialer Arbeit gebraucht werde, um Gesundheitsförderung zukünftig aktiver zu gestalten.

Der vierte und letzte Teil des Sammelbandes befasst sich mit *gesellschaftspolitischen Chancen zur Förderung von Gesundheitsgerechtigkeit für Kinder und Jugendliche in Deutschland*. Dabei widmen sich *Hans-Uwe Otto* und *Holger Ziegler* mit ihren Ausführungen spezifischen Fragen der Kooperation von Sozialer Arbeit mit anderen Institutionen. In ihrem Beitrag über *Kooperationsdiskurse in der Kinder- und Jugendhilfe* nehmen die Autoren eine Analyse der geforderten Kooperation einerseits und fachlicher Besorgnis über ein Unterlaufen der in der Sozialen Arbeit konstitutiven Bearbeitung ‚unspezifischer Lebensprobleme‘ andererseits vor. Dem anschließend wagen *Paolo Pinheiro* und *Ulrich Bauer* in ihrem Beitrag einem *Rück- und Ausblick* auf die *Verringerung ungleicher Gesundheitschancen als Vorrangiges nationales Gesundheitsziel*. Sie gehen systematisch auf die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen ein, ergänzen diesen Überblick mit einer Skizzierung von nationalen und internationalen Initiativen und knüpfen dem eine bilanzierende Reflexion über den Stand der Umsetzung, der in der Empfehlung angesprochenen Forderung nach einer disziplin- und sektorenübergreifenden Handhabung des Themas gesundheitliche Ungleichheit an. *Pinheiro* und *Bauer* schließen ihre Ausführungen mit Implikationen, die sich aus der Bestandsaufnahme für ein künftiges Vorgehen ableiten lassen, um der Vorstellung einer Gesundheitsförderung und Prävention, die allen in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen gerecht wird, näher zu kommen.

Leider befindet sich in diesem Sammelband kein Beitrag, der explizit das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz) im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe thematisiert und bewertet. Auch das wichtige Thema der Care Leaver oder auch die „Förderung eines kommunikativen Weltbezugs“, wie es im 13. Kinder- und Jugendbericht eigens als Empfehlung formuliert ist, konnte in diesem Sammelband nur in einigen Beiträgen angeschnitten oder mit-thematisiert werden. Es war schlicht nicht möglich alle relevanten Themen mit einem eigenen Beitrag zu bedenken.

Dieser Sammelband ist eingebettet in die Arbeit des Fachbereichs Gesundheitsförderung und Prävention der Deutschen Vereinigung der Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG), den die Herausgeberinnen selbst gegründet

haben und federführend mit gestalten.³ Der Fachbereich hat es sich zum Ziel gesetzt, gesundheitliche Diskriminierung sozial benachteiligter Menschen zu thematisieren, kritisieren und zu verändern und für die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention als Teil der Praxis Sozialer Arbeit einzutreten. Dort könnte ein Raum sein, die Diskussionsfäden, die dieser Sammelband abbildet, weiter zu führen und gemeinsam weiter zu denken. Der Fachbereich steht Interessierten jederzeit offen!

Abschließend bleibt zu wünschen, dass mit diesem Sammelband Diskussionen (wieder) angestoßen werden und Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe einen erfolgversprechenden Weg in die Zukunft nimmt!

Wir bedanken uns herzlich bei allen AutorInnen, die einen Beitrag zu dem Sammelband geleistet haben, sowie all denjenigen, die zwar keinen schriftlichen Beitrag, wohl aber Inspiration und Unterstützung in das Projekt investiert haben.

Landshut und Göttingen und Berlin im August 2019.

Katrin Liel & Anna Lena Rademaker

Literatur

- Bundesjugendkuratorium (BJK) 2017 Prävention, Kinderschutz und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. Anmerkungen zu aktuellen Präventionspolitiken und -diskursen. Stellungnahme des Bundesjugendkuratorium. München: Deutsches Jugendinstitut e. V., Arbeitsstelle Kinder- und Jugendpolitik.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland.
- BMFSFJ (2017): 15. Kinder- und Jugendbericht.
- Dettmers, Stephan (2018): Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. Eine Übersicht. In: Soziale Arbeit DZI 67, S. 256–261.
- Grunwald, Klaus; Thiersch, Hans (Hg.) (2016): Praxishandbuch lebensweltorientierte soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Grundlagentexte Pädagogik). Online verfügbar unter www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783779944683.
- Liel, Katrin (2019): Das Soziale der Gesundheit stärken. In: Forum sozialarbeit & gesundheit (2), S. 6–9.

3 Weitere Informationen unter: <https://dvsg.org/die-dvsg/fachbereiche/gesundheitsfoerderung-und-praevention/>

Teil A

**Der 13. Kinder- und Jugendbericht:
Impulse und Entwicklungslinien
von Gesundheitsförderung
und Prävention aus den
vergangenen zehn Jahren**

A.1

„Der Fortschritt ist eine Schnecke“ – Wie weit sind wir eine Dekade nach dem 13. Kinder- und Jugendbericht?

Heiner Keupp

Der Ausgangspunkt für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung war der folgende: Die wohlfahrtsstaatlichen Systeme in Deutschland haben jeweils für sich durchaus vorzeigbare Qualitäten. Aber sie haben ihre eigene innere Handlungslogik und die sind nicht auf Zusammenarbeit mit anderen Systemen angelegt. Diese Versäulung der Hilfesysteme erweist sich gerade bei Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen als kontraproduktiv. Sie zu überwinden war ein Anspruch des 13. Kinder- und Jugendbericht und er sah die Förderung der notwendigen Kooperationen zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitssystem und Eingliederungshilfe vor allem in einer gemeinsamen Basisphilosophie zu den Ressourcen, die Kinder und Jugendliche brauchen, um selbstbestimmt aufwachsen zu können. Nach zehn Jahren ist zu fragen, was umgesetzt werden konnte und was sich seit seiner Veröffentlichung getan hat.

Unsere Ausgangsthese war und ist für mich auch bis heute: In der Bundesrepublik gibt es eine Reihe effektiver Bildungs- und Unterstützungssysteme für Heranwachsende in prekären Lebenslagen, aber sie arbeiten oft noch in splendid isolation. Für eine gezielte Förderstrategie werden sinnvolle neue Kooperationsallianzen von Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfe- und Eingliederungssystem benötigt. Vor allem die Inklusionsthematik erfordert eine verbindliche Kooperationsstrategie. Eine stärkere und bessere Kooperation der verschiedenen Hilfesysteme stellt kein leichtes Projekt dar, denn die verschiedenen Systeme haben ihre eigene Struktur, ihre eigene Logik und ihre eigene Finanzierung. Noch immer besteht eine starke Versäulung der Systeme statt einer notwendigen Vernetzung. Im 13. Kinder- und Jugendbericht haben wir versucht, eine gemeinsame Grundphilosophie für die Systeme zu denken. Unter Beteiligung der Vertreter der verschiedenen Systeme haben wir das gut geschafft.

1. Kooperation wird zum Thema

Nicht nur in der Jugendhilfe, aber dort besonders, werden Kooperationsnotwendigkeiten seit Jahren betont. Die Kooperation von Jugendhilfe und Schule, Jugendhilfe und Frühförderung, Jugendhilfe und Psychiatrie, Jugendhilfe und Hebammen und – unter der aktuellen Inklusionsnorm – die Kooperation zwischen Jugendhilfe und dem Eingliederungssystem sind deutlich formulierte Desiderate. Für die Notwendigkeit all dieser Kooperationsforderungen gibt es gute fachliche Argumente, aber die haben bislang nicht ausgereicht, um wirklich tragfähige kooperative Handlungsmuster zu generieren. Es gibt einzelne gesetzlich verordnete Kooperationen etwa bei der Hilfeplanung oder von den Geldgebern geforderter Nachweise der Kooperation mit mindestens einem relevanten institutionellen Partner (die volle Finanzierung der Erziehungsberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen wurde z.B. an die Bedingung geknüpft, dass die Beratungsstellen mit Kindertageseinrichtungen oder Schulen Kooperationsvereinbarungen nachweisen).

Kooperation ebenso wie Netzwerk waren für mich lange naiv-positiv konnotierte Begriffe. Wer könnte irgendetwas gegen Kooperation einwenden? Man musste eher anders fragen: Kann es sich überhaupt jemand leisten, Kooperation abzulehnen? Netzwerk oder Vernetzung waren Begriffe mit reformatorischer Leuchtkraft. Als mir Eric van Santen und Mike Seckinger 2003 ihre gemeinsame Doktorarbeit vorlegten, war mir nicht sofort klar, auf welchen Weg der Entmystifizierung mich die Lektüre dieser Studie führen würde. Danach war ich immer noch ein Anhänger von Kooperation und Vernetzung, aber mein Blick darauf wurde kritischer und vor allem habe ich mir angewöhnt, nicht mehr den Etiketten zu trauen, die Angebote der Jugendhilfe oder anderer wohlfahrtsstaatlicher Institutionen plakativ wie eine Monstranz vor sich hertragen.

Van Santen und Seckinger (2003) fragen, warum seit einigen Jahren das Thema Kooperation in der Jugendhilfe immer bedeutsamer wurde. Es müsste ihrer Auffassung nach als Antwort verstanden werden auf eine immer größere Zersplitterung sozialer Dienste im Gefolge von differenzierten Spezialangeboten, die teilweise wildwüchsig ihr „Eigenleben“ entfaltet haben, ohne auf die Passung zum vorhandenen Angebot zu achten bzw. sich bewusst auch in Abgrenzung zu gegebenen Diensten zu etablieren. Diese Strategie des Ausbaus statt eines problemadäquaten Umbaus sozialer Dienste war so lange unproblematisch, wie die Finanzierung neuer Angebote möglich war. Mit einer zunehmenden Budgetierung als Reaktion auf die erreichten Grenzen öffentlicher Finanzierung wurde zunehmend deutlicher, dass der Dienstleistungsdschungel gerodet werden müsste und die vorhandenen Institutionen durch Verpflichtung zur Kooperation selbst mehr zu Synergieeffekten beizutragen hätten. Neben diesem fiskalischen Hintergrund werden von van Santen und Seckinger auch wichtige Reformimpulse im Feld der Jugendhilfe benannt, die program-

matisch am klarsten im 8. Jugendbericht formuliert waren und im Bereich des KJHG wichtige Änderungen eingeleitet haben. Allerdings haben sie auch durch einen programmatischen Überhang den „Mythos Kooperation“ mit gefördert. Nicht jedes Gremium, jeder „Runde Tisch“ oder Netzwerk ist schon ein Beitrag gelingender Kooperation, die so definiert wird: „Kooperation ist ein Verfahren der intendierten Zusammenarbeit, bei dem im Hinblick auf geteilte oder sich überschneidende Zielsetzungen durch Abstimmung der Beteiligten eine Optimierung von Handlungsabläufen oder eine Erhöhung der Handlungsfähigkeit bzw. Problemlösungskompetenz angestrebt wird“ (van Santen/Seckinger 2003: 29). Längst nicht immer führt Kooperation zu optimierten Handlungsabläufen, erhöhter Handlungsfähigkeit und Problemlösungskompetenz, sondern es gibt immer auch Lähmung, Stagnation, Stellungskriege und Dominanzkulturen. Und zwischen den selbstbezüglich agierenden Institutionen, die natürlich immer ihre Gemeinwohlorientierung herausstellen, gibt es „schwarze Löcher“ und Betreuungsabbrüche, die nicht durch die Klienten, sondern durch die mangelnden Kooperationsarrangements der Anbieterseite bedingt sind. Dass psychosoziale Dienstleistungen nicht nur aus der Perspektive der Anbieter, sondern vor allem aus der Nutzer- oder Adressatenperspektive zu evaluieren sind, scheint für den naiven Betrachter selbstverständlich zu sein, ist aber längst nicht immer die Basis für die Evaluation von Angeboten der öffentlichen und freien Träger.

2. Die Perspektive des 13. Kinder- und Jugendberichts

2.1 Der Auftrag

Diese Defizitsituation war auch ein wichtiger Ausgangspunkt für den Auftrag, den die Kommission, die den 13. Kinder- und Jugendbericht (KJB) zu erarbeiten hatte, erhielt: „Die Bundesregierung will die Rahmenbedingungen für das Aufwachsen der nachfolgenden Generationen verbessern. Dazu gehört zuvorderst auch das soziale, psychische und physische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen. Die bestmögliche Förderung der Gesundheit ist ein zentrales Recht aller Kinder und Jugendlichen. Hierfür zu sorgen, stehen in der Bundesrepublik unterschiedliche Systeme in der Verantwortung. Die verteilte Verantwortung hat jedoch nicht selten Versorgungseinbrüche an den Übergängen von einem System zum anderen zur Folge. Die Übergänge an den Schnittstellen müssen jedoch ohne Reibungsverluste – das heißt ohne Nachteil für die Betroffenen – funktionieren.“

Die Qualität von Kooperationen lässt sich nicht an den formalen Ablaufprozessen ermesen, in denen Institutionen ihre Dienstleistungsproduktion erbringen. Da mögen gut eingespielte Ablaufroutinen reibungslos funktionieren

und betriebswirtschaftliche Qualitätsnormen optimal erfüllt werden. Es war für die Berichtskommission des 13. KJB wichtig, dass auch normative Vorgaben in ihrem Auftrag enthalten waren:

- Die Verbesserung der Rahmenbedingungen des Aufwachsens;
- ein komplexer Gesundheitsbegriff, der das biopsychosoziale Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen benennt; und
- das Recht auf eine bestmögliche Förderung ihrer Gesundheit.

Solche Formulierungen mag man als unverbindliche Rhetorik abtun und dann Optimierungsvorschläge für die intersystemische Dienstleistungsproduktion erarbeiten. Man kann sie aber auch als normative Zielorientierungen ernst nehmen und sie fachlich ausbuchstabieren. In der Arbeit am 13. KJB war das in einer Kommission, die aus Vertretern der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheits- und des Eingliederungssystems zusammengesetzt war, eine ganz entscheidende Weichenstellung. Die Sachverständigenkommission ging davon aus, dass Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitssystem und Behindertenhilfe dann eine Chance haben, Synergieeffekte zu entwickeln und Übergänge zu verbessern, wenn sie füreinander anschlussfähige Konzepte nutzen könnten. Bevor darauf näher einzugehen ist, ist erst einmal zu klären, an der Bewältigung welcher Probleme sich eine wirksame Kooperation zu erweisen hat.

2.2 Wo besteht Handlungsbedarf?

Wenn man sich ein Bild von der aktuellen Gesundheitssituation Heranwachsender zu verschaffen versucht, dann ist man auf Grund vorhandener empirischer Befunde in der Lage, die „Lufthoheit“ in den öffentlichen Diskursen Notstandsverkündern wie dem Kinderpsychiater Michael Winterhoff (2008) zu bestreiten. Im Widerspruch zu diesen Forschungsergebnissen sind für ihn die meisten Kinder in Deutschland gestört, in ihren körperlichen Fähigkeiten, ihrer sprachlichen Entwicklung, ihrem Sozialverhalten. Sie bewegten sich kaum noch, ihr schulisches Leistungsniveau sinke. Als Verursacher der Defekte macht Winterhoff Lehrer, Erzieher, aber vor allem die Eltern aus. Weil sie Konflikte scheuen und keine Grenzen mehr setzen würden, verhinderten sie, dass die Kinder altersgerecht heranreifen. Bei 70 Prozent entdeckt der Autor gar pathologische Züge. Wenn diese Kinder – Winterhoff nennt sie „Monster“ – erwachsen würden, bedrohten sie „die Existenz unserer friedlich zusammenlebenden Gesellschaft“.

Trotz solcher alarmistischer Diskurse – und das zeigen vor allem die Befunde des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) des Robert-Koch-Insti-

tuts¹ – wachsen etwa 80 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland gut auf und es ist davon auszugehen, dass dafür ein gut funktionierendes lebensweltliches und sozialstaatliches System die Grundlage schafft. Dieses gilt es weiterhin zu sichern und auszubauen. Am wenigsten profitieren von diesen Strukturen Kinder, Jugendliche und ihre Familien, die von Armut, Migration oder besonderen Lebenslagen (wie Behinderung oder schwere psychische und körperliche Erkrankungen der Eltern) sowie von Exklusion betroffen sind. Bei ihnen ist vor allem eine Zunahme psychosozialer Probleme bedeutsam. Auch das zum 13. KJB parallel erarbeitete Sondergutachten (SVG) des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen richtet seine spezielle Aufmerksamkeit und Handlungsbereitschaft auf diese Risikogruppen, um der Tatsache Rechnung zu tragen, „dass ein Fünftel eines jeden Geburtsjahrgangs – das sind 140 000 Kinder pro Jahr – mit erheblichen, vor allem psychosozialen Belastungen und gravierenden Defiziten an materiellen und sozialen Ressourcen aufwächst“ (SVR: 35). In Übereinstimmung mit der Positionierung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), dem Weißbuch zur psychischen Gesundheit der EU, und der von Richard Wilkinson und Michael Marmot (Marmot 2004; Marmot & Wilkinson 2005; Wilkinson 2005) im Auftrag der WHO zusammengestellten „solid facts“ wird in dieser Formulierung des Gutachtens ein seit Jahren immer wieder benanntes Phänomen, „die stabilen und nahezu monotonen Befunde zur sozialen Verursachung“ (SVR: 139), als die zentrale Herausforderung der Gesundheitsversorgung benannt. Und aus der Sicht des 13. KJB gilt es diese Herausforderung für eine verbesserte Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitssystem und Behindertenhilfe zum Qualitätskriterium zu machen.

Heranwachsende aus sozial benachteiligten Familien zeigen eindeutig auch eine gesundheitliche Benachteiligung:

- Sie sind motorisch weniger leistungsfähig,
- sie ernähren sich ungesünder und bewegen sich weniger,
- ihr passiver Medienkonsum ist höher,
- sie haben häufiger mehrere Gesundheitsprobleme und geringeres Wohlbefinden,
- sie verfügen über weniger persönliche, familiäre und soziale Ressourcen,
- sie zeigen häufiger Verhaltensauffälligkeiten (v. a. Jungen) und
- sie haben häufiger psychische Probleme und Essstörungen (v. a. Mädchen)

1 Vgl. u. a. Robert-Koch-Institut (2008). Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Berlin: RKI.

2.3 Kooperation braucht eine gemeinsame konzeptionelle Handlungsphilosophie

Die Sachverständigenkommission geht davon aus, dass Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitssystem und Behindertenhilfe für die notwendige Kooperation eine gemeinsame Basisphilosophie braucht. Dafür scheinen vor allem jene Konzepte geeignet, in deren Mittelpunkt die Stärkung von Ressourcen Heranwachsender steht, die Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowohl in der Auseinandersetzung mit den Risiken und Belastungen in ihrer jeweiligen Lebenswelt als auch für die produktive Gestaltung ihrer eigenen Lebensprojekte benötigen. Sowohl aus den Gesundheitswissenschaften als auch aus den sozialwissenschaftlichen Grundlagen sozialer und rehabilitativer Arbeit werden dementsprechend Theoriebausteine vorgestellt, die zu einer begehbaren Brücke verknüpft werden können.

Aus den Gesundheitswissenschaften stammen die Konzepte zur Prävention und Gesundheitsförderung, die sowohl Zugänge zur Risikobearbeitung als auch zur Förderung von Entwicklungsressourcen ermöglichen sollen, sowie die unterschiedlichen und sich ergänzenden Perspektiven von Pathogenese und Salutogenese. Von Seiten der Sozialwissenschaften wurde auf die Diskussion um Empowerment und die Befähigungs- bzw. Capability-Konzepte zurückgegriffen, die ebenfalls auf die Ressourcenstärkung ausgerichtet sind und die nach den Bedingungen der Möglichkeit fragen, die Befähigung von Menschen zu einer selbstbestimmten Lebensführung zu stärken.

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

2.3.1 Salutogenese: Wie gelingt es, gesund zu leben?

Als zentrale Grundorientierung für die Entwicklung von Strategien und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention bezieht sich der 13. KJB auf die salutogenetische Perspektive. Diese fragt im Unterschied zu Erklärungen der Krankheitsentstehung (Pathogenese) danach, wie es Menschen gelingt, gesund zu leben. Sie bietet eine Reihe von empirisch begründeten Ansatzpunkten (vgl. Höfer 2013), gelingendes alltägliches Umgehen mit Anforderungen und auch Belastungen zu fördern. Dies ist das Anliegen jeder Gesundheitsförderung. Danach soll sich Gesundheitsförderung auf Gesundheit statt auf Krankheit konzentrieren und positive Zustände fördern, statt negative zu vermeiden.

Das Konzept der Salutogenese des israelischen Gesundheitsforschers Aaron Antonovsky (1997) liefert den differenziertesten Ansatz zur Gesundheitsförderung. In seinem Zentrum stehen die Widerstandsressourcen und der Kohärenzsinne. Letzterer wird von Antonovsky so definiert: „Das Gefühl der Kohärenz, des inneren Zusammenhangs ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, inwieweit jemand ein sich auf alle Lebensbereiche erstreckendes, überdauerndes und doch dynamisches Vertrauen hat“, 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).

Die Widerstandsressourcen lassen sich wie folgt differenzieren:

- Im Individuum: organisch-konstitutionelle Widerstandsressourcen, Intelligenz, Bildung, Bewältigungsstrategien und Ich-Stärke, die nach Antonovsky eine der zentralen emotionalen Widerstandsressourcen darstellt, als emotionale Sicherheit, als Selbstvertrauen und positives Selbstgefühl in Bezug auf die eigene Person.
- Im sozialen Nahraum: Zu den Widerstandsressourcen gehören auch die sozialen Beziehungen zu anderen Menschen. Diese beinhalten das Gefühl, sich zugehörig und „verortet“ zu fühlen, Vertrauen und Anerkennung durch für einen selbst bedeutsame Andere zu erfahren und durch die Beteiligung an zivilgesellschaftlichem Engagement sich als selbstwirksam erleben zu können. Hinzu kommt die Möglichkeit, sich Unterstützung und Hilfe von anderen Menschen zu holen und sich auf diese zu verlassen.
- Auf der gesellschaftlichen Ebene: Widerstandsressourcen entstehen durch die Erfahrung von Anerkennung über die Teilhabe an sinnvollen Formen von Tätigkeiten und ein bestimmtes Maß an Sicherheit, mit diesen seinen Lebensunterhalt bestreiten zu können (Verfügen über Geld, Arbeit, Wohnung etc.).
- Auf der kulturellen Ebene: Widerstandsressourcen vermittelt auch der Zugang zu kulturellem Kapital im Sinne tragfähiger Wertorientierungen (bezogen aus philosophischen, politischen, religiösen oder ästhetischen Quellen).

Diese Perspektive steht nicht im Widerspruch zu empirisch abgesichertem Wissen über die Entstehung von Krankheiten oder über Risikokonstellationen, die häufig die Bewältigungskompetenzen von Menschen überfordern. Die Frage

danach, welche Konsequenzen aus dem Wissen über die Entstehung von Störungen und Krankheiten in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu ziehen sind, stellt sich aus einer salutogenetischen Perspektive als Ansatzpunkt für eine gesundheitsbezogene Prävention, die letztlich auch auf die Stärkung von Ressourcen zielt, die für eine Bewältigung von Risikobedingungen erforderlich sind.

2.3.2 Capabilities – Verwirklichungschancen

Widerstandsressourcen würde Amartya Sen (2000, 2010), der 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 hier geht es um Gestaltungskräfte eines Gemeinwesens. Sen hat dies in einem Buch zur Überwindung von Armut und Ungerechtigkeit so ausgedrückt: „Letztlich ist das individuelle Handeln entscheidend, wenn wir die Mängel beheben wollen. Andererseits ist die Handlungsfreiheit, die wir als Individuen haben, zwangsläufig bestimmt und beschränkt durch die sozialen, politischen und wirtschaftlichen Möglichkeiten, über die wir verfügen. Individuelles Handeln und soziale Einrichtungen sind zwei Seiten einer Medaille. Es ist sehr wichtig, gleichzeitig die zentrale Bedeutung der individuellen Freiheit und die Macht gesellschaftlicher Einflüsse auf Ausmaß und Reichweite der individuellen Freiheit zu erkennen“ (2000: 9f.).

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