

# **Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen**

**Diakonie für Kinder und Jugendliche**

**Sozialpolitischer und -rechtlicher Handlungsbedarf aus Sicht der Diakonie**

# Inhalt

- 3 **Zusammenfassung**
- 4 **Vorwort**
- 5 **1. Problemstellung und Aufgabe: Prävention und Gesundheitsförderung mit benachteiligten Kindern und Jugendlichen als diakonische Aufgabe**
- 6 **2. Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen als Problem**
- 8 **3. Gesundheit, Teilhabe und Verwirklichungschancen – konzeptionelle Aspekte von Prävention und Gesundheitsförderung**
- 11 **4. Konzeptionelle, politische, sozialrechtliche und finanzielle Probleme von Prävention und Gesundheitsförderung**
- 13 **5. Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe**
- 15 **6. Gesundheit, Teilhabe und präventive Aufgaben nach Altersgruppen und spezifischen Zielgruppen**
- 16 6.1 Gesundheit von Mädchen und Jungen – gendersensible Gesundheitsförderung
- 16 6.2 Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund
- 17 6.3 Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern bis zu drei Jahren
- 18 6.4 Eltern mit Kindern der Altersgruppen 3 bis 6 und 6 bis 12 Jahre
- 19 6.5 Jugendliche
- 21 6.6 Kinder chronisch kranker Eltern
- 24 6.7 Chronisch kranke und behinderte Kinder
- 27 **7. Sozialpolitische und sozialrechtliche Forderungen der Diakonie**
- 27 7.1 Rahmenbedingungen für Prävention und Gesundheitsförderung – Präventionsgesetz
- 28 7.2 Bundeskinderschutzgesetz
- 29 7.3 Änderungen im Krankenversicherungsrecht (SGB V) und im Recht der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII)
- 31 **8. Fazit**
- 32 **9. Verwendete Literatur und Internetlinks**
- 34 **Mitglieder der Projektgruppe**
- 35 **Impressum**

# Zusammenfassung

Gesundheit hängt eng mit den Chancen zusammen, ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu führen. Die Diakonie plädiert für eine lebenslagenorientierte Präventionspolitik und präventive Praxis, die in eine ressortübergreifende, Teilhabe sichernde und Ungleichheiten reduzierende Gesamtpolitik eingebettet ist. Nur eine auf gesellschaftliche Gerechtigkeit orientierte Politik, die an erster Stelle die sozialökonomische Ungleichheit der Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen vermindert, ermöglicht mehr Gesundheit für alle. Neben universell ausgerichteten präventiven und anderen gesundheitspolitischen Maßnahmen sind zugleich für die Kinder und Jugendlichen in den deutlichsten Armutslagen und mit den größten Gesundheits- und Teilhabe einschränkungen ausgerichtete gesundheitsfördernde Programme notwendig.

Es ist ein wesentliches Anliegen der Diakonie, über Systemgrenzen hinweg eine konzeptionell abgestimmte Praxis der Gesundheitsförderung zu ermöglichen. Insbesondere ist die Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem zu verbessern. Es liegt in der Verantwortung der Gesellschaft, Informations-, Beratungs- und Unterstützungssysteme für Kinder und ihre Familien zu schaffen. Dazu bedarf es der gesetzlichen Garantie eines breit gefächerten Leistungsangebotes.

Bei der Ausgestaltung eines von der Diakonie für notwendig erachteten Präventionsgesetzes ist darauf zu achten, dass die jeweiligen Zuständigkeiten und Finanzverantwortungen der „Präventionsträger“ klar voneinander abgegrenzt werden, aber verbindliche Kooperationen geschaffen werden. Da nach Auffassung der Diakonie Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, ist es vor allem eine staatliche Aufgabe, die notwendige Infrastruktur hierfür auf Bundes-, aber auch auf Landes- und kommunaler Ebene bereitzustellen. Die Diakonie warnt davor, finanzielle Entlastungen institutioneller Träger zu erwarten, ein Präventionsgesetz darf Leistungen nicht verschieben, sondern dient der Abstimmung der Leistungsverantwortlichkeiten.

Um die gesundheitliche Perspektive in der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe besser zu verankern, hält die Diakonie neben

der Forderung nach einem Präventionsgesetz Änderungen im Recht der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) für geboten.

Die lebenslagenbezogene Prävention und Gesundheitsförderung ist als Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe in den verschiedenen Arbeitsfeldern zu verankern. Auch im Rahmen der Jugendarbeit und der Jugendsozialarbeit muss die Prävention und Gesundheitsförderung als integraler Bestandteil verbindlicher und transparenter in den Blick genommen werden.

Hinsichtlich der Ausgestaltung der „Frühen Hilfen“ (unter anderem im Kontext des Bundeskinderschutzgesetzes) plädiert die Diakonie für ein mehrstufiges System, das Informations-, Beratungs- und im Bedarfsfall weitere Leistungsansprüche verbindet.

Die Kooperation zwischen der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe einerseits und dem Gesundheitswesen andererseits ist in auskömmlich finanzierten regionalen Verbundsystemen zu gestalten. Die interdisziplinäre Frühförderung ist als Komplexleistung im Sinne des SGB IX umzusetzen. Neben den Sozialpädiatrischen Zentren und interdisziplinären Frühförderstellen sind die stationären Angebote der medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen zu sichern und weiterzuentwickeln.

Die Diakonie sieht in der „Großen Lösung“, das heißt der Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe für alle Kinder und Jugendlichen mit und ohne Behinderung den richtigen, weil inklusiven Weg der Ausgestaltung der Kinder- und Jugendhilfe, da hier die Lebenslage Kindheit und Jugend und nicht die Behinderung im Vordergrund steht.

Die Angebotsstruktur der Sozialpsychiatrie, der Suchthilfe, der Kinder- und Jugendhilfe sowie der kommunalen Dienste ist auf die Bedarfe von Kindern chronisch kranker beziehungsweise behinderter Eltern auszurichten, sie brauchen altersgerechte niedrigschwellige Informations-, Beratungs- und Therapieangebote. Für die betroffenen Familien müssen, insbesondere in Krisensituationen, entlastende, unterstützende und präventive Dienste zur Verfügung stehen.

# Vorwort

Mit diesem Diakonie Text positioniert sich der Diakonie Bundesverband zur Weiterentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen.

Das besondere Augenmerk liegt bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen. Ihre Gesundheit und ihre Teilhabe sind oft schon im Kindesalter und dann auch im weiteren Verlauf ihres Lebens eingeschränkt.

Gesundheitliche Ungleichheit, die sozial ungleich verteilte Chance gesund zu leben, reproduziert sich auf komplexe Weise schon im Kindesalter. Aus der Überzeugung heraus, dass jeder seine Fähigkeiten entwickeln sowie an der Gesellschaft teilhaben sollte, thematisiert die Diakonie Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen.

Prävention ist als eine lebenslagenbezogene Strategie integriert in den Lebensalltag der Menschen zu konzipieren. Gesundheitsförderung soll befähigen, Teilhabe ermöglichen und Lebensbedingungen gesundheitsgerecht gestalten. Das bisherige System der Prävention wird dem nicht gerecht. Zwar gibt es eine Vielzahl von Erfahrungen guter Praxis, andererseits sind die bundesweiten politischen, sozialrechtlichen und wirtschaftlichen Strukturen der Prävention in vielfacher Hinsicht problematisch.

Gesundheitsförderung ist oftmals noch einseitig auf das individuelle Verhalten von Menschen ausgerichtet, projektorientiert und kurzfristig angelegt. Ziele und Zielgruppen werden nicht gesundheitswissenschaftlich fundiert definiert und Kooperationsstrukturen unzureichend ausgebildet.

Vor dem Hintergrund einer allgemeinen Problemanalyse zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen einerseits und der

Analyse zielgruppenspezifischer Bedarfe andererseits wird im vorliegenden Positionspapier sozialpolitischer und -rechtlicher Handlungsbedarf aus diakonischer Sicht identifiziert.

Im Kern geht es darum, auf den verschiedenen Ebenen (Bund, Länder und Kommunen) – gleichsam gegen den Strom des gegliederten Sozialleistungssystems – Kooperationsbeziehungen zwischen der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe und dem Gesundheitssystem sowie zwischen den verschiedenen Präventionsakteuren im Gesundheitssystem zu ermöglichen.

Die Gesundheits- und Teilhabechancen von Kindern und Jugendlichen zu verbessern und gesundheitliche Ungleichheit zu reduzieren, ist sicherlich nicht nur durch Gesundheitsförderung zu erreichen.

Zahlreiche Faktoren, die die Gesundheit bestimmen, liegen außerhalb der Zuständigkeit des Gesundheitssystems und entziehen sich der Beeinflussbarkeit kommunaler und länderbezogener Akteure.

Lebenslagenorientierte Prävention und Gesundheitsförderung ist ein Mosaikstein in einer gerechten, Ressortgrenzen überschreitenden Politik, die Ungleichheiten reduziert und die Lebensbedingungen von Menschen, insbesondere von Kindern und Jugendlichen, in schwierigen sozialen Lagen verbessert.

Hierzu möchte die Diakonie einen Impuls geben.

Maria Loheide  
Vorstand Sozialpolitik  
Diakonisches Werk der EKD

# 1. Problemstellung und Aufgabe: Prävention und Gesundheitsförderung mit benachteiligten Kindern und Jugendlichen als diakonische Aufgabe

Das Diakonische Werk der EKD stellt mit diesem Papier Überlegungen zur fachlichen, fachpolitischen, sozialrechtlichen und die Finanzierung betreffenden strukturellen Weiterentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung zur Diskussion. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass sich bei einem Teil der Kinder und Jugendlichen körperliche, psychische und soziale Belastungen bündeln, ihre soziale Teilhabe gefährdet und damit die Chance, ein Leben nach ihren Wünschen zu führen, beeinträchtigt ist.

Die Diakonie plädiert für eine nachhaltige Gesundheitsförderung, die in eine ressortübergreifende, Teilhabe sichernde und Ungleichheiten reduzierende Gesamtpolitik eingebettet ist. Nur eine solche, auf gesellschaftliche Gerechtigkeit orientierte Politik ermöglicht mehr Gesundheit für alle.

Wenn die Diakonie sich für Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext sozialer Benachteiligung einsetzt, bedeutet dies nicht, die Prävention zum Königsweg zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit zu verklären.

Die Diakonie will mit diesem Positionspapier einzelne entwicklungs- oder gesundheitsbezogene Problemfelder, die in der öffentlichen Diskussion nicht ausreichend beachtet werden,

vertiefen. Ein wichtiges inhaltliches Anliegen ist es dabei, Brücken zwischen dem Gesundheitssystem und den Systemen der Kinder-, Familien- und Jugendhilfe zu schlagen. Prävention und Gesundheitsförderung sind in vielen Arbeitsfeldern der Diakonie verankert. In zahlreichen Einrichtungen und Diensten findet explizit oder auch in impliziter Form präventive Arbeit statt.

Zum Kern des christlichen Menschenbildes gehört, dass jeder Mensch mit einer innewohnenden Würde ausgestattet ist. Die Diakonie tritt daher dafür ein, dass jeder Mensch in Würde leben, seine Fähigkeiten ganzheitlich und selbstständig entwickeln sowie zur Gesellschaft beitragen und an ihr teilhaben kann. Dies gilt in spezieller Weise im Blick auf Menschen in besonders verletzlichen beziehungsweise benachteiligten Lebenslagen. Die Botschaft der Bibel rückt arme, benachteiligte und ausgegrenzte Menschen immer wieder in den Blick. Und sie besteht darauf, dass gerade auch benachteiligte Menschen ein Recht auf ein Leben in Würde und auf Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben haben. Die Diakonie sieht daher Prävention und Gesundheitsförderung mit benachteiligten Kindern und Jugendlichen als wichtige diakonische Aufgabe an.

## 2. Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen als Problem

### Gesundheitliche Lage

Die überwiegende Zahl der Kinder und Jugendlichen ist gesund, Kinder und Jugendliche sind vergleichsweise selten krank, Mädchen noch seltener als Jungen. Zahlreiche Studien belegen, dass Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien deutlich höheren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind.

Eine große Bedeutung kommt psychischen und psychosomatischen Störungen zu. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang aggressives und dissoziales Verhalten, Ängstlichkeit und Depressivität sowie Unaufmerksamkeit und motorische Unruhe.

Hinsichtlich des gesundheitsriskanten Verhaltens von Kindern und Jugendlichen ist das Bild uneinheitlich. So ist zwar der regelmäßige Alkoholkonsum von Jugendlichen in Deutschland weiter rückläufig, aber das „Rauschtrinken“ ist ein gesundheitlich relevantes Problem (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2011).

Die häufigste Todesursache im Kindes- und Jugendalter stellen Unfälle dar, dabei ist die Zahl tödlicher Unfälle in den letzten zwei Jahrzehnten kontinuierlich zurückgegangen, die Zahl der schweren Verletzungen bei Unfällen jedoch gestiegen. Hinsichtlich Adipositas sprechen die vorliegenden Daten für eine Zunahme: Ein höheres Risiko haben Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus, Kinder mit Migrationshintergrund und Kinder übergewichtiger Mütter. Dabei sind Kinder im schulpflichtigen Alter besonders betroffen.

Positiv wird die Zahngesundheit beurteilt, die sich in den letzten Jahren erheblich verbessert hat. Bei chronischen Krankheiten wie Neurodermitis und Allergien legen die vorhandenen Daten eine Zunahme nahe.

Insgesamt sprechen die Daten für einen guten gesundheitlichen Status der meisten Kindern und Jugendlichen, verbunden mit Tendenzen einer Veränderung der Krankheitsspektrens von

akuten zu chronischen Krankheiten und von körperlichen Krankheiten zu psychosomatischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten. Diese Tendenz wird mit dem Begriff der „Neuen Morbiditäten“ bezeichnet.

### Gesundheitliche Ungleichheit

Die Verteilung gesundheitlicher Störungen steht mit dem Gesundheitliche Ungleichheit System sozialer Ungleichheit in Beziehung. Kinder aus armen und sozial benachteiligten Familien sind häufiger und schwerer erkrankt als ihre Altersgenossen. Sie fühlen sich häufiger krank (Magenschmerzen, Schlaflosigkeit) und leiden überdurchschnittlich oft an Sehstörungen, Sprachauffälligkeiten, Adipositas, verminderter Beweglichkeit, psychischen Erkrankungen und emotionalen und sozialen Störungen. Sie sind höheren Umweltbelastungen ausgesetzt, werden schlechter ernährt und bewegen sich weniger als der Durchschnitt ihrer Altersgenossen.

Besonders fällt die Mehrbelastung durch seelische Störungen und Krankheiten auf. Kinder aus sozial benachteiligten Familien, in denen Eltern aufgrund der Häufung und Wechselwirkung von schlechten sozioökonomischen Bedingungen und psychischer Beeinträchtigung ihren Kindern oft keine sichere und stabile Beziehung anbieten können, zeigen häufiger als der Durchschnitt ihrer Altersgenossen psychische Auffälligkeiten (Robert Koch-Institut/BzgA 2008). Sie haben nicht nur verringerte Chancen, sich als Kinder oder Jugendliche zu entwickeln, sondern auch Schutzfaktoren und Gesundheit fördernde Lebensstile auszubilden. Auch ihre Chancen, einen qualifizierten Bildungsabschluss zu erwerben und wichtige Lebenskompetenzen zu entwickeln, sind geringer.

Armut, Krankheit und Teilhabeeinschränkungen stehen in einem engen Verhältnis zueinander. Materielle beziehungsweise umweltbezogene Belastungen (zum Beispiel Einkommenshöhe und Wohnverhältnisse), der Zugang und die Form der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, psychosoziale (wie mangelnder sozialer Rückhalt, mangelnde elter-

liche Zuwendung und anderes) und verhaltensbezogene Faktoren (zum Beispiel Ernährung) gelten als Risikofaktoren, wobei der sozialen Lage (Armutslage) ein großes eigenständiges Gewicht bei der Bestimmung der gesundheitlichen Chancen zukommt. Für die Betrachtung der gesundheitlichen Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen ist zudem wichtig, dass sich soziallyagenbedingte Risiken in den Habitus der Aufwachsenden verlängern.

Die Lebenslage der Eltern ist – zusammenfassend formuliert – der entscheidendste Bestimmungsfaktor für die Gesundheitschancen der Kinder und Jugendlichen: Arbeitslosigkeit, ein niedriger Bildungsgrad sind neben weiteren Faktoren – immer zusammen mit materieller Armut – die entscheidenden Determinanten.

Zugleich ist zu beachten, dass vulnerable Lebenslagen sehr komplexe Konstellationen sind, die sich nicht auf wenige Faktoren reduzieren lassen. Gesundheitliche Ressourcen der Familie, der Person und soziale Netzwerke spielen als moderierende Faktoren eine wichtige Rolle. Zielgruppen mit einem hohen Bedarf an Gesundheitsförderung und Prävention sind neben einkommens- und bildungsarmen Eltern (vergleiche hierzu die Publikationen des Netzwerks „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“) insbesondere

- junge und kinderreiche Familien
- Familien mit einem alleinerziehenden Elternteil
- Familien mit Migrationshintergrund
- Familien mit gesundheitlichen Belastungen
- sozial isolierte Familien

## **Strategien für gesundheitliche Chancengleichheit**

Vor dem Hintergrund des skizzierten Zusammenhangs zwischen Lebenslage, Gesundheit und selbstbestimmter Teilhabe sind drei grundlegende Strategien zum Abbau gesundheitlicher Chancengleichheit bei Kindern und Jugendlichen zu unterscheiden (vergleiche Mielck und andere 2002):

- Die Verminderung der sozialökonomischen Ungleichheit durch Anhebung des Lebensstandards von Kindern in den unteren sozioökonomischen Gruppen. Diese Strategie wird in den Gesundheitswissenschaften als die vermutlich auch für den Erfolg der beiden anderen Strategien von entscheidender Bedeutung bewertet.
- Interventionsmaßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit aller Kinder ohne besondere Berücksichtigung von Kindern in Armutslagen (universalistische Strategien).
- Interventionen, die speziell auf die Verbesserung der Gesundheit der Kinder in den unteren sozioökonomischen Gruppen zielen (selektive Strategie).

Die Diakonie plädiert für eine Kombination der drei Ansätze. So setzt sie sich in ihrem sozialpolitischen Engagement entschieden für den Abbau der Kinderarmut und anderem ein (Strategie 1). Universell ausgerichtete präventive und andere gesundheitspolitische Maßnahmen können, da der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit durchgängig gegeben ist, auch einen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit leisten (Strategie 2). Zugleich sind jedoch für die Kinder und Jugendlichen in den deutlichsten Armutslagen und größten Gesundheits- und Teilhabeeinschränkungen ausgerichtete Programme notwendig (Strategie 3). Vor dem Hintergrund der Vielfältigkeit dieser Gruppen ist es wichtig, Aktivitäten in der Prävention und Gesundheitsförderung immer an die Bedürfnisse der Zielgruppen anzupassen und die Vielfalt innerhalb der Zielgruppen nicht aus den Augen zu verlieren.

### 3. Gesundheit, Teilhabe und Verwirklichungschancen – konzeptionelle Aspekte von Prävention und Gesundheitsförderung

Die Diakonie stellt Gesundheit in den Kontext von sozialer (Chancen-)Gleichheit und Teilhabe. Dieses Verständnis beruht auf einem in jüdisch-christlicher Tradition verankerten ganzheitlichen Begriff von Krankheit, der Krankheit als Einschränkung von Handlungsmöglichkeiten und sozialen Bezügen versteht. In der Perspektive evangelischer Ethik sind Maßnahmen im Bereich von Gesundheit beziehungsweise Krankheit immer auch daran zu messen, inwiefern sie Freiheit zum selbstbestimmten Leben ermöglichen und soziale Teilhabe nachhaltig sichern.

Diese gegenüber einem alltäglichen Verständnis von Gesundheit, das auf individuelles Befinden ausgerichtet ist, vielleicht irritierende Perspektive fragt nach individuellen und sozialen Bedingungen, die Krankheitsrisiken senken und gesundheitliche Ressourcen fördern. Sie fragt danach, wie ein hochgradig differenziertes Gemeinwesen gestaltet werden kann, um den Kindern und Jugendlichen ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. Die Diakonie plädiert dabei für ein Zusammenwirken privater, familialer sowie öffentlicher Verantwortung, orientiert an dem Recht von Kindern und Jugendlichen auf eine bestmögliche Förderung der Gesundheit ( Artikel 24 UN-KRK) und auf Förderung, Hilfe und Schutz sowie Teilhabe (SGB VIII).

#### Ottawa-Charta

Für das Verständnis von Gesundheit und Prävention greift die Diakonie auf die Ottawa-Charta zurück. Prävention ist seit Ottawa sowohl Belastungssenkung als auch „Ressourcenstärkung“, sie verbindet die individuelle Kompetenzentwicklung mit der Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen. Im Mittelpunkt eines modernen Präventionsverständnisses steht die Partizipation der Menschen, um deren Gesundheit es geht. „Gesundheitsförderung“ wurde mit der Ottawa-

Charta der Weltgesundheitsorganisation (1986) zu einem Schlüsselbegriff. Neben die pathogenetische Frage nach dem, was krank macht, tritt die salutogenetische<sup>1</sup> Frage: „Was hält die Menschen gesund?“

Die Ottawa-Charta formuliert, Gesundheit entstehe dadurch, „dass man für sich und für andere sorgt, dass man in der Lage ist, selber Entscheidungen zu fällen und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen. Gesundheit wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“.

Den salutogenetischen Perspektivenwechsel aufnehmend, entwickelte sich in Public Health, Sozialepidemiologie und Sozialmedizin ein Ressourcen-Belastungsmodell, in dem Gesundheit beziehungsweise Krankheit das Ergebnis einer dynamischen Interaktion von Belastungen einerseits und Bewältigungsmöglichkeiten andererseits ist. Gesundheit ist kein statischer Zustand, sondern „eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung“ (Badura/ Hehlmann 2003: 18). Ganz in diesem Sinne hat Badura (1983: 40) den Begriff des „psychosozialen Immun- und Bewältigungssystems“ geprägt.

Damit alle Menschen das ihnen höchstmögliche Maß an Gesundheit verwirklichen können, zielt Gesundheitsförderung darauf, mehr Selbstbestimmung über die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen zu schaffen. Die Ottawa-Charta fordert die Entwicklung einer sektoren-übergreifenden gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, die Entwicklung persönlicher Kompetenzen und die Neuorientierung der Gesundheitsdienste (präventiv- und klientenorientiert).

<sup>1</sup> Diese Fragestellung geht auf die Forschungen des Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1923-1994) zurück (wortursprünglich: „Salus“, lat. Unverletzlichkeit, Heil, Glück; „Genese, griech.: Entstehung; Gegensatz: „Pathogenese“ als Entstehungsprozess von Krankheit).



Eine an der Ottawa-Charta orientierte Präventionspolitik wird sich an den wichtigsten Bestimmungsfaktoren von Gesundheit ausrichten. Die britischen Gesundheitswissenschaftler Marmot und Wilkinson (1999) zählen zu den zehn wichtigsten Faktoren Armut und soziale Ausgrenzung, Arbeitslosigkeit, soziale Unterstützung und sozialer Zusammenhalt und das psychosoziale Arbeitsumfeld.

### **Lebensbedingungen gesundheitsförderlich gestalten**

Für die Ottawa-Charta ist Gesundheit ein bio-psycho-sozialer Sachverhalt, der sowohl individuelle als auch soziale Dimensionen hat. Deshalb ist der Settingansatz ein Schlüsselement moderner Prävention: Gesundheit und Krankheit entstehen in der alltäglichen Lebenswelt der Menschen und ihren Sozialräumen. Die Lebensbedingungen gesundheitsförderlich zu gestalten heißt insbesondere, das Augenmerk auf die Lebenslage von Menschen zu legen, die den größten Belastungen ausgesetzt sind, aber die geringsten Bewältigungsmöglichkeiten haben. Settings können zudem nicht nur gesundheitsförderlich gestaltet werden, sie sind auch die geeigneten Rahmen, in denen Personen Kompetenzen entwickeln und erproben können. Im Setting-Ansatz können verhältnis- und verhaltenspräventive Elemente miteinander verbunden werden, wenn die Stärkung individueller Potenziale zur Strukturentwicklung durch Partizipation beiträgt. Verhaltens- und Verhältnisprävention verlangen ein partizipatives Vorgehen, denn Prävention und Gesundheitsförderung sind nur mit und nicht ohne oder gegen diejenigen zu machen, um deren Gesundheit es geht.

Präventive Strategien können sich in manchen Feldern zwar auch darauf beschränken, Gesundheitsbelastungen (zum Beispiel schlechte Ernährung, Rauchen, chemische Belastungen) zu beeinflussen. „Meist wird es jedoch auch darauf ankommen, zugleich die Vermehrung von gesundheitsdienlichen Ressourcen (zum Beispiel Selbstbewusstsein, Information, Bildung, Einkommen, angemessene Partizipation, Verhaltensspielräume, Unterstützung durch soziale Netze, Erholung) der betroffenen Individuen beziehungsweise der Zielgruppen anzustreben“ (Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR 2000/2001: 25).

Prävention und Gesundheitsförderung in dem hier verstandenen Sinne kann nur interdisziplinär und ressortübergreifend realisiert werden, sie überschreitet eingespielte berufliche und organisatorische Differenzierungen. Sie wertet unspezifische Interventionen auf, denn die Beeinflussung von Fakto-

ren, die weit entfernt von direkten Krankheitsursachen liegen, hat einen nicht minder großen gesundheitsfördernden Effekt als die Modifizierung enger Kausalfaktoren.

Die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen ist kein Anliegen, das auf die Prävention beschränkt ist, auch in Kuration (Heilung), Pflege und Rehabilitation kommt es darauf an, individuelle Kompetenzen und soziale Ressourcen zu stärken. In diesem Sinne ist Gesundheitsförderung ein Querschnittaspekt der Gesundheitssicherung.

### **Gesundheit und Verwirklichungschancen**

Gesundheit ist Voraussetzung dafür, dass Menschen ihre „Verwirklichungschancen“ wahrnehmen. Auf dieses auf den Wirtschaftswissenschaftler Amartya Sen (Sen 2007) zurückgehende Konzept bezieht sich auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung im Gesundheitswesen in seinem Sondergutachten (SVR 2009) sowie die Reichtums- und Armutsberichterstattung der Bundesregierung. Die Grundidee besteht darin, dass individuelle Potenziale und soziale Chancen aufeinander bezogen werden. Auf diese Weise werden im Konzept der Verwirklichungschancen Gesundheit und Teilhabe, sozialstrukturelle Aspekte (soziale Verhältnisse) und Handeln vermittelt.

So wie gesundheitliche Einschränkungen die Verwirklichungschancen beschränken können, verschlechtern Defizite in den Verwirklichungschancen die Bewältigung der emotionalen, sozialen, kognitiven, sensorischen und motorischen Entwicklungsaufgaben.

### **Gesundheit und Sozialräume**

Prävention und Gesundheitsförderung sind auch sozialräumlich auszurichten. Der Sozialraum ist ein unter anderem durch die soziale Schichtung bestimmter Erfahrungs-, Bedeutungs- und Handlungszusammenhang und zugleich politisch oder administrativ definierte Steuerungs- oder Versorgungsregion.

Der Sozialraum ist ein gesundheitsförderlich zu gestaltendes Setting und in ihm findet verhältnis- und verhaltensbezogene Prävention statt. Sozialraumbezogene Präventionspolitik steht vor der besonderen Aufgabe, unterschiedliche (staatliche und nichtstaatliche) Handlungsebenen, Akteure und Ressorts zu einer übergreifenden Zusammenarbeit zu bringen – und dabei den Grundsatz der Partizipation zu beachten.

Für die Prävention bei Kindern und Jugendlichen bedeutet dies, dass die Kinder- und Jugendhilfe, der Gesundheitsbereich, Sozialversicherungsträger und die weiteren Akteure vor Ort kooperieren müssen. Die rechtlichen und finanziellen Rahmen hierfür sind zu setzen.

Fachlich und politisch notwendig ist hierzu eine regionale Gesundheitsberichterstattung, die die sozialräumliche Dimension beachtet. Elemente einer sozialräumlichen Strategie der Gesundheitsförderung sind unter anderem die Verbindung gesundheits- und sozialpolitischer Themen, die Entwicklung lokaler, handlungsfeldübergreifender Handlungspläne, die Berücksichtigung von Ressourcen und Defiziten vor Ort, die Formulierung realistischer Ziele und Schwerpunktsetzungen, die Partizipation der Zielgruppen und die besondere Beachtung der Bevölkerungsgruppen mit den meisten Problemen. Ein klares politisches Bekenntnis des

Gemeinwesens zu Prävention und Gesundheitsförderung ist Voraussetzung des Prozesses.

Die Diakonie, die wie nur wenige andere Institutionen fast flächendeckend in den Sozialräumen verankert ist, bietet auch in der Praxis ihre Kooperationsbereitschaft an.

Als Gemeinwesendiakonie setzt sie sich für benachteiligte Stadtteile ein, plädiert für eine Stärkung der Gemeinwesenarbeit und für die Kooperation der Akteure über Handlungsfeldgrenzen hinweg (vergleiche Handlungsoption Gemeinwesendiakonie, Diakonie Texte 12.2007). Sie setzt sich entschieden dafür ein, dass die Projekte der „Sozialen Stadt“ weitergeführt – und in diesen Projekten soziale und gesundheitliche Fragen, auch im Sinne der Gesundheitsförderung, aufeinander bezogen werden. Diakonische Dienste und Einrichtungen nehmen in vielen Versorgungsregionen Strukturverantwortung wahr.

## 4. Konzeptionelle, politische, sozialrechtliche und finanzielle Probleme von Prävention und Gesundheitsförderung

Zahlreiche Probleme der Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen betreffen die strukturellen Bedingungen, unter denen Prävention stattfindet. Die „Präventionslandschaft“ ist aus Sicht der Diakonie in vielen Hinsichten kritisch zu bewerten.

Auf der einen Seite gibt es eine Vielzahl von in unterschiedlichsten Settings arbeitenden qualifizierten Projekten der Gesundheitsförderung. Mit dem Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, den Landesarbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung, den „Regionalen Knoten“, dem Engagement der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und vieler weiterer Akteure, unter anderem den Kranken- und Unfallkassen und in enger Kooperation mit den Gesundheitswissenschaften hat sich ein breites, erfahrungsgesättigtes und öffentlich zugängliches Wissen zu guter Praxis in der Gesundheitsförderung entwickelt. Auf der anderen Seite sind – vornehmlich systemisch bedingt – zahlreiche und miteinander verbundene Defizite festzustellen. Es sollen folgende Probleme herausgehoben werden:

### ■ Mangelnde Kooperation und Zielorientierung

Die „Präventionslandschaft“ ist dadurch gekennzeichnet, dass keine bundesweiten, verbindlichen, trägerübergreifenden, fachlich reflektierten und politisch verantworteten Aussagen zur konzeptionellen Ausrichtung, zu primären Zielgruppen und zur Formulierung nationaler Präventionsziele und -strategien existieren. Zahlreiche Präventionsangebote sind so ausgerichtet, dass sie die Zielgruppen der sozial benachteiligten Menschen nicht erreichen.

- Der Setting-Ansatz wird oft nur unzureichend verwirklicht  
Obwohl es durchaus auch sehr gute Beispiele settingbezogener Prävention gibt, wird doch oftmals vom Setting abstrahiert, oder das Setting wird nur benutzt, um im Setting zu informieren, ohne das Setting selbst zu verändern. Diese Praxis wird – zusammen mit der mangelnden Zielorientierung – dem Anspruch einer lebenslagenbezogenen Prävention nicht gerecht.

### ■ Fehlende Kontinuität und „Projektitis“

Ein Grundproblem zahlreicher präventiver Aktivitäten besteht darin, dass sie entweder Kurscharakter haben oder als Projekt zeitlich eng begrenzt sind. Projekte haben in der Gesundheitsförderung durchaus ihren Sinn, aber sie dürfen die Verwirklichung dauerhafter, im Setting realisierter gesundheitsfördernder Strukturen nicht ersetzen. Deshalb ist fachlich und politisch zu entscheiden, welche präventiven Erfahrungen sich bewährt haben und aus diesem Grunde regelhaft verankert werden müssen.

### ■ Probleme der Qualitätssicherung

Auch hier stellt sich das Bild zwiespältig dar, denn einerseits haben die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzG), die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ plausible Qualitätsstandards formuliert. Da jedoch die Standards nicht verbindlich trägerübergreifend formuliert sind, ist ihre Geltung begrenzt.

### ■ Mangelnde Transparenz in Bezug auf Mittelaufbringung, Verteilung der Ressourcen, Wirksamkeit und unzureichende Finanzierungsstrukturen

Wie die „Präventionslandschaft“ im Allgemeinen, so ist auch ihre Finanzierung zersplittert und intransparent, die Träger präventiver Aktivitäten, die sich nicht inhaltlich koordinieren, stimmen auch die Mittelverwendung nicht miteinander ab. Welche Akteure auf welcher Ebene Präventionsausgaben tätigen, unterliegt einer naturwüchsigen Dynamik. Das bedeutet auch, dass der Mitteleinsatz keinen fachlich verständigen, Präventionszielen verpflichteten Programmen folgt. Damit kann auch eine Wirksamkeit nicht beurteilt werden. In fachlicher Hinsicht ist die Mittelverwendung in mancher Hinsicht problematisch: So zeigt der Präventionsbericht 2010 (für das Jahr 2009) der gesetzlichen Krankenkassen (MDS/GKV 2010), dass für die Kursprogramme („Individueller Ansatz“) 252,252 Millionen Euro aus dem Budget des § 20 SGB V, für die lebenslagenbezogene, das heißt dem Settingansatz verpflichtete Prävention (ohne Betriebliche Gesundheitsförderung) 18,815 Millionen

Euro ausgegeben wurden. Die Präventionsarbeit wird zudem oftmals an die Projektform gebunden. In den Projekten wird die stets eingeforderte personal- und zeitintensive Netzwerkarbeit oftmals nicht ausreichend finanziert. Die „Regionalen Knoten“, die wichtige Beratungs-, Informations-, und Steuerungsaufgaben haben, sind chronisch unterfinanziert.

- Paternalistische Kultur der moralisierenden Eigenverantwortung: Prävention und Gesundheitsförderung haben das Ziel, möglichst vielen Menschen ein möglichst langes und selbstbestimmtes Leben in Gesundheit zu ermöglichen. Dies verlangt, dass die Lebenspraxis von Menschen in schwierigen Lebenslagen in der Gesundheitsförderung nicht nach moralischen Kriterien verurteilt, sondern als – mitunter problematische – Form der Lebensbewältigung anerkannt wird. In diesem Sinne verwahrt sich die Diakonie dagegen, dass fragwürdige Normalitätsannahmen unreflek-

tiert in die fachliche und politische Praxis eingeführt und Menschen einem Etikett subsumiert werden. Die Diakonie verwahrt sich gegen einen Diskurs des „blaming the victims“, und setzt stattdessen darauf – im Sinne des Ansatzes der Verwirklichungschancen – soziale Lebensverhältnisse gesundheitsfördernd zu gestalten und Menschen darin zu unterstützen, ihr Leben nach ihren Wünschen zu gestalten. Diese, die „Präventionsfalle“ durch exkludierende Stigmatisierung vermeidende Haltung von Gesundheitsförderinnen und Gesundheitsförderern ist Erfolgsbedingung und Element guter präventiver Praxis. Gesundheitsförderung hat die Aufgabe, individuelle Kompetenzen und Ressourcen zu stärken und zugleich die Lebensbedingungen gesundheitsförderlich so zu gestalten, dass eine gesunde Lebensführung für alle Menschen lebbar ist. Die Beachtung der lebenspraktischen Autonomie und die Stärkung der Partizipation erweisen sich so als der Dreh- und Angelpunkt von Theorie und Praxis moderner Gesundheitsförderung.

## 5. Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe

Die Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen ist kein einheitliches System mit definierten Grenzen, sondern ist unterschiedlichen Sozialsystemen und Organisationen zugeordnet, die unterschiedlichen fachlichen Kriterien, politischen Zielen, rechtlichen Regulierungen und Finanzierungssystemen folgen, ein Sachverhalt, der oftmals mit dem Begriff „Versäulung“ bezeichnet wird.

Es ist ein wesentliches Anliegen der Diakonie, Defizite der Kooperation und Koordination in fachlicher, rechtlicher und finanzieller Hinsicht zu beheben. Insbesondere ist die Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem zu verbessern.

Die Komplexität steigend kommt hinzu, dass Prävention und Gesundheitsförderung häufig sehr unterschiedliche Aufgaben zugeordnet werden, die mit den Begriffen „Förderung“, „Hilfe“ und „Schutz“ bezeichnet werden. An einem Ende eines gedachten Kontinuums steht dabei die verhaltens- und verhältnisorientierte Förderung von Kindern, Jugendlichen und Familien beziehungsweise ihrer Settings, am anderen Ende bei Kindeswohlgefährdung der staatliche Schutzauftrag. Mit diesem wird sich das vorliegende Papier nicht beschäftigen. Auch werden an dieser Stelle – obwohl es zweifellos ein wichtiges Thema ist – Gefährdungen und Folgen von häuslicher Gewalt nicht behandelt.

Die Diakonie wendet sich dagegen, dass die erforderliche bessere Kommunikation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und anderen Akteuren zunehmend durch die Kontrollperspektive der Kindeswohlgefährdung dominiert wird. Die letztere stellt nur einen – durchaus sehr wichtigen – Baustein einer umfassenden Präventionsstrategie dar.

Das Thema Prävention und Gesundheitsförderung ist in den letzten Jahren in den Einrichtungen und Diensten der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe verstärkt aufgenommen worden. In einer Vielzahl von Angebotsformen, in erster Linie über Aufklärung, gesundheitspädagogische Projekte und eingebettete Gesundheitsförderung werden verschiedene gesundheits-

liche Themen behandelt. Dabei sind die Grenzen zwischen Information und Aufklärung, gesundheitspädagogischen Projekten und Aktionen, gesundheitspädagogischer Prävention und Gesundheitsförderung fließend.

Einrichtungen und Dienste der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe stellen ein sehr gutes Setting für Prävention und Gesundheitsförderung dar, weil Angebote meist niedrigschwellig organisiert sind und damit das Potenzial haben, auch sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche zu erreichen.

Darüber hinaus besteht eine große konzeptionelle Nähe zwischen Prävention und Gesundheitsförderung und der Sozialarbeit. Konzepte wie Empowerment, Sozialraumbezug, Partizipation, interkulturelle Sensibilität und Lebenslaufperspektive spielen in der sozialen Arbeit eine wichtige Rolle und können für das Thema Gesundheit genutzt werden. Die in der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe verbreiteten sozialisationstheoretisch begründeten Konzepte der Entwicklungsaufgaben und der Förderung und Stärkung der Lebensbewältigungskompetenzen stehen in unmittelbarer Nähe zu modernen Konzepten der Gesundheitsförderung.

Durch die Verwirklichung zentraler fachlicher Konzepte der Kinder- und Jugendhilfe wird vielerorts in der Praxis eine „implizite Gesundheitsförderung“ betrieben (vergleiche auch: [www.Gesundheitsziele.de](http://www.Gesundheitsziele.de)). Dies geschieht, obwohl das SGB VIII den Begriff der Gesundheitsförderung nicht kennt, jedoch die Kooperationsverpflichtungen zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und den Einrichtungen und Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (nach § 81 Pkt. 3 SGB VIII).

Trotz dieser insgesamt beachtlichen Bilanz besteht weiterer Entwicklungsbedarf:

- Problematisch ist, dass, wie auch sonst in der „Präventionslandschaft“, viele Angebote in Projektform angelegt sind und oft keine langfristige Verknüpfung finden. Auffallend ist weiterhin, dass Angebote häufig „aus dem Bauch heraus“ geplant werden, ohne auf bestehende Best-Practice-

Beispiele zurückzugreifen. In Anknüpfung daran ist auch die Qualitätssicherung und Evaluation präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen als mangelhaft zu beurteilen. Hilfestellungen können in diesem Zusammenhang die „Regionalen Knoten“ des Kooperationsverbandes „Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte“, die Landesvereinigungen für Gesundheit sowie die BZgA geben. Zusammen mit ihnen kann auch die Weiterbildung der Mitarbeitenden vor Ort, auch für die Problematik gesundheitliche Chancengleichheit, betrieben werden.

- Nach § 81 SGB VIII ist eine Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe mit Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens vorgeschrieben. Eine solche Kooperation findet derzeit vor allem in Kindertageseinrichtungen statt, bedarf also noch eines Ausbaus. Aber auch die Entwicklung von Kooperationsstrukturen in der Prävention ist eine Aufgabe, die das Feld der Kinder- und Jugendhilfe bei Weitem überschreitet und grundsätzlich neu geregelt werden muss. Netzwerkarbeit ist in der Prävention und Gesundheitsförderung von großer Bedeutung, eine Verzahnung mit dem Gesundheitssystem vor allem im Bereich „Frühe Hilfen“ ist notwendig.

## 6. Gesundheit, Teilhabe und präventive Aufgaben nach Altersgruppen und spezifischen Zielgruppen

In fachlicher Hinsicht sind bei der Ausgestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung nicht nur die gesetzlichen Ausdifferenzierungen des SGB VIII in den Arbeitsfeldern der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe, sondern unter dem salutogenetischen Blick auch die Orientierung an altersgruppenspezifischen Entwicklungsthemen, wie sie der 13. Kinder- und Jugendbericht (Deutscher Bundestag 2009) vorgenommen hat, hilfreich. Allerdings dürfen neue Präventionsansätze dabei nicht auf eine Altersphase beschränkt bleiben. Gerade sozial benachteiligte Jungen und Mädchen brauchen in ihrer Entwicklung eine Verzahnung gesundheitsfördernder Ansätze längs des Altersverlaufs (vergleiche Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, 2011).

Heranwachsende benötigen besondere Unterstützung an biografischen Übergängen:

- Phase rund um die Schwangerschaft
- Eintritt in den Kindergarten
- Übergang zwischen Kindergarten und Grundschule
- Übergang zwischen Grundschule und weiterführender Schule
- Berufsfindung und Eintritt ins Berufsleben

Die folgende Tabelle skizziert die gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen von Kindern und Jugendlichen (aus: Gesundheit Berlin-Brandenburg 2011, S. 15, nach dem 13. Kinder- und Jugendbericht). Auf einige der hier angedeuteten Herausforderungen für die Prävention wird im Folgenden eingegangen.

| Altersphase              | Entwicklungsthema  | Beispiele für die Wirkung sozialer Benachteiligung  | Unterstützung für eine erfolgreiche Entwicklung  |
|--------------------------|--|---|--|
| unter 3-Jährige          | Bindung und Autonomie  | Soziale Belastungen der Eltern können verhindern, dass einfühlsam auf die Signale des Kindes eingegangen wird. Das Kind erlebt nicht, dass auf seine Signale positiv reagiert wird. Es entsteht keine vertrauensbildende Bindung. | Niedrigschwellige Angebote zur Stärkung der Elternkompetenz; unterstützende Netzwerke, die Eltern helfen und sie befähigen.  |
| 3- bis unter 6-Jährige   | Sprechen, Bewegen und soziale Achtsamkeit                      | Ein verkehrsreiches Umfeld, wenig oder belasteter öffentlicher Raum schränken den Bewegungsdrang des Kindes ein; Sprachlosigkeit der Eltern; hoher TV-Konsum; fehlender Kontakt zu Gleichaltrigen.                                | Früher Kindergartenbesuch; zugewandte Erzieherinnen und Erzieher fördern die Jungen und Mädchen und ermöglichen ihnen, eigene Bedürfnisse und Empfindungen zu erkennen, zu formulieren und sich auf die Bedürfnisse anderer einzulassen. |
| 6- bis unter 12-Jährige  | Aneignen und Gestalten, Beziehungen eingehen und sich bewähren | Kinder erleben in der Schule Misserfolge und fühlen sich den Leistungserwartungen nicht gewachsen; es besteht kein familiärer Zusammenhalt; Eltern sind gegenüber der Situation der Kinder in der Schule gleichgültig.            | Jungen und Mädchen werden in der Schule individuell gefördert und haben die Möglichkeit, ihre Fähigkeiten zu entdecken und zu erproben.  |
| 12- bis unter 18-Jährige | Körper spüren, Grenzen suchen, Identität finden                | Keine ausreichende Unterstützung, um eine positive Lebens- und Berufsperspektive zu entwickeln; es fehlen Freiräume und Angebote, in denen sich Jungen und Mädchen ausprobieren und ihre Grenzen und Fähigkeiten testen können.   | Jungen und Mädchen erhalten Orientierung und haben Ansprechpersonen, die ihnen helfen, eigene Vorstellungen und Zukunftsperspektiven zu entwickeln.  |



## 6.1 Gesundheit von Mädchen und Jungen – gendersensible Gesundheitsförderung

Die gesundheitliche Lage und das gesundheitsrelevante Verhalten im Kindes- und Jugendalter folgen einem geschlechtsspezifischen Muster. Forschungsergebnisse zeigen durchgehend konsistente Ergebnisse darin, dass die Mortalität wie auch das Verletzungs-, Unfall- und Vergiftungsrisiko von Jungen deutlich höher ist. Sie sind häufiger verhaltensauffällig und von allergischen Erkrankungen betroffen. Mädchen leiden häufiger unter Schmerzzuständen und haben häufiger emotionale Probleme. In der Adipositasprävalenz gibt es keine Unterschiede. Hinsichtlich des gesundheitsrelevanten Verhaltens sind die Befunde beim Tabakkonsum inkonsistent, dagegen ist deutlich, dass Jungen mehr Alkohol trinken und mehr Sport treiben. Ab der Pubertät erhöht sich die Vulnerabilität der Mädchen und geschlechtsspezifische Formen des gesundheitsrelevanten Verhaltens bilden sich heraus. Gerade in dieser Entwicklungsphase wirken sich Probleme individuell sehr verschieden aus. Die Bewältigungsstrategien scheinen oft geschlechtstypisch zu sein. Jedoch muss man in den letzten Jahren hier eine Veränderung feststellen: Waren Essstörungen bis vor wenigen Jahren noch ein Problem, das fast ausschließlich Mädchen und junge Frauen betraf, werden diese jetzt auch bei Jungen festgestellt. Häufiger als früher werden heute bei Mädchen Drogen- und Alkoholmissbrauch festgestellt. Gewalt ist weiterhin ein eher männliches Phänomen und zwar sowohl auf der Täter- als auch auf der Opferseite. Jungen und junge Männer werden häufiger durch Unfälle verletzt und begehen häufiger Suizid.

Die seltenen Angebote der geschlechtsspezifischen Gesundheitsförderung sind sowohl für Mädchen als auch für Jungen von großer Bedeutung. So ist es immer noch so, dass in der Phase der Selbstfindung innerhalb der eigenen Geschlechtszugehörigkeit Themen leichter und offener besprochen werden können als in heterogenen Settings. Diese Angebote gibt es aber nur vereinzelt in Großstädten. Auch sind sie ständig von Mittelkürzungen bedroht, obwohl ihre Bedeutung unbestritten ist.

Die Diakonie zieht aus den hier nur knapp und ausschnitthaft skizzierten Forschungsergebnissen zwei Schlussfolgerungen:

- Für die Gesundheitsförderung ist es wichtig, dass Kinder und Jugendliche nicht länger als geschlechtsneutrale Wesen behandelt werden. Das Geschlechter-Mainstreaming bedarf Kriterien und Instrumente, die in der Fachdiskussion nicht

hinreichend erörtert sind. Im Anschluss an die Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung (vergleiche auch Kolip, 2009, S. 16 ff.) geht es um die Sensibilisierung der Praxis der Gesundheitsförderung in den Dimensionen der Politik für gesundheitliche Chancengleichheit, der Partizipation der Geschlechter, der Bedeutung von Sex und/oder Gender in der Gesundheitsförderung vor allem bei Jugendlichen, der Konzepte und der Methoden.

- Zugleich ist in fachlicher Hinsicht darauf zu achten, dass nicht geschlechtsbezogene Kategorien äußerlich der Praxis auferlegt werden. Soziale Faktoren können geschlechtsneutral sein oder Geschlechtsunterschiede überlagern oder modifizieren. Beispiele hierfür sind die Rolle des Schultyps für das Rauchen, die Frage des Migrationshintergrunds für den Alkoholkonsum und die soziale Lage für das Ernährungs- und Bewegungsverhalten.

## 6.2 Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund

Der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (Robert Koch-Institut 2008) folgend sind Kinder mit Migrationshintergrund in einigen Bereichen stärkeren, in anderen geringeren oder ähnlichen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt. Innerhalb des Aggregats der Migrantenkinder gibt es große gesundheitliche Unterschiede: So sind Kinder binationaler Eltern vergleichbaren Belastungen ausgesetzt wie die Kinder ohne Migrationshintergrund. Lebensstilbezogene Faktoren wirken als Schutz- oder Risikofaktor, geschlechtsspezifische Merkmale scheinen stärker zu wirken. Große Bedeutung kommt der Soziallage bezogen auf die Gesundheit der Familien mit Migrationshintergrund zu, aber auch migrations- beziehungsweise kulturspezifische Faktoren wirken. Über die niedrige Schichtenlage, in der überproportional viele Familien mit Migrationshintergrund leben, sind sie in ihren Gesundheitschancen benachteiligt.

Für die Präventionspolitik und -arbeit ergeben sich aus den Forschungsergebnissen drei Schlussfolgerungen:

- Erstens führen die sozial-, gesundheits- und präventionspolitischen Maßnahmen, die sozial benachteiligte Menschen erreichen, auch zu besseren Gesundheitschancen der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund.
- Zweitens sind etwaige kulturelle Differenzen (zum Beispiel unterschiedliche Ernährungsgewohnheiten) in der Präven-



tion zu beachten sowie direkte oder indirekte institutionalisierte Diskriminierungen zu vermeiden<sup>2</sup>

- Dabei ist jedoch drittens zu vermeiden, dass soziale Faktoren kulturalisiert (und damit umgedeutet werden) werden, denn sie sind oftmals mit dem sozialen Status verbunden. Eine an der Lebenslage orientierte und partizipativ ausgerichtete Gesundheitsförderung bei Kindern mit Migrationshintergrund ist eine notwendige Erfolgsbedingung.

### 6.3 Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern bis zu drei Jahren

Im Säuglings- und Kleinkindalter werden die wichtigsten Grundlagen für die Entwicklung eines Kindes gelegt. Häufig fehlen Eltern Informationen bezogen auf die Gestaltung des Tagesrhythmus, die Schlafphasen des Kindes, die Ernährung, die spielerischen Anregungen und so weiter. Die Entwicklungsphasen ihres Kindes sind ihnen oft sehr fremd. Verhaltensauffälligkeiten werden meistens erstmalig im Kindergarten oder in der Schule sichtbar, sie haben ihren Ausgangspunkt aber in vielen Fällen schon im Säuglings- und Kleinkindalter.

Es hat sich gezeigt, dass es am wirkungsvollsten ist, wenn Eltern möglichst frühzeitig unterstützt werden. Insofern wird unter dem Aspekt der Prävention intensiv diskutiert, wie die „Frühen Hilfen“ in der Verbindung zwischen der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe, dem Gesundheitsbereich und anderen Einrichtungen und Diensten auszugestaltet sind.

Die „Frühen Hilfen“ haben sich aus dem Gedanken heraus entwickelt, Eltern möglichst früh in der Wahrnehmung ihrer Erziehungsverantwortung zu unterstützen und gleichzeitig Kinder frühzeitig vor möglichen Gefährdungen in ihrer Entwicklung zu schützen. So hat sich in den Ländern ein Geflecht unterschiedlicher Angebote entwickelt.

In der Fachdiskussion hat sich ein Konsens für ein mehrstufiges System, das aus folgenden Elementen besteht, herausgebildet, dem sich die Diakonie anschließt:

- Universelle (und primäre) Prävention für alle (werdenden) Eltern:  
„Willkommensinfo“ mit Informationen und Beratungsangebot (auch zu Angeboten der Familien- und Erziehungsbe-

ratung und zu den Leistungen der Krankenkassen), verbunden mit dem Angebot eines Familienbesuchs.

- Selektive (und sekundäre) Prävention durch Hilfsangebote für Familien in Problemlagen: beispielsweise durch die Sozialpädagogische Familienhilfe, Kinderkrankenpflege, Familienpflege, Familienhebammen.
- Bei Gefährdung des Kindeswohls: Übergang zu Maßnahmen zum Schutz des Kindes

Wir verweisen auf die Ausführungen in Kapitel 7.2 und 7.3.

Eine große Chance, Eltern schon frühzeitig Hilfen anbieten zu können, ist die Schwangerenberatung. In der Zeit der Schwangerschaft sind die werdenden Eltern meistens sehr offen für Hilfen, da sie sich für ihr Kind eine positive Lebenssituation wünschen und sich oft überfordert fühlen mit den Aufgaben, die auf sie zu kommen.

In der Beratung kann den werdenden Eltern bei der Gestaltung ihrer Lebenssituation geholfen werden durch Hinweise auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme von staatlichen Hilfen wie Geldern aus der Bundesstiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“ oder in Form von einmaligen Beihilfen von Seiten der JobCenter, durch Wohngeld und Elterngeld oder Klärung von Unterhaltsfragen. Die Beraterin kann je nach Bedarf im Einzelfall auf weitere Beratungsstellen wie Sucht- oder Schuldnerberatung ebenso wie auf Angebote der Familienbildung hinweisen oder den Kontakt zum Jugendamt herstellen, damit die werdenden Eltern bei Bedarf umfassendere Erziehungshilfen wie eine Sozialpädagogische Familienhilfe erhalten. Weitere Ansprechpartner können den Schwangeren vermittelt werden, zum Beispiel eine Familienpatin, die in einigen Regionen ehrenamtlich aktiv ist. Diese Patinnen stehen der jungen Familie, ähnlich wie eine gute Bekannte, zur Seite. Die werdenden Eltern können mit ihr über ihre Probleme reden, erhalten Hinweise auf Hilfsangebote oder werden bei schwierigen Terminen begleitet.

Dabei muss es eine Vernetzung der verschiedenen Hilfsangebote geben, um die angemessene Hilfe leisten zu können. Das Problem dabei ist allerdings immer, dass die bestehenden gesetzlichen Grundlagen mit ihren finanziellen Regelungen, die unterschiedlichen Ausbildungen und die damit verbundenen Arbeitsansätze eine Zusammenarbeit der verschiedenen

<sup>2</sup> Indirekte Diskriminierungen liegen vor, wenn Präventionsprogramme die Bedarfe der Zielgruppe nicht beachten.

Systeme erschweren. Häufig sind die persönlichen Bezüge, die jeweils vor Ort bestehen, ausschlaggebend für die Einrichtungen angemessener Hilfen und es fehlt eine dauerhafte, strukturelle und geregelte Zusammenarbeit von Einrichtungen und Diensten.

Eine solche Zusammenarbeit der verschiedenen Bereiche wie Schwangerschaftsberatungsstellen, Hebammen, Ärzte, Kliniken, Gesundheits- und Jugendämter, Familienbildung, Frühförderstellen, JobCenter, Kindergärten, Schulen, Projekte wie Familienpatinnen ist dringend notwendig.

Zusammenfassend können die Bedingungen einer erfolgreichen Vernetzung „Früher Hilfen“ in elf Punkten zusammengefasst werden (vergleiche Gesundheit Berlin-Brandenburg 2011):

- Bedarfs- und Sozialraumanalyse
- Analyse der Angebote
- Erstellung einer regionalen Kinderschutzkonzeption
- Zentrale Koordinierungsstelle
- Verbindlichkeit
- Ergebnissicherung
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Mittel für Vernetzung
- Qualifizierung
- Öffentlichkeitsarbeit
- Regelangebot

## **6.4 Eltern mit Kindern der Altersgruppen 3 bis 6 und 6 bis 12 Jahre**

Im Alter von drei Jahren bis zum Schuleintrittsalter werden die psycho-physischen Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsthemen, die im Säuglings- und Kleinkindalter gemeistert wurden, erweitert und ausdifferenziert. Hierzu gehören insbesondere die Sprachfähigkeit und die soziale Kompetenz. Ein positiver Entwicklungsverlauf bestimmt einerseits das subjektive Wohlbefinden und die Möglichkeiten der sozialen Teilhabe

und andererseits mündet es in die Schulfähigkeit. Dabei sind Bewegungs-, Sprach- und Sozialentwicklung nicht einfach aufeinanderfolgende Entwicklungsschritte, vielmehr sind sie eng miteinander verknüpft, was die Dynamik dieser Entwicklungsphase, aber auch die damit gegebene Verletzlichkeit der Kinder bedingt (vergleiche [www.berlin.gesundheitfoerdern.de](http://www.berlin.gesundheitfoerdern.de)).

Entwicklungsabweichungen können daher dazu führen, dass die Bewältigung weiterer Entwicklungsaufgaben gefährdet ist. Insofern hat die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben sowohl unmittelbar als auch mittelbar Einfluss auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen sowie auf den Gesundheitsstatus von Kindern – mit bedeutsamen Folgen für die späteren Altersstufen.

So lassen sich für das Kindergarten- und Grundschulalter folgende Risikofaktoren nennen:

- Kindbezogene Faktoren – wie mangelnde soziale Kompetenz, Aufmerksamkeitsdefizite, Schwierigkeiten in der Verhaltens- und Emotionsregulation
- Risikofaktoren, die der Familie zuzuordnen sind – wie geringe Bildung der Eltern, ambivalentes Erziehungsverhalten, finanzielle und psychische Probleme, niedriger sozialer Status, Drogen- oder Alkoholsucht
- Risikofaktoren, die der Umwelt zuzuordnen sind – wie fehlendes soziales Netzwerk, Gewalt im Wohnumfeld.

Schulanfänger müssen zudem Herausforderungen meistern, die sich vom Kindertagesstättenbesuch deutlich unterscheiden. Die Kinder gehen zur Schule (pünktlich und regelmäßig), Räumlichkeiten bieten weniger Rückzugsmöglichkeiten und die Rolle der Lehrkräfte unterscheidet sich deutlich von der einer Erzieherin, die Veränderungen im Leistungsbereich und im sozialen System sind erheblich.

In der pädagogischen Praxis von Kindertageseinrichtungen und Schulen kommt es darauf an, dass diese Risiken erkannt und Entwicklungsmöglichkeiten gezielt gefördert werden. In diesen Aufgaben liegt die Bedeutsamkeit der Fachkräfte in den Kindertageseinrichtungen und Schulen begründet.

Für Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren ist es wichtig, dass sie sich in Kindertageseinrichtungen in einer angstfreien Lernatmosphäre entwickeln können. Dabei ist das Verhältnis zwischen Kind und Erwachsenen von entscheidender Bedeutung. Gefordert ist ein unterstützender Erziehungsstil, der den Kindern die Erfahrungen der Selbstmächtigkeit und Selbst-

wirksamkeit erlaubt. Selbstwirksamkeit wird als Ressource angesehen, die dazu führt, dass sich ein Individuum psychisch gesund entwickeln kann. Partizipation im Sinne von „Entscheidungsteilhabe“ (Hartung 2011) ist nicht nur ein Kinderrecht, Partizipation ist auch ein Schlüssel der Gesundheitsförderung.

Auch wenn in Kindertageseinrichtungen und Schulen bereits gute Konzepte zur Gesundheitsförderung existieren, ist kritisch zu hinterfragen, ob Gesundheitsförderung auch jenseits spezieller Programme umgesetzt wird.

Wesentlich in diesem Zusammenhang sind folgende Aspekte:

- Um Nachhaltigkeit zu erreichen, sollten gesundheitsförderliche Maßnahmen jenseits von Projekten in die Alltagsabläufe von Kindertageseinrichtungen und Schulen integriert werden. Um dieses entsprechend umsetzen zu können, müssen der Stadtteil oder die Kommune diesen Prozess unterstützen.
- die fachliche Sensibilisierung der Fachkräfte (Kindertageseinrichtungen/Schule) durch gezielte Fort- und Weiterbildung in den gesundheitswissenschaftlichen Grundlagen
- das Wissen über die spezifischen Entwicklungsaufgaben und deren Bedeutung für das Wohlbefinden und die Ausdifferenzierung des kindlichen Gehirns
- Bedeutung des Setting-Ansatzes. Gesundheit ist kein abstraktes Ziel, sondern wird im Alltag hergestellt und aufrechterhalten. Altersadäquate Gelegenheiten schaffen, um Kohärenzgefühl und Kompetenzen zu erwerben, die widerstandsfähiger gegen psychosoziale Belastungen machen.
- Kenntnisse darüber, wie Netzwerke gezielt auf- und ausgebaut werden. Kooperationswissen in Bezug auf Gesundheitsdienste, Rehabilitationsdienste und Eingliederungshilfen
- Gesundheitsförderung beginnt bei den Fachkräften: auch ihre Gesundheit ist durch betriebliche Gesundheitsförderung zum Thema zu machen. Hierzu gehört auch, wie der 13. Kinder- und Jugendbericht herausstellt, dass die meist wenig gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen der Fachkräfte verändert werden.

Seitens des Kooperationsverbands „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ wurden zwölf „Good-Practice“-Kriterien für Gesundheitsförderung erarbeitet und auf ver-

schiedene Settings bezogen. Diese Kriterien können auch für die Praxis der Gesundheitsförderung in der Kindertageseinrichtung hilfreich sein, in dem sie auf Fallstricke präventiver Arbeit aufmerksam machen:

- Konzeption und Selbstverständnis
- Zielgruppe
- Innovation und Nachhaltigkeit
- Multiplikatorenkonzept
- Niedrigschwellige Arbeitsweise
- Partizipation
- Empowerment
- Setting-Ansatz
- Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung
- Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung
- Dokumentation/Evaluation
- Kosten-Nutzen-Verhältnis

## 6.5 Jugendliche

Die Altersgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist hoch differenziert und unterliegt einem schnellen kulturellen Wandel. Typisch für das Jugendalter ist die Bildung von Szenen oder Cliquen. Weder diese Szenen noch die Zuordnung der jungen Menschen zu einer Szene ist jedoch statisch, sondern das Jugendalter zeichnet sich gerade dadurch aus, dass die jungen Menschen vielfältige unterschiedliche Lebensentwürfe und unterschiedlichste Verhaltensweisen, Rollen, Szenen kennenlernen und ausprobieren wollen. Sie wollen wissen, wer sie sind und welchen Platz sie in der Gesellschaft haben werden. Dabei suchen sie nach Vorbildern und Orientierung.

Wesentliche Weichenstellungen fallen in diese Zeit des Umbruchs. Die in dieser Phase anstehenden Entwicklungsaufgaben sind verbunden mit einem hohen Stresspotenzial, starken Konflikten mit der eigenen Person, den Eltern und anderen (Autoritäts-)Personen. Auch müssen in dieser Zeit

wichtige Entscheidungen für die Berufswahl getroffen und die entscheidenden Schritte in Ausbildung und Beruf gegangen werden.

Gleichzeitig machen die Offenheit der Zukunft und die Unübersichtlichkeit unserer modernen Welt diese Lebensphase besonders anfällig für Erfahrungen des Scheiterns. So verlassen in Deutschland jedes Jahr etwa acht Prozent eines Altersjahrgangs die Schule ohne Abschluss. Dem vorausgegangen ist oft eine lange Karriere von Schulschwänzen, Krankheiten oder Versagenserlebnissen.

Auch an der nächsten Schwelle, beim Einmünden in Ausbildung und Beruf scheitern viele junge Menschen. 15 Prozent der Bevölkerung bis 35 Jahren erreichen keinen Abschluss des Sekundarbereichs II, der als Mindestniveau angesehen wird für ein Leben ohne Armut und damit für ein gesundes Leben. Verbunden damit besteht immer wieder die Gefahr der Ausbildungs- und Arbeitslosigkeit und damit einhergehend das erhöhte Risiko von psychischer und physischer Krankheit.

Junge Menschen sind auf eine intensive Begleitung und Unterstützung angewiesen. In den allermeisten Fällen finden sie diese hauptsächlich in der Herkunftsfamilie bei ihren Eltern, ansonsten bei Lehrerinnen, Lehrern und anderen „Profis“, weiteren Verwandten, aber auch bei Gleichaltrigen. Diese Erwachsenen sind nun nicht darin gefordert, Entscheidungen für die jungen Menschen zu treffen, sondern diesen bei der Entscheidungsfindung zu helfen und sie bei deren Umsetzung zu unterstützen und zu begleiten.

Die evangelische Jugendhilfe beteiligt sich in vielfältigster Form an der Gestaltung der Ganztagschule oder Ganztagsbetreuung. Gesundheitsförderung wird dort explizit und implizit zum Thema, in Angeboten zu den vielfältigen gesundheitsrelevanten Themen, zur Lebens- und Berufsplanung und in der Gestaltung des Mittagessens, den Sport- und Bewegungsangeboten.

Diese Angebote entwickeln sich seit dem Programm der Bundesregierung zum Ausbau von Ganztagschulen in einem rasanten Tempo kontinuierlich weiter. Aufgrund der schlechten finanziellen Ausstattung dieser Angebote – in der Regel gibt es maximal eine koordinierende Fachkraft und alles weitere wird von Ehrenamtlichen eher zufällig angeboten – bleiben sie aber vielfach hinter den Anforderungen zurück.

Darüber hinaus gibt es Angebote der Diakonie und der evangelischen Jugendhilfe, die unabhängig von der Schule vorge-

halten werden. Von besonderer Bedeutung sind hier die vielfältigen Angebote der Jugendberufshilfe im Übergang von der Schule ins Berufsleben. Diese Angebote richten sich an benachteiligte Jugendliche und somit an die besonders Gefährdeten. In ihnen sind gesundheitsrelevante Themen regelmäßig konzeptionell vorgesehen. Ein zentrales Problem dieser Angebote besteht in ihrer mangelhaften strukturellen Absicherung.

Dennoch hat die Jugendhilfe zahlreiche gute Konzepte und Praxisbeispiele einer lebensweltlich orientierten Gesundheitsförderung in verschiedenen Settings entwickelt. Einige Angebote richten sich im Sinne universeller Prävention an alle, andere an bestimmte Zielgruppen. Im Rahmen der Schulsozialarbeit gibt es vielfältige präventive Angebote, die dem Jugendschutz zuzurechnen sind.

Gesundheitsförderung in der Jugendsozialarbeit dient in der Regel der sozialen, physischen und psychischen Stabilisierung. Typische Formen sind: Selbsterfahrung, Sport- und Fitnessangebote, das Training sozialer Kompetenz, geschlechtsspezifische Angebote, soziale Gruppenarbeit, Elternarbeit. Die Inhalte reichen von Sexualpädagogik, Körpergefühl, Suchtprävention bis zu Ernährung und Bewegung.

Angebote der arbeitsweltbezogenen Jugendsozialarbeit und Jugendberufshilfe verorten sich unmittelbar im betrieblichen Alltag, ihre Themen sind: Ernährung, Kleidung, Umgang mit Krankheiten, Freizeitverhalten und Arbeitsgestaltung, Umgang mit Suchtmitteln und Fragen nach der Lebensperspektive.

Trotz dieser guten Ansätze und Beispiele muss aber festgestellt werden, dass Jugendliche eine vernachlässigte Zielgruppe der Gesundheitsförderung sind – dies ist ein Defizit angesichts der umfassenden Entwicklungsaufgaben und Weichenstellungen in dieser Lebensphase. Die gesundheitsfördernden Angebote für Jugendliche sind zu stark von der Anbieterperspektive geprägt. Damit die Angebote zielgruppen- und bedarfsgerecht entwickelt und umgesetzt werden können, müssen die Jugendlichen in Planung, Umsetzung und Bewertung der Maßnahmen einbezogen werden (Partizipation).

Gesundheitsfördernde Strukturen in den Lebenswelten der Jugendlichen (insbesondere Schule, Ausbildung, Freizeit) müssen aufgebaut und die relevanten Akteure müssen handlungsfeldübergreifend einbezogen werden. Hierbei sind besonders die Schnittstellen zwischen Gesundheitsbereich und Jugendhilfe zu beachten.

Die Jugendhilfe scheitert mit ihren Angeboten oft an strukturellen Hemmnissen. So sind viele Angebote projekthaft und werden in kurzen Abschnitten ausgeschrieben. Das verhindert eine kontinuierliche, verlässliche Zusammenarbeit – sowohl mit den jungen Menschen und ihren Eltern als auch mit den Kooperationspartnerinnen und -partnern in der Schule und im sozialen Umfeld.

Wie oben erwähnt, sind die zentralen Forderungen diejenigen nach ausreichender Unterstützung und Begleitung in der Schule und am Übergang, weitere Forderungen sind die nach Chancengleichheit, die auch zur Verhinderung weiterer Armut in Deutschland aufzustellen sind.<sup>3</sup>

Besonders zu betonen sind an dieser Stelle folgende Punkte:

- Die politischen Rahmenbedingungen sind im Sinne einer gleichberechtigten gesellschaftlichen Teilhabe zu gestalten. Deshalb fordert die Diakonie eine abgestimmte kohärente Jugendpolitik, die die Kinder und Jugendlichen schützt, Gemeinsinn stiftet und Partizipation ermöglicht.
- Junge Menschen brauchen gesicherte materielle Rahmenbedingungen und Grundlagen für ein gesundes Aufwachsen. Deshalb fordert die Diakonie eine materielle Absicherung der jungen Menschen durch angepasste Regelsätze im SGB II, die eine gleichberechtigte, jugendgemäße Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen, gesundheitsfördernde Lebensräume durch ausreichend Platz, Grünflächen, Bewegungsmöglichkeiten und gesunde Luft. Die Diakonie setzt sich für den Ausbau von gesundheitlicher Bildung und niedrigschwelligen Gesundheitsangeboten, die Stärkung psychischer Gesundheit und den Abbau gesundheitlicher Ungleichheit sowie für die Verbesserung der Wohnsituation für Jugendliche in prekären Lebenslagen ein.
- Junge Menschen brauchen Bildung und Ausbildung, bessere Bildungschancen. Deshalb fordert die Diakonie ein Bildungssystem, das junge Menschen befähigt, selbstständig und selbstbestimmt in Ausbildung und Arbeit zu gelangen – über Schichtunterschiede hinweg

- Junge Menschen brauchen soziale Teilhabe – die Strukturen der Daseinsvorsorge sind zu sichern und bedarfsgerecht ausbauen. Deshalb fordert die Diakonie, dass die Teilnahme an außerschulischen Bildungsangeboten, Kultur und Sport einkommensunabhängig ermöglicht und die soziale Infrastruktur gesichert wird.
- Junge Menschen brauchen verlässliche Beziehungen und kompetente Bezugspersonen. Deshalb fordert die Diakonie die Gewährleistung von Kontinuität in allen Angeboten der Jugendhilfe.
- Junge Menschen brauchen bedarfsgerechte Hilfen, unbürokratische Unterstützung und verlässliche Förderperspektiven. Deshalb fordert die Diakonie eine konsequente Förderpolitik, die sich an den Bedarfen der jungen Menschen orientiert.
- Junge Menschen brauchen individuelle Förderung, die die jugendkulturelle Vielfalt positiv bewertet. Die Einwanderungsgesellschaft ist als Chance zu begreifen.

## 6.6 Kinder chronisch kranker Eltern

Nachfolgend werden Entwicklungsbedingungen Kinder chronisch kranker beziehungsweise behinderter Eltern beschrieben und Erfordernisse in einer präventiv ausgerichteten Gesundheitsversorgung benannt. Es handelt sich um eine bisher eher vernachlässigte Angehörigengruppe von kranken Menschen.

Das diakonische Anliegen ist es, ihre soziale Teilhabe zu sichern und präventive und rehabilitative Hilfen so weiterzuentwickeln, dass Überforderungen dieser Kinder vermieden werden und gleichzeitig die Isolierung der Kinder verhindert wird. Diese Kinder benötigen mehr Beachtung von professionellen Unterstützungssystemen.

Die Lebenswelt der Kinder, ihre Rolle als Angehörige und zugleich als Betroffene und oft auch als „Rehabilitationsinstanz“ für ihre Eltern sollte vermehrt mit einem qualitativen Forschungsansatz untersucht werden.

<sup>3</sup> Hier verweisen wir auf die Forderungen der BAG EJSa im Themenheft 1/2010 „JugendARMUT? NEIN danke! –Evangelische Jugendsozialarbeit gegen soziale Ausgrenzung“ sowie die Handreichung des Diakonischen Werkes der EKD (Diakonie Texte 08.2010) „Raus aus dem Abseits. Diakonisches Plädoyer für eine gerechte Jugendpolitik“.



## Daten zu Kindern suchtkranker Eltern

Fast 2,6 Millionen Kinder und Jugendliche sind in Deutschland dauerhaft oder zeitweise von der elterlichen Alkoholabhängigkeit betroffen. Die Forschung zeigt, dass ein Drittel von ihnen relativ früh im Leben selbst abhängigkeitskrank wird. Ein weiteres Drittel dieser Kinder wird sein Leben ohne körperliche und seelische Beeinträchtigungen bewältigen. Heute kommen mehr als 50 Prozent der abhängigkeitskranken Kinder zwischen dem 14. und 21. Lebensjahr aus einer Familie mit mindestens einem alkoholabhängigen Elternteil.

40.000 Kinder in Deutschland haben drogenabhängige Eltern. Eine Schätzung der Kinderanzahl mit Eltern, die medikamentensüchtig, spiel- oder zum Beispiel kaufsüchtig sind, liegt nicht vor. Man geht von etwa 500.000 Kindern aus.

Alkoholkonsum der Mutter kann die Kinder schon im Mutterleib schädigen. Etwa 2.000 bis 4.000 Kinder werden deshalb jedes Jahr in Deutschland mit einer vorgeburtlich entstandenen körperlichen Schädigung geboren.

## Daten zu Kindern psychisch kranker Eltern

Etwa 1,6 Millionen minderjährige Kinder leben mit einem psychisch kranken Elternteil zusammen. Kinder psychisch kranker Eltern haben oft Sorgen hinsichtlich der Vererbbarkeit der elterlichen Erkrankung und ihres tatsächlich gegebenen, jedoch geringen Risikos, selbst psychisch zu erkranken. Hier bedarf es einer achtsamen und altersentsprechenden Aufklärung. Aufklärungsbroschüren werden inzwischen angeboten ([www.bapk.de](http://www.bapk.de)).

Kinder psychisch kranker und/oder suchtkranker Eltern leiden unter Umständen in allen Entwicklungsbereichen: Sie können Auffälligkeiten im kognitiven, emotionalen und sozialen Verhalten zeigen, schulische und berufliche Leistung können beeinträchtigt sein. Diese Kinder sind häufiger emotional instabil, stressüberempfindlich, leicht erregbar, ängstlich, unglücklich, stimmungsabhängig und haben eine geringere Frustrationstoleranz.

Die Kinder leiden zu 40 bis 60 Prozent an unspezifischen, behandlungsbedürftigen Störungen wie Hyperaktivität, Lernstörungen, Verhaltensauffälligkeiten oder an Somatisierungsstörungen. Besonders gefährdet sind Kinder schizophrener Eltern, das Risiko ebenfalls zu erkranken liegt bei der Erkrankung eines Elternteiles bei 12 Prozent, bei einer Erkrankung beider Eltern bei 40 Prozent.

## Hinweis auf Bandbreite und Resilienz (Widerstandsfähigkeit)

Nicht alle Kinder von Eltern mit einer psychischen Störung erleben durch die Erkrankung der Eltern beziehungsweise eines Elternteiles eine Einschränkung ihrer kindlichen Entwicklung. Die Bandbreite der Auswirkungen der elterlichen Erkrankung ist enorm vielfältig. Kinder können auch völlig unbeschadet diese besonderen Herausforderungen bewältigen.

Das Erkennen und Gestalten der Bedingungen für die Entwicklung sogenannter Widerstandsfähigkeiten sind wichtige Aspekte von Forschung und präventiver Praxis.

## Bewältigungsversuche der Kinder

Aus Praxis und Forschung ist bekannt, dass Kinder suchtbeziehungsweise psychisch kranker Eltern in ein komplexes familiäres Geflecht eingebunden sein können, das durch Schuld- und Schamgefühle, Tabuisierung, Abschließung der Familie nach außen und Parentifizierung (Übernahme elterlicher Rollen) gekennzeichnet sein kann.

Damit kann aber auch ein Gefühl der Selbstwirksamkeit als förderliches Element einer subjektiven Bewältigungsstrategie verbunden sein. Es ist wesentlich, dass dies vom Helfersystem zunächst respektiert und gewürdigt wird. Gleichwohl wachsen die Kinder oft in einer subjektiv wahrgenommenen Atmosphäre von Unberechenbarkeit, Instabilität und auch eigener körperlicher Bedrohung sowie lebensbedrohlichen Situationen der Eltern auf.

Diese Kinder entwickeln oft eine sehr feine Antenne für die Stimmungen und Bedürfnisse anderer Menschen (Hypervigilanz). Sie können sich schnell in andere hineinversetzen und sich Situationen anpassen. Dies kann eine Ressource sein, aber auch ein Hindernis, um sich selbstbestimmt für eigene Bedürfnisse und Rechte einzusetzen.

## Was hilft

Ein wesentlicher Resilienzgrund ist das Erleben von Normalität, von stützenden Beziehungen und offenen Gesprächen sowie Feinfühligkeit in anderen Bezugskontexten, seien es Nachbarn, Großeltern oder die Familie von Schulfreunden. Kinder brauchen soziale Modelle, an denen sie eine angemessene Konflikt- und Lebensbewältigung lernen können.

Patenbeziehungen zu Kindern psychisch kranker Eltern werden inzwischen öfter initiiert (zum Beispiel <http://www.patenprojekt-berlin.de/> oder <http://www.patenschaftsprojekt.de/>).

Inzwischen gibt es auch ein Patenschaftsprojekt für suchtkranke Kinder (<http://www.dw-stadtmitte.de/index.php?id=vergissmichnicht>). Der Austausch zwischen den betroffenen Kindern kann eine enorme Hilfe sein und zeigt den Kindern, dass sie mit ihrer Lebenslage und ihren Bewältigungsversuchen und -künsten nicht alleine sind. Die Kinder sollten die Möglichkeit haben, immer wieder auch unbelastete und freudvolle Zeiten, zum Beispiel an Wochenenden oder bei Ferienfahrten zu erleben.

Vor allen steht die Sekundär- und Tertiärprävention im Vordergrund. Die Kinder benötigen ein stabiles soziales Umfeld beziehungsweise Netzwerk. Kinder müssen angemessen einbezogen und beteiligt werden, auch um sich von ihrer zu Unrecht wahrgenommenen Schuld zu emanzipieren. Die Kinder benötigen alters- und entwicklungsentsprechende Aufklärung. Bagatellisierung, Verniedlichung, Dramatisierung oder Mitleid (im Gegensatz zu Mitgefühl) sind zu vermeiden.

Neben der Begleitung und Betreuung der Kinder benötigen die Eltern fachliche Beratung, Behandlung und Rehabilitation. Die Hilfesysteme sollten generell die Situation von Kindern ihrer Klientinnen und Klienten und Patientinnen und Patienten erfragen. Dass psychisch kranke oder suchtkranke Eltern Kinder haben und sich für diese verantwortlich fühlen, darf nicht dazu führen, dass diese Eltern ihre Erkrankung verbergen und ihre eigene Behandlung und Rehabilitation vernachlässigen.

Eltern müssen in ihrer erzieherischen Kompetenz gegenüber den Kindern gestärkt werden, damit die Kinder eine altersentsprechende Entwicklung mit Freude und Lust erleben können.

Zusammenfassend ist die Angebotsstruktur der Sozialpsychiatrie, der Suchthilfen, der Kinder- und Jugendhilfe sowie der kommunalen Daseinsfürsorge aus Sicht der Diakonie wie folgt zu verändern:

- Entwickeln von präventiven Angeboten für Kinder und Jugendliche, wie etwa in Gruppen mit Gleichaltrigen in ähnlichen Situationen.
- Bereitstellen von altersgerechten Informations-, Beratungs- und Therapieangeboten für Kinder und Jugendliche sowie für deren Eltern beziehungsweise andere Angehörige.
- Schaffen von niedrigschwelligen, entlastenden und unterstützenden präventiven Angeboten für betroffene Familien und Hilfen zur Betreuung und Versorgung des Kindes in akuten Krisensituationen.
- Verankerung von Hilfen für Kinder psychisch erkrankter und suchtkranker Eltern als Regelaufgaben im SGB VIII.
- Angebot eines Informationsaustausches zwischen allen beteiligten Systemen und Ausbau verbesserter Kooperationsstrukturen, einschließlich der Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe und mit Schulprojekten.
- Die Förderung begleitender Hilfen in Form von Paargesprächen sowie Eltern-Mutter-Kind Gruppen, Einzel- und Gruppenangeboten für betroffene Kinder, familienentlastende Angebote (zum Beispiel Patenmodelle), der einzelfallorientierten Beratung von Mitarbeitenden in sozialen Einrichtungen.
- Entwickeln von interdisziplinären, gegenseitigen Aus- und Fortbildungen der Fachkräfte.
- Implementierung eines Fragebogens zur Erfassung der Familiensituation sowie eines Verfahrens zur Einschätzung des Hilfe- und Betreuungsbedarfs der Kinder in den Diensten und Einrichtungen, die die Eltern beraten, behandeln und begleiten.

### Kinder chronisch körperlich kranker beziehungsweise behinderter Eltern

Für Kinder chronisch körperlich kranker und behinderter Eltern gibt es im Unterschied zu Kindern psychisch kranker beziehungsweise seelisch behinderter Eltern kaum Angebote.

Auch belastbare Daten sind nicht vorhanden. Es wird geschätzt, dass fünf bis 15 Prozent aller Kinder und Jugendlichen im Laufe ihrer Entwicklung von einer schwerwiegenden körperlichen Erkrankung eines Elternteils betroffen sind.

Reaktionen einer Familie auf die chronische und unter Umständen lebensbedrohliche Erkrankung eines Elternteils können sein: Die Zunahme von Kohäsion (die Familie rückt stärker zusammen), Isolation gegenüber der sozialen Umwelt, geringe Flexibilität in Bezug auf alltägliche Herausforderungen, Konfliktvermeidung sowie die kindliche Übernahme der Elternrolle (Parentifizierung). Es kann aber auch zur Trennung der Eltern kommen.

Kinder übernehmen unter Umständen eine pflegende Rolle und sorgen mitunter auch für die Haushaltsführung und kümmern sich um jüngere Geschwister. Vor allem bei alleinstehenden Eltern kommen die Kinder schnell in die pflegende Rolle.

Informationen für die Kinder müssen in altersentsprechender Form zur Verfügung gestellt werden. Themen wie Tod, die erbliche Weitergabe von möglichen Dispositionen und gesellschaftliche Stigmatisierung (zum Beispiel bei einer elterlichen AIDS-Erkrankung) müssen sensibel besprochen werden. Dies zeigt die Notwendigkeit angemessener Verarbeitungshilfen nicht nur für die Kinder selbst, sondern auch für deren Eltern, die Unterstützung brauchen bei der Frage, wie mit Kindern angemessen über die Erkrankung und ihre Konsequenzen gesprochen wird.

Das medizinische und soziale Versorgungssystem sowie die öffentliche Wahrnehmung sind bezüglich der spezifischen Gefährdungen und Bedürfnisse der Kinder kranker Eltern zu sensibilisieren. Dazu müssen familienorientierte Betreuungskonzepte vorgehalten und der weitere Bedarf regelhaft erhoben und geprüft werden. Vor allem Alltagshilfen müssen in ausreichendem Maße für die Familie bereitgestellt werden, um Eltern und Kinder vor pflegerischen und hauswirtschaftlichen Überforderungen zu schützen.

Ein Internetangebot für betroffene Kinder lädt zum Austausch ein und hält kindgerechte Informationen bereit ([www.kinder-krankter-eltern.de](http://www.kinder-krankter-eltern.de)).

Die Diakonie setzt sich dafür ein, dass in den Kindernetzwerken, der Suchtkrankenhilfe, der Sozialpsychiatrie und der Eingliederungshilfe den genannten Gruppen von Kindern mehr Aufmerksamkeit gegeben wird. Der fachlicher Diskurs zur Begleitung dieser Kinder, der auch ihre Ressourcen, ihre Loyalität und ihren Einsatz für die Familie würdigt, anerkennt und einbezieht, muss weiterentwickelt und in sozialräumlich vernetzten verlässlichen Angeboten der Information, Beratung und Unterstützung umgesetzt werden. Wirksame Hilfen helfen den Kindern und den Eltern.

## **6.7 Chronisch kranke und behinderte Kinder**

Sowohl die UN-Kinderrechtskonvention (1989) als auch die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung (2008) (BRK) betonen das Recht auf Inklusion und auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit. Allen Kindern

sind die gleichen Rechte und Möglichkeiten der Teilhabe und Förderung zu gewährleisten.

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung betont in Artikel 25 ihr Recht, das ihnen erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung zu genießen und verpflichtet zur Bereitstellung von Gesundheitsleistungen, die speziell wegen der Behinderungen benötigt werden. Beim erreichbaren Höchstmaß von Gesundheit geht es „neben der bestmöglichen Abwesenheit von Krankheit“ auch darum, „dass Komplikationen und behinderungsbedingte zusätzliche Krankheitsrisiken vermindert beziehungsweise vermieden werden. Weiterhin ist eine optimale Funktionsfähigkeit im Sinne der funktionalen Gesundheit (ICF) zu fördern. Schließlich ist eine Gesundheitsversorgung zu bieten, die auf die speziellen Bedürfnisse und Probleme behinderter Menschen eingeht, behinderungsassoziierte Beeinträchtigungen bei ihrer Inanspruchnahme vermeidet und die Lebensqualität nachhaltig steigert“ (Bundesverband evangelische Behindertenhilfe 2011a: S. 9 f.).

### **Um welche Kinder geht es?**

Aufgrund einer angeborenen oder erworbenen Behinderung oder chronischen Erkrankung können Kinder sowohl in ihrer körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklung als auch in der Entfaltung der sozialen Teilhabe in den verschiedensten Lebensbereichen eingeschränkt sein.

In Einzelfällen haben Kinder infolge ihrer Behinderung beziehungsweise Erkrankung eine begrenzte Lebenserwartung.

Behinderungen und chronische Erkrankungen gehen in der Regel mit einer eingeschränkten Handlungsfähigkeit einher und erschweren die subjektiven Wirksamkeitserfahrungen der Kinder. Teilweise entwickeln die Kinder in der sozialen Auseinandersetzung mit ihrer Umwelt Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen als Ausdruck des subjektiven Leidens und der erheblichen Belastungen des familiären und sozialen Bezugssystems.

### **Was fehlt in der Versorgung – und was zu tun ist?**

Gesundheitsbezogene und andere Hilfen für behinderte Kinder und ihre Familien sind unter dem Aspekt der Inklusion beziehungsweise Teilhabeförderung zu sehen.

Wesentlich dabei ist, dass alle Leistungssysteme im Sozialraum dem behinderungsbedingten Bedarf möglichst im Regelsystem ausreichend Rechnung tragen und im Sinne der



Inklusion Übergänge partizipativ gestalten und institutionsübergreifend arbeiten. Neben der diskriminierungsfreien Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen des Regelsystems sind nach den Vorgaben der BRK auch spezialisierte Gesundheitsdienstleistungen anzubieten, beides muss das Gesundheitssystem gewährleisten. Behinderte Kinder und Jugendliche haben ein Recht darauf, dass das für die BRK zentrale Konzept der „angemessenen Vorkehrungen“, das auf einzelfallspezifische Bedarfe bezogen ist, in ihrer Lebenswelt und im Gesundheitssystem verwirklicht wird. Bei Kindern mit spezifischen Förderbedarfen in der gesundheitlichen und sozialen Teilhabe (Kinder mit Autismus, blinde Kinder und andere) sind die Entscheidungen für eine wohnortnahe oder gegebenenfalls eine spezialisierte „Sonderwelt/Lebenswelt“ sensibel und im Sinne einer Verbesserung der Teilhabechancen zu beraten und zu treffen.

Für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder sind die in Artikel 26 der BRK zu Habilitation und Rehabilitation formulierten Vorgaben umzusetzen. Dabei geht es auch um eine frühzeitige und interdisziplinäre Feststellung des Rehabilitationsbedarfs und die durchgängige Ausrichtung der Rehabilitation an dem Ziel der selbstbestimmten Teilhabe.

Vor diesem Hintergrund ist zu gewährleisten, dass die (stationäre) Kinder- und Jugendrehabilitation selbstverständlich auch behinderten Kindern zugänglich ist. Neben den Sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderstellen ist das System der stationären medizinischen Kinder- und Jugendrehabilitation als Kompetenznetzwerk zu sichern und weiterzuentwickeln. Die Diakonie verweist an dieser Stelle auf ihre Positionspapiere zur Weiterentwicklung des Systems der medizinischen Rehabilitation im Allgemeinen (Forderungen der Diakonie zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation, Diakonie Texte 02.2007) und der stationären Kinder- und Jugendrehabilitation im Besonderen (Stationäre medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, Diakonie Texte 10.2009).

Des Weiteren hält es die Diakonie für geboten, die Umsetzung des trägerübergreifenden Rehabilitationsrechts des SGB IX zu evaluieren, Umsetzungsdefizite (wie in der Frühförderung) zu identifizieren, aber auch eine Weiterentwicklung im Lichte der UN-Behinderten-rechtskonvention (BRK) zu befördern.

Die Komplexleistung interdisziplinäre Frühförderung wird nur unzureichend umgesetzt. Hierzu verweist die Diakonie auf die „Gemeinsame Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Komplexleistung Interdisziplinäre Frühförderung“ der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und der Eltern-, Fach- und

Behindertenverbände (Januar 2009) und das Papier „Die Komplexleistung Frühförderung für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder muss endlich umgesetzt werden“ (anlässlich des 10. Parlamentarierabends des BeB am 21.03.2011: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe 2011b).

Werden Kinder und Jugendliche durch Sozialpädiatrische Zentren gut versorgt, bricht diese Versorgung bei Erreichen der Volljährigkeit weg und Anschlusslösungen fehlen. Um diese Versorgungslücke zu schließen, spricht sich die Diakonie für spezialisierte ambulante medizinische Zentren für geistige und mehrfache Behinderung aus.

Damit Kinder notwendige Förderungen so früh wie möglich erhalten, sind abgestimmte Maßnahmen zur Früherkennung umzusetzen, wobei die Dienstleistungsfunktion und die Kontrollfunktion „Früher Hilfen“ transparent geregelt sein muss. Eine wichtige (Steuerungs-)Aufgabe des „Vernetzungsmanagements“ besteht darin, auf der Grundlage einer regionalen Gesundheits- und Teilhabeberichterstattung den präventiven und rehabilitativen Bedarf in der Region zu erheben und die entsprechenden Angebote vorzuhalten. Verbunden damit sind die Entwicklung und fallspezifische Anwendung fachlicher Standards, die auch klären müssen, wie die verschiedenen präventiven und rehabilitativen Angebote aus dem Bereich der primären Prävention, der „Frühen Hilfen und weiterer Dienste im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Frühförderung“ sich zueinander verhalten.

Die Beachtung eines umfassenden Kinderschutzes insbesondere für Kinder mit einer (drohenden) seelischen Behinderung darf die Bereitschaft der Eltern zur Inanspruchnahme von Hilfen nicht vermindern.

Die Diakonie sieht in der „Großen Lösung“, das heißt der Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe für alle Kinder und Jugendlichen mit und ohne Behinderung den richtigen, weil inklusiven Weg der Ausgestaltung der Kinder- und Jugendhilfe, da hier die Lebenslage Kindheit und Jugend und nicht die Behinderung im Vordergrund steht. Die Diakonie beteiligt sich an der Diskussion zur Lösung der zahlreichen fachlichen, rechtlichen, organisatorischen und finanziellen Fragen zur Verwirklichung der „Großen Lösung“. Für sie ist maßgeblich, dass die Rechtsansprüche der behinderten Kinder und ihrer Eltern gewahrt werden, die Kinder- und Jugendhilfe als Rehabilitationsträger profiliert und das trägerübergreifende Teilhaberecht des SGB IX als gemeinsames Recht unterschiedlicher Sozialleistungsträger, auch für die Rehabilitation im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe, umgesetzt wird.

Insbesondere in den ländlichen Räumen ist aufgrund des Ärztemangels die kinderärztliche gesundheitliche Grundversorgung mitunter problematisch. Eine spezialisierte gesundheitliche Versorgung steht oft nicht ausreichend zur Verfügung.

Psychosoziale Beratung und ausreichende gemeindenaher Einbeziehung der Kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste ebenso wie eine kinderpsychotherapeutische Versorgung werden nicht ausreichend vorgehalten.

Das Bildungssystem scheint auf dem Weg zur Inklusion die Schaffung von spezifischen Förderbedingungen für Kinder

mit Behinderungen in Regelschulen zu vernachlässigen. Momentan besteht die Sorge, dass die Abschaffung von „Sonderwelten/-schulen“ auf Kosten einer ausreichenden kindspezifischen (behindertengerechten) Förderung an Regelschulen forciert wird. Wir verweisen an dieser Stelle auf das Positionspapier des Bundesverbands evangelische Behindertenhilfe „Von der Integration zu Bildungseinrichtungen, für die Inklusion selbstverständlich ist“ (Berlin 2008).

Ein umfassendes Gesundheitsförderkonzept sollte sowohl in den Organisationen mit besonders spezialisierten Förderbedingungen als auch von den sozialräumlich orientierten Akteuren vorgehalten und gelebt werden.

## 7. Sozialpolitische und sozialrechtliche Forderungen der Diakonie

Die Umsetzung der Komplexleitung interdisziplinäre Frühförderung für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder, die Sicherung und Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendrehabilitation und die Verwirklichung der „Großen Lösung“ stellen wichtige Elemente einer präventiv und rehabilitativ ausgerichteten Politik der Teilhabeförderung dar; auf die hier im Einzelnen aber nicht eingegangen werden kann. Dennoch weist die Diakonie insbesondere auf folgende Punkte hin:

### 7.1 Rahmenbedingungen für Prävention und Gesundheitsförderung – Präventionsgesetz

Seit vielen Jahren wird in der Schaffung eines Präventionsgesetzes die Lösung zahlreicher konzeptioneller, steuerungs-technischer, rechtlicher und finanzieller Probleme der Prävention gesehen. Auch die Diakonie hat sich im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) für die Schaffung eines Präventionsgesetzes ausgesprochen, die BAGFW hat hierzu konkrete Vorschläge formuliert, an denen sich auch die in diesem Positionspapier gemachten Aussagen orientieren und in einigen Punkten weiterentwickeln.

Um Prävention und Gesundheitsförderung zu einem Eckpfeiler des Gesundheitswesens zu machen, soll ein Präventionsgesetz den Bereich der sozialen Primärprävention und Gesundheitsförderung regulieren. Die Diakonie weist darauf hin, dass die präventive Praxis zahlreicher Akteure sich nicht umstandslos der Primärprävention zuordnen lässt, sie dennoch bei den zu entwickelnden Kooperationsstrukturen beachtet werden muss. Ziel des Gesetzes soll die Verringerung sozial bedingter Ungleichheiten der Gesundheitschancen und die Förderung von gleichberechtigter und selbstbestimmter Teilhabe durch Zugang zu gesunden und gesundheitsförderlichen Lebenswelten sein. Ein Präventionsgesetz soll Aussagen zur konzeptionellen Ausrichtung, zu primären Zielgruppen, zur Formulierung nationaler Präventionsziele und -strategien, zur Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Infrastruktur, zu

den „Präventionsträgern“ und zu deren Verpflichtung zur Kooperation sowie zur Finanzierung und zu Qualitätsentwicklung und Evaluation enthalten.

In konzeptioneller Hinsicht ist die Primärprävention als lebenslagenorientierte (Settingansatz) Gesundheitsförderung zu konzipieren. Zielgruppen müssen insbesondere sozial benachteiligte Menschen sein: Menschen mit niedrigem Haushaltseinkommen und Empfängerinnen und Empfänger von Transferleistungen, Menschen mit niedriger Schulbildung, Menschen in schwierigen Lebenslagen, physisch und psychisch überdurchschnittlich belastete Menschen, Menschen mit Behinderungen, pflegebedürftige Menschen und andere. Die Gender-Dimension ist zu berücksichtigen. Dem Bedeutungsgewinn seelischer und psychischer Erkrankungen muss ein Präventionsgesetz Rechnung tragen. Die Diakonie weist darauf hin, dass die mit einem Präventionsgesetz verbundenen Bestimmungen zur konzeptionellen Ausrichtung, zu den Zielgruppen, zur Qualität, zur Kooperation und zur Finanzierung nicht dazu führen dürfen, dass die von den verschiedenen Trägern unternommene präventive Arbeit an andere Träger delegiert wird. Prävention soll auch weiterhin von den Trägern (etwa den Kommunen, den Kindertagesstätten und anderen) unternommen werden, die für ein Praxisfeld die Verantwortung tragen, sie sind so auszustatten, dass sie diese Aufgaben auch tatsächlich erfüllen können, dies schließt eine ergänzende Ko-finanzierung bestimmter sachlich abgegrenzter Aufgaben durch die GKV nicht aus.

Die Diakonie setzt sich dafür ein, dass auf Bundes- und Landesebene stabile Kooperationsstrukturen etabliert werden, auf denen Präventionsziele und Strategien vereinbart werden. Zugleich jedoch spricht sich die Diakonie dafür aus, auf bestehenden Institutionen und Strukturen aufzubauen. Dies betrifft insbesondere die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die wichtige Aufgaben bei der Berichterstattung, der Formulierung von Präventionszielen, der Durchführung von Kampagnen, der Entwicklung von Modellprojekten und der Entwicklung von Qualitätsstandards übernehmen kann. Hier sei angemerkt, dass gerade im Bereich der Qualitäts-

entwicklung gute Vorarbeiten vorliegen Die Diakonie schlägt vor, dass die BzGA darüber hinaus als Kooperationsplattform beziehungsweise als Trägerin einer Arbeitsgemeinschaft für die lebensbezogene Gesundheitsförderung fungiert, in der die verschiedenen Präventionsakteure zusammenwirken. Diese Arbeitsgemeinschaft soll im Rahmen seiner jährlichen Ziel- und Schwerpunktdefinition primär Empfehlungen zur Stärkung einer setting-bezogenen Verhältnisprävention vorlegen.

Da nach Auffassung der Diakonie Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, ist es vor allem eine staatliche Aufgabe, die notwendige Infrastruktur hierfür auf Bundes-, aber auch auf Landes- und kommunaler Ebene bereitzustellen. Daher sind auch Bund, Länder und Kommunen an der Definition von Präventionszielen zu beteiligen. Die Kinder-, Jugend- und Familienhilfe sowie der Öffentliche Gesundheitsdienst sind unerlässliche Präventionspartner.

Es ist sorgfältig zu diskutieren, ob und wie die Sozialversicherungsträger zu beteiligen sind. Die Krankenkassen und die Unfallversicherungsträger leisten bereits vielfältige (primär-) präventive Arbeit. Eine Ausweitung des Kreises der „Präventionsträger“ auf die Pflegeversicherung, die Arbeitslosenversicherung und die Rentenversicherung lehnt die Diakonie ab; die Rentenversicherung leistet als Träger der medizinischen Rehabilitation einen Beitrag zur tertiären Prävention, der ganz wesentlich auf die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen ausgerichtet ist. Nicht akzeptabel ist es, die für Teilhabeleistungen budgetierten Finanzmittel der Rentenversicherung in die Primärprävention umzuleiten. Statt der Arbeitslosenversicherung gesundheitsbezogene Präventionsaufgaben zuzuordnen, sind Kooperationsregelungen zwischen den Trägern der Arbeitsverwaltung und den Krankenkassen verbindlich zu machen, so dass die Krankenkassen, wie es bereits jetzt in Projekten geschieht, mit der Gruppe der vor allem langzeitarbeitslosen Menschen präventiv arbeiten können. Statt die Pflegeversicherung in den Kreis der Akteure aufzunehmen, die primäre Prävention betreiben, spricht sich die Diakonie dafür aus, präventive und gesundheitsförderliche Fachkonzepte in der ambulanten und stationären Pflegepraxis (weiter) zu entwickeln und für deren Umsetzung die notwendigen Rahmenbedingungen (insbesondere finanzieller und unter Umständen auch rechtlicher Art) zu verbessern.

Auch auf Landesebene ist es sinnvoll, dass die Kooperationsstruktur der Präventionsträger an die bestehenden Strukturen

(„Regionale Knoten“, Landesarbeitsgemeinschaften) anschließt. Die Kooperation der Sozialversicherungsträger mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und der Familien-, Kinder- und Jugendhilfe ist essentiell. Um die Kooperation zu verbessern, ist es notwendig, auch die rechtlich-institutionellen Rahmenbedingungen zu verändern und entsprechende Kooperationsgebote in den Sozialgesetzbüchern systematisch zu verankern.

Dem gesamtgesellschaftlichen Charakter der Prävention entspricht es, die lebenslagenbezogene Primärprävention wesentlich über Steuermittel zu finanzieren. Sozialversicherungsmittel dürfen nur in fachlich begrenzte Aufgaben im Rahmen einer ergänzenden Kofinanzierung eingebracht werden. Eine Beteiligung der privaten Krankenversicherung ist in diesem Fall unabdingbar. Generell ist darauf zu achten, dass die jeweiligen Zuständigkeiten und Finanzverantwortungen der „Präventionsträger“ klar voneinander abgegrenzt werden. Die Diakonie warnt davor, finanzielle Entlastungen institutioneller Träger zu erwarten, ein Präventionsgesetz darf Leistungen nicht verschieben, sondern dient der Abstimmung der Leistungsverantwortlichkeiten.

Im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist eine Ausgabenbegrenzung für verhaltenspräventive Maßnahmen (Kurse) auf maximal 50 Prozent der vorgesehen Ausgaben aus konzeptionellen Gründen notwendig.

## **7.2 Bundeskinderschutzgesetz**

Ziel des zum 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Bundeskinderschutzgesetzes<sup>4</sup> ist es, den Schutz von Kindern und Jugendlichen zu stärken. Kern des Gesetzes sind die „Frühen Hilfen“, die dazu beitragen sollen, dass Risiken in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen frühzeitig erkannt und eine Gefährdung oder Schädigung eines Kindes oder Jugendlichen vermieden wird.

So sollen Eltern in der Zeit der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren des Kindes in der Wahrnehmung ihrer Erziehungsverantwortung durch Information und Beratung unterstützt werden. Die bisher in dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe sowie des Gesundheitswesens für den Kinderschutz verantwortlichen Institutionen sollen in einem Netzwerk verbindlich zusammenarbeiten, wobei den Familienhebammen eine Lotsenfunktion und damit eine besondere

<sup>4</sup> Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz BKiSchG)

Aufgabe zukommt. Weitere Regelungen des Bundeskinderschutzgesetzes betreffen den Datenschutz, zur Qualitätsentwicklung in der Kinder- und Jugendhilfe, Aussagen zum Kreis derer, die ein erweitertes Führungszeugnis vorlegen müssen sowie die Verpflichtung die Wirkungen des Gesetzes zu evaluieren.

Im Kontext des vorliegenden Positionspapiers sollen drei Punkte betont werden:

- Aus Sicht der Diakonie lässt die gesetzliche Verankerung der „Frühen Hilfen“ die Bereitschaft erkennen, präventive Ansätze zu fördern und hebt sich damit positiv von früheren, überwiegend repressiven Schutzansätzen ab. In der Umsetzung bleibt jedoch die im Gesetz vorgesehene Ausgestaltung der „Frühen Hilfen“ hinter den fachlichen Erwartungen zurück. Vor allem fehlt es nach wie vor an einem einklagbaren Rechtsanspruch der Eltern auf „Frühe Hilfen“. Stattdessen bleibt es bei einer allgemeinen Verpflichtung der öffentlichen Träger zu Hilfen, die die Eltern auf die Rolle der Hilfeempfänger beschränkt.
- Die Diakonie begrüßt, dass im Bundeskinderschutzgesetz vorgesehen ist, die Rahmenbedingungen der interdisziplinären Vernetzung auf der örtlichen Ebene zu verbessern (§ 3 BKiSchG). In der Praxis wird es darauf ankommen, dass diese Regelungen so umgesetzt werden, dass sie sich nicht auf den Kinderschutz im engeren Sinne (Kindeswohlgefährdung) zentrieren, das heißt auf sogenannte Risikofamilien ausgerichtet werden und damit stigmatisierend wirken. Eine Differenzierung zwischen den Elementen präventiver Unterstützung und dem Schutz des Kindeswohls ist fachlich geboten.
- Auch wenn die Verankerung und dauerhafte Finanzierung der Familienhebammen positiv zu bewerten ist, bezweifelt die Diakonie, dass es sinnvoll ist, die vorgesehene Lotsenfunktion ausschließlich dieser Berufsgruppe vorzubehalten, denn derzeit fehlen den Familienhebammen bundesweit einheitliche Standards für die Qualifikation, ein eindeutiges Tätigkeitsprofil und eine professionelle Begleitung vor Ort. Von daher begrüßt die Diakonie, dass familienunterstützende Dienste insgesamt in die Netzwerke einbezogen werden und bundesweit einheitlich das Qualifikations- und Anforderungsprofil für diese aufsuchenden Hilfen wie beispielsweise Familienpflege, Sozialpädagogische Familienhilfe als „Frühe Hilfen“ und zur Verbesserung des Kinderschutzes zu beschreiben sind.

### **7.3 Änderungen im Krankenversicherungsrecht (SGB V) und im Recht der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII)**

Um die Entwicklungs- und Teilhabenchancen für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche frühzeitig und nachhaltig zu verbessern, muss die ökonomische Situation von Familien so ausgestaltet sein, dass Kinder und Jugendliche – neben der materiellen Grundversorgung, die für ihre Gesunderhaltung notwendig ist – am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können. Es liegt in der Verantwortung der Gesellschaft, Informations-, Beratungs- und Unterstützungssysteme für Kinder und ihre Familien zu schaffen. Dazu bedarf es eines breit gefächerten Leistungsangebotes im Bereich der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe, das über strukturelle Grenzen hinweg Kooperationsbeziehungen auch zum Gesundheitssystem unterhält.

Im SGB VIII sind gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung nicht explizit im Aufgabenspektrum verankert. Um die gesundheitliche Perspektive in der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe besser zu verankern, hält die Diakonie neben der Forderung nach einem Präventionsgesetz folgende Änderungen im Recht der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) für geboten:

- Die lebenslagenbezogene Prävention und Gesundheitsförderung ist als generelle Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe (in den § 1 und 2) SGB VIII zu verankern, dies betrifft gleichermaßen die Jugendarbeit (§ 11 ff.), die Förderung der Erziehung in der Familie (§§ 16 ff.), die Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Kindertagespflege (§§ 22 ff.) und die Hilfen zur Erziehung, die Eingliederungshilfe und die Hilfe für junge Erwachsene (§§ 27 ff.). Aufgaben der medizinischen Prävention verbleiben selbstverständlich im Regelungsbereich des SGB V.
- Die Diakonie weist darauf hin, dass das in der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe verankerte Prinzip von Schutz, Hilfe und Förderung insbesondere durch den Leistungsbereich der „Allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie“ (§ 16 SGB VIII) besser auszugestaltet ist. Gerade Auftrag und Ziel des § 16 SGB VIII bieten einen guten Ansatzpunkt, um sowohl die „Frühen Hilfen“, die Familienbildung und Familienberatung, als auch Angebote der Familienfreizeit und -erholung als niedrigschwellige und freiwillige Angebote der Gesundheitsförderung und der Prävention zu verankern. Auch im Rahmen der Jugendarbeit (§ 11 SGB VIII, dort insbesondere Abs. 3 Nr. 1 und 2) und der Jugendsozialarbeit (§ 13 SGB VIII) muss die Prävention und Gesundheitsförderung als integraler Bestandteil verbind-

licher und transparenter in den Blick genommen werden. Dies gilt auch für die Hilfen zu Erziehung. Dabei bedarf es nicht nur der institutionellen, sondern auch der finanziellen Absicherung der mit dem Bundeskinderschutzgesetzes vorgesehenen Netzwerke zwischen den Bereichen „Frühe Hilfen“, Frühförderung, Kindertagesbetreuung sowie der Jugendsozialarbeit aber auch zu den Kinder- und Jugendärzten durch die Kinder-, Jugend- und Familienhilfe.

Eine lediglich auf die Kinder und Jugendlichen zentrierte individuelle Perspektive von Prävention oder Gesundheitsförderung greift zu kurz. Mindestens so wichtig ist die Frage, wie das soziale Umfeld gesundheitsförderlich gestaltet werden kann. Hierin liegt nach Auffassung der Diakonie eine besondere Chance für das gesunde Aufwachsen gerade der Kinder und Jugendlichen, die in sozial schwierigen Verhältnissen leben. Auch aus diesem Grunde ist die Kinder-, Jugend- und Familienhilfe in die Regelungen zu Konzeption, Zielgruppen, Qualität und Steuerung von Prävention und Gesundheitsförderung einzubeziehen.

Auch für das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) gilt, dass die das Gesundheitssystem betreffenden Bestimmungen des Bundeskinderschutz- und des Präventionsgesetzes in das SGB V aufzunehmen sind.

Dies betrifft auch die Bestimmungen zur Kooperation (Netzwerkbildung) und die Aufgaben der Familienhebammen beziehungsweise äquivalenter Berufsgruppen.

Hinsichtlich primärpräventiver Leistungen ist der § 20 (Prävention und Selbsthilfe) SGB V dahingehend zu verändern, dass mindestens 50 Prozent der Ausgaben je versicherte Person in settingbezogene Maßnahmen (einschließlich betriebliche Gesundheitsförderung) fließen.

Ein Problem in der Umsetzung des § 20 SGB V besteht darin, dass die Krankenkassen sich nicht auf gemeinsame Verfahrensregeln hinsichtlich der Beantragung und Bearbeitung von Anträgen zur Projektförderung verständigt haben. Die Diakonie schlägt deshalb vor, dass die Krankenkassen im § 20 SGB V hierzu verpflichtet werden.

## 8. Fazit

Die Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen, deren Familien unter schwierigen sozialen Verhältnissen und Bedingungen leben, zu verbessern, ist eine wesentliche fachliche und politische Herausforderung. Gesundheit ist eine Voraussetzung für soziale Teilhabe und ihrerseits von den gesellschaftlichen Chancenstrukturen abhängig. Eine lebenslagenorientierte Prävention, die in eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik eingebettet ist, kann einen Beitrag zu mehr gesundheitlicher Chancengleichheit leisten.

Gesundheitsfördernde Konzepte sind so auszugestalten, dass sie einerseits (auch um Stigmatisierungen zu vermeiden) breit angelegt sind, andererseits eine hohe Erreichbarkeit der besonders belasteten Kinder und Jugendlichen gewährleistet ist. Sie sind altersspezifisch auszugestalten und in die Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen einzubetten.

Nachhaltig wirksam wird Prävention und Gesundheitsförderung nur dann, wenn sie als Querschnittsaufgabe erkannt wird und die Einrichtungen und Dienste des Gesundheitswesens mit der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe in Verbundsystemen kooperieren. Dazu bedarf es neben fachlicher Weiterentwicklungen zur Identifikation der jeweiligen (präventiven, aber auch rehabilitativen) Bedarfe und zur Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen veränderte sozialrechtliche und finanzieller Rahmenbedingungen.

Letztendlich wird es darauf ankommen, den Stellenwert der Prävention und Gesundheitsförderung benachteiligter Kindern und Jugendlichen in der politischen Agenda zu erhöhen. Die Diakonie leistet mit diesem Positionspapier einen Beitrag zu dieser fach- und sozialrechtlichen Diskussion, um die strukturelle Weiterentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung.



## 9. Verwendete Literatur und Internetlinks

Badura, Bernhard (1983): Sozialepidemiologie in Theorie und Praxis. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Europäische Monographien zur Gesundheitserziehung. Bd. 5. Köln: 29–48.

Badura, Bernhard und Thomas Heilmann (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin

Sen, Amartya (2007): Ökonomie für den Menschen. München

Bundesarbeitsgemeinschaft Evangelische Jugendsozialarbeit (BAG EJSA), Jugendarmut? Nein danke! – Evangelische Jugendsozialarbeit gegen soziale Ausgrenzung, Themenheft 1/2010

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (2008): Von der Integration zu Bildungseinrichtungen, für die Inklusion selbstverständlich ist, BeB-Positionspapier, Berlin 2008

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (2011a): Das Recht auf gesundheitliche Versorgung – ein Menschenrecht auch für Menschen mit Behinderungen oder psychischer Erkrankung, BeB-Positionspapier, Berlin.

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (2011b): Die Komplexleistung Frühförderung für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder muss endlich umgesetzt werden“ (anlässlich des 10. Parlamentarierabends des BeB am 21.03.2011).

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB): Das Recht auf gesundheitliche Versorgung – ein Menschenrecht auch für Menschen mit Behinderungen oder psychischer Erkrankung, BeB-Positionspapier, Berlin 2011.

Deutscher Bundestag (2009): Unterricht durch Bundesregierung. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – 13. Kinder- und Jugendbericht – Drucksache 16/12860.

Diakonisches Werk der EKD: Handlungsoption Gemeinwesen-diakonie, Diakonie Texte 12.2007

Diakonisches Werk der EKD: Forderungen der Diakonie zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation, Diakonie Texte 02.2007.

Diakonisches Werk der EKD : Stationäre medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, Diakonie Texte 10.2009.

Diakonisches Werk der EKD: Raus aus dem Abseits. Diakonisches Plädoyer für eine gerechte Jugendpolitik, Diakonie Texte 08.2010.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2011): Drogen- und Suchtbericht. Berlin.

Gemeinsame Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Komplexleistung Interdisziplinäre Frühförderung der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und der Eltern-, Fach- und Behindertenverbände.

Gesundheit Berlin Brandenburg (2011): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier. Heft 7. Berlin.

Hartung, Susanne (2011): Partizipation – eine relevante Größe für individuelle Gesundheit? Discussion Paper SP I 2011 -303 Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin.

Kolip, Petra (2009): Zentrale gender-relevante Kriterien für Gesundheitsförderung und Prävention. Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. In: www.dji.de, 13.12.2012.

Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (2011): Handlungsempfehlungen „Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen nachhaltig verbessern!“



Marmot, Michael und Richard G. Wilkinson (eds.) 1999: Social Determinants Oxford-

MDS/GKV (2010): Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und GKV-Spitzenverband: Präventionsbericht 2010. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2009. Berlin, Essen.

Mielck, Andreas, Hilary Graham und Sven Bremberg (2002): Children, an important target group for the reduction of socioeconomic inequalities in health. In: Johann P. Mackenbach/Martijntje Bakker (Hrsg.): Reducing Inequalities in Health: A European Perspective, London/New York 2002, 144–168.

Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), 1986: <http://www.euro.who.int/de/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>.

Robert Koch-Institut (2008): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Berlin.

Robert Koch-Institut/Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bonn und Köln 2008.

SVR 2000/2001: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Kurzfassung.

SVR (2009): Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009.

UN-Kinderrechtskonvention (1989) (<http://www.national-coalition.de/pdf/UN-Kinderrechtskonvention.pdf>) 14.12.2011.

UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2008): [www.bmas.de](http://www.bmas.de)

## Internetlinks

[www.bapk.de](http://www.bapk.de) (Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V.)

<http://www.patenprojekt-berlin.de> (Das Patenprojekt ist ein Projekt von PiK gGmbH – Pflegekinder im Kiez –, gefördert von Aktion Mensch e. V. in Kooperation mit Leben Lernen e. V.)

<http://www.patenschaftsprojekt.de/> Patenschaften für Kinder psychisch erkrankter Eltern, ein Angebot von AMSOC – Ambulante Sozialpädagogik Charlottenburg e. V.

<http://www.dw-stadtmitte.de/index.php?id=vergissmichnicht> (Diakonisches Werk Berlin-Stadtmitte e. V.)

[www.kinder-krank-eltern.de](http://www.kinder-krank-eltern.de) (Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenahere Pflege und der Juniorprofessur Pflegewissenschaft, Schwerpunkt Kinder und Jugendliche Department Pflegewissenschaft Universität Witten/Herdecke)

## Mitglieder der Projektgruppe

Das vorliegende Positionspapier wurde im Rahmen eines Projektes im Diakonischen Werk der EKD erarbeitet.

Ein herzlicher Dank für ihre Arbeit gilt den Mitgliedern der Projektgruppe:

Ulrike Gebelein, Diakonisches Werk der EKD e. V.,  
Projektleitung

Heike Grünzel, Evangelische Konferenz für Familien- und  
Lebensberatung e. V., Fachverband für Psychologische  
Beratung und Supervision

Tina Laux, Stadtteilbüro Tannenbusch des Diakonischen  
Werkes Bonn (Dezember 2010 bis März 2011)

Elisabeth Schütz, Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg-  
schlesische Oberlausitz

Claudia Seibold, Bundesarbeitsgemeinschaft Evangelische  
Jugendsozialarbeit

Sigrid Sternitzke, Diakonisches Werk der Evangelisch-luther-  
ischen Landeskirche Hannovers

Dr. Tomas Steffens, Diakonisches Werk der EKD e. V.,  
Projektleitung

**Auszug Diakonie Texte 2010/2011**

- 01.2012 Diskriminierungsschutz in diakonischen Arbeitsfeldern  
 16.2011 50 Jahre Zivildienst  
 15.2011 Pflegestatistik – zum 15. Dezember 2009  
 14.2011 Einrichtungsstatistik – Regional – zum 1. Januar 2010  
 13.2011 Vorstandsbericht  
 12.2011 Sozialleistungen für Unionsbürgerinnen und Unionsbürger in Deutschland  
 11.2011 Teilhabe abhängigkeitskranker Menschen sichern  
 10.2011 Einrichtungsstatistik zum 1. Januar 2010  
 09.2011 Altenarbeit im Gemeinwesen  
 Demografisch geboten – politisch notwendig – verlässlich finanziert  
 08.2011 Prozesse interkultureller Öffnung konkretisieren, kommunizieren, kultivieren  
 07.2011 Kommunikation von Qualität in der stationären Altenhilfe  
 06.2011 Mitarbeitendenstatistik zum 1. September 2008  
 05.2011 Chancen für Kinder eröffnen – Teilhabe durch Kinder- und Jugendrehabilitation  
 04.2011 Der Tod gehört zum Leben  
 03.2011 Abschiebungshaft in Deutschland – Positionen und Mindestforderungen der Diakonie  
 02.2011 Migrationsberatung für erwachsene Zugewanderte 2009  
 01.2011 Prävention in der Schuldnerberatung der Diakonie  
 12.2010 Gerechte Teilhabe an Arbeit  
 11.2010 Diakonie und Bildung  
 10.2010 Sozialarbeiterisches Case-Management für Menschen mit Behinderungen in der Eingliederungshilfe nach SGB XII/SGB IX  
 09.2010 Erwartungen der Diakonie an die Reform der Grundsicherung  
 08.2010 Raus aus dem Abseits  
 Diakonisches Plädoyer für eine gerechte Jugendpolitik  
 07.2010 Deutsche aus der ehemaligen Sowjetunion – auf der Suche nach einer verlorenen Familienvergangenheit  
 06.2010 Das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Europa  
 05.2010 Perspektiven zur Mitarbeitengewinnung in der Diakonie  
 04.2010 Das Freiwillige Soziale Jahr (FSJ) und sein Beitrag zur Personalgewinnung  
 03.2010 Es sollte überhaupt kein Armer unter Euch sein  
 „Tafeln“ im Kontext sozialer Gerechtigkeit

Liebe Leserinnen und Leser,

wir hoffen, dass wir Ihnen mit der vorliegenden Ausgabe des Diakonie Textes Informationen und inhaltliche Anregungen geben können. Wir sind an Rückmeldungen interessiert, um unsere Arbeit zu optimieren. Wir freuen uns deshalb, wenn Sie uns

1. Kommentare und Anregungen zum Inhalt des Textes zukommen lassen,
2. informieren, welchen Nutzen Sie durch diesen Text für Ihre Arbeit erfahren haben und
3. mitteilen, wie Sie auf die vorliegende Ausgabe der Diakonie Texte aufmerksam geworden sind und ob oder wie Sie diese weitergeben werden.

Ihre Rückmeldungen senden Sie bitte an die verantwortliche Projektleitung (siehe Impressum unter Kontakt).

Herzlichen Dank im Voraus.  
Ihr Diakonisches Werk der EKD

**Impressum**

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.  
Staffenbergstraße 76  
70184 Stuttgart

Verantwortlich für die Reihe:  
Andreas Wagner  
Zentrum Kommunikation  
Postfach 10 11 42  
70010 Stuttgart  
Telefon: +49 711 21 59-454  
Telefax: +49 711 21 59-566  
redaktion@diakonie.de  
www.diakonie.de

Kontakt:  
Ulrike Gebelein  
Kinderpolitik und Familienförderung  
Zentrum Familie, Bildung, Engagement  
Telefon: +49 30 830 01-342  
gebelein@diakonie.de

Dr. Tomas Steffens  
Arbeitsfeld Medizinische Rehabilitation, Prävention und Selbsthilfe  
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege  
Telefon: +49 30 830 01-361  
steffens@diakonie.de

Layout: A. Stiefel

Druck: Zentraler Vertrieb des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.  
Karlsruher Straße 11  
70771 Leinfelden-Echterdingen

© April 2012 – 1. Auflage  
ISBN-Nr. 978-3-941458-49-9

Die Texte, die wir in der Publikationsreihe Diakonie Texte veröffentlichen, sind im Internet frei zugänglich. Sie können dort zu nicht-kommerziellen Zwecken heruntergeladen und vielfältigt werden. Diakonie Texte finden Sie unter [www.diakonie.de/Texte](http://www.diakonie.de/Texte). Im Vorspann der jeweiligen Ausgabe im Internet finden Sie Informationen, zu welchem Preis Diakonie Texte gedruckt beim Zentralen Vertrieb bestellt werden können.

Bestellungen:  
Zentraler Vertrieb des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.  
Karlsruher Straße 11  
70771 Leinfelden-Echterdingen  
Telefon: +49 711 21 59-777  
Telefax: +49 711 797 75 02  
Vertrieb@diakonie.de

Benutzer des Diakonie Wissensportals können über die Portalsuche nicht nur nach Stichworten in den Textdateien recherchieren, sondern auch auf weitere verwandte Informationen und Veröffentlichungen aus der gesamten Diakonie zugreifen. Voraussetzung ist die Freischaltung nach der Registrierung auf [www.diakonie-wissen.de](http://www.diakonie-wissen.de)

[www.diakonie.de](http://www.diakonie.de)

**Diakonisches Werk  
der Evangelischen Kirche  
in Deutschland e.V.**

Stafflenbergstraße 76

70184 Stuttgart

Telefon: +49 711 21 59-0

Telefax: +49 711 21 59-288

[diakonie@diakonie.de](mailto:diakonie@diakonie.de)

[www.diakonie.de](http://www.diakonie.de)