

Hochschule Magdeburg-Stendal * Osterburger Str. 25 * 39 576 Stendal



Prof. Dr. Raimund Geene MPH
Professur Kindergesundheit
StG Angewandte
Kindheitswissenschaften

Stendal, den 15. Oktober 2010

Anhörung AffSFJ zum 13. KJB am 25.10.2010

Stellungnahme

Mit Datum vom 20. September d.J. bat der Ausschuss um Stellungnahme zu den nachfolgenden Fragen, jeweils bezogen auf die unterschiedlichen Lebensphasen der Kinder und Jugendlichen:

1. Darstellung/Zusammenfassung des Sachstandes bei der Prävention und Gesundheitsförderung in der Jugendhilfe.
2. Welche Defizite und Mängel bestehen dabei aus Ihrer Sicht?
3. Welchen Handlungsbedarf sehen Sie? Welches sind Ihre Forderungen an die Politik?

Dieser Aufforderung komme ich gerne nach und antworte wie folgt:

Vorbemerkung:

Der 13. Kinder- und Jugendbericht, das Sondergutachten 2009 "Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens" des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, der Kindergesundheitssurvey kiggs (2003 bis 2006) sowie aktuelle Untersuchungen (zB. Shell-Jugendstudie 2010, World Vision-Studie 2009) weisen übereinstimmend darauf hin, dass der Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen sich auf einem historisch einmalig positiven Niveau befindet. Andererseits gibt es ein wachsendes Problem sozialer Ungleichheit insbesondere bei Kindern und ihren Familien. Mit Ausnahme der Allergien korreliert die soziale Lage mit allen Variablen des Gesundheitszustands. Breit problematisiert wurde hier in den vergangenen Jahren Adipositas sowie Kindesverwahrlosung; aktuell deutet sich eine wachsende Thematisierung psychologischer Befunde an.

Aus sozialepidemiologischen Erkenntnissen ist abzuleiten, dass mit der anwachsenden und sich verschärfenden Kinder- und Familienarmut weitere Symptomatiken auftreten werden. Das Vorhaben der Bundesregierung zur Anrechnung des Elterngeldes auf Grundeinkommen/ Hartz IV droht diese bedenkliche Entwicklung zu forcieren. Der Gesundheitsversorgung

kommt ebenso wie der Kinder- und Jugendhilfe die undankbare Aufgabe zu, an Symptomen zu laborieren, d.h. die Folgeerkrankungen zu lindern und verstärkte gesellschaftliche Belastungen bewältigen zu helfen. Gleichzeitig steigen Bedarf und Aufwendungen für Leistungen mit Rechtsanspruch wie Hilfe zur Erziehung kontinuierlich, was für die finanzschwachen Kommunen den politischen Handlungsspielraum für Prävention zusätzlich einschränkt.

Die im 13. KJB fokussierte Gesundheitsförderung und Prävention ist als Leistungsbereich in Deutschland ohnehin viel zu schwach entwickelt, um die angedeuteten Desintegrationsprozesse auch nur ansatzweise auszugleichen. Dennoch ist die Leistungserbringung in Gesundheitsversorgung wie Jugendhilfe daran zu messen, inwieweit sie durch zielgruppenspezifische Methoden und diskriminierungsfreien Zugang zum Abbau sozial ungleicher Gesundheitschancen zumindest beiträgt. Durch Mittelschichtorientierung von Maßnahmen können Angebote zur primären Prävention oder zur Familienberatung sogar noch zur Verstärkung der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen (Präventionsparadox). Demgegenüber sieht sich der 13. KJB richtigerweise verpflichtet, gerade auch benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern Verwirklichungschancen zu sichern.

Zu den Fragen im Einzelnen:

Zu 1) Sachstand

(a) Kinder unter drei Jahren

Mit Schwangerschaft und Geburt wandelt sich das Leben von Mädchen und Frauen, die im Zuge einer stark wirkenden Normierung auf Mutterschaft ausgerichtet werden (1. Transition). Auch der Wandel von Paarbeziehung zu familiärer Triade wird in diesem Zusammenhang gesehen. Hohe Veränderungspotenziale junger Eltern stehen erheblichen finanziellen, sozialen und kulturellen Anforderungen gegenüber, die nach unterschiedlichen Berechnungen für etwa 10 bis 20 % der Eltern eine Überforderung darstellen. Wie ebenso alle späteren, gilt diese Transition als eine chancen- wie auch krisenanfällige Lebensphase mit insgesamt hohem Unterstützungsbedarf, auch weil dieser zunehmend weniger intergenerativ bearbeitet werden kann. Insbesondere die kontinuierlich steigende Zahl von allein erziehenden Müttern führt zu spezifischem Bedarf.

Schon in der Schwangerschaft und besonders in den ersten Lebenstagen und -wochen bauen sich zwischen Mutter und Kind Bindungen auf, die für den späteren Lebensverlauf eines Kindes von höchster Bedeutung sind. Ziel ist in dieser Phase die Entwicklung stabiler Regulationen und einer gesicherten Interaktion. Belastet wird dieser Prozess von einer hohen Zahl von insbesondere psychosozialen prae- und postnatalen Belastungen der jungen Mütter, so dem sog. ‚Baby-Blues‘ oder ‚Heultagen‘ sowie in manifesten postpartalen Depressionen. Schätzungen zur Prävalenz schwanken zwischen 20 und 60%. Auf etwa 20% werden frühkindliche Regulationsstörungen geschätzt, die daraus erwachsen können und/oder durch besondere Schwangerschafts- oder Geburtsbelastungen (z.B. Sectio) verursacht werden. Ein stark verbreitetes Symptom ist hier das sog. ‚Schreibaby-Phänomen‘. Es wird geschätzt, dass sich etwa die Hälfte der frühkindlichen Regulationsstörungen chronifizieren, d.h. im Lebensverlauf in unterschiedlichen Symptomatiken wiederkehren.

Die gesundheitliche und soziale Versorgungsphase rund um die Geburt ist bestimmt von einer medizinischen Überversorgung, insb. im Rahmen der Schwangerschaft (immer noch werden drei von vier Schwangere als sog. „Risikoschwangere“ diagnostiziert), bei gleichzeitiger psychosozialer Unterversorgung. Der hohe Bedarf an Eltern-Kind-Kursen kann

nicht ausreichend bedient werden. Stark verbreitet sind Krabbelgruppen nach dem sog. „Prager Eltern-Kind-Programm“ (PEKiP) mit Nutzung von nach Eigenangaben bis zu 50% der Kinder im ersten Lebensjahr. Bei diesen wie bei anderen Elternprogrammen zeigt sich das Unterstützungsangebot eher mittelschichtorientiert. Die Zielgruppe der sozial benachteiligten Eltern wird trotz des besonders hohen Problemdrucks und Präventionspotenzials deutlich unterproportional erreicht. Dabei handelt es sich nicht nur um ein Zugangsproblem, sondern auch um Qualitätsfragen, weil die Angebote kaum auf die spezifischen Bedürfnisse benachteiligter Familien ausgerichtet sind. Die Sorge mancher Eltern vor dem Jugendamt als „Kinderklaubehörde“¹ verweist auf mangelnde Sensibilität seitens Anbieter und Steuerung.

(b) Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren

Mit dem Eintritt in die Kita erweitert das Kind seine Perspektive, die primäre Sozialisation Familie wird um die sekundäre erweitert. Die hier mögliche Sozialkompetenzentwicklung wird neben den elementarpädagogischen Fachkräften auch durch altersnahe andere Kinder („Peers“) unterstützt, was besonders für die wachsende Zahl der geschwisterlos aufwachsenden Kinder von hoher Bedeutung ist. Der Aufbau zusätzlicher Kinderbetreuungsstellen im Rahmen des Kita-Rechtsanspruchs ist zu begrüßen. Diese Erweiterung bedarf einer akademischen Qualifikation von möglichst vielen Fachkräften, die diese 2. Transition aktiv gestalten müssen.

Inzwischen sind bundesweit Konzepte der Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten erfolgreich erprobt. Auch haben die neuen Bildungsprogramme im elementarpädagogischen Bereich die Aspekte der Gesundheitsförderung aufgegriffen. Allerdings sind die neuen Bildungsprogramme zu erheblichen Teilen noch nicht in die Curricula der Fachschulen eingearbeitet. Die erforderliche Akademisierung im elementarpädagogischen Bereich macht bundesweit Fortschritte, muss jedoch in Anbetracht der enorm großen aufzubauenden Versorgungskapazitäten insbesondere in Westdeutschland (U3-Rechtsanspruch ab 2013) noch erheblich verstärkt werden.

In den Bildungsprogrammen und in der Gesundheitsförderung werden z.T. ähnliche Zielgrößen der Ressourcenorientierung und Skillvermittlung auch bei Eltern mit unterschiedlichen Begriffen belegt, die zu einer gewissen Verwirrung führen und den beteiligten Erzieher/innen mitunter als Überforderung erscheinen. Hier sollte an einer „gemeinsamen Sprache“ von Bildungsprogrammen und Gesundheitsförderung gearbeitet werden.

Die Gesundheitsförderung in Kitas ist orientiert am Ansatz gesundheitsförderlicher Settings, der die Kitas als ganze incl. ihres sozialen Umfelds in den Blick nimmt. Zielgrößen sind darin Mitarbeiterzufriedenheit, Vermittlung kindlicher Selbstwirksamkeitserfahrungen („Kinder stark machen“) sowie Elternarbeit („Eltern stärken“). Als Bausteine („Tools“) dieser Gesundheitsförderung können Projekte zur Bewegungs- oder Ernährungsoptimierung angesiedelt werden, die sich insbesondere an der Schaffung entsprechender Sozialstrukturen ausrichten.

Die Inklusionspädagogik ist grundsätzlich gut entwickelt, die Umsetzung der sog. ‚Salamanca-Deklaration‘ von 1990 in die Praxis aber häufig schwierig, so dass im internationalen Vergleich Deutschland mit einem weiterhin hohen Anteil an sog. „Sonderschulen“ weit zurück fällt.

¹ Zitiert nach Prof. Thomas Rauschenbach; siehe in diesem Zusammenhang auch die Stellungnahme des Bundesjugendkuratoriums „Schutz vor Kindeswohlgefährdung – Anmerkungen zur aktuellen Debatte“ vom Dez. 2007.

Hinsichtlich der Sprachstandsentwicklung ist zu unterscheiden zwischen Sprechvermögen und Spracherwerb. Aus Blickwinkel der Bindungsforschung ist vor einer Konkurrenz zwischen primärer Sozialisation (Elternhaus) und sekundärer (Kita/ Schule) eindringlich zu warnen, weil dies schon kleine Kinder in starke Loyalitätskonflikte bringt. Insofern sind alle entsprechenden Bemühungen auf eine systemische Familienentwicklung zu beziehen, wie es der Diversity-Ansatz der britischen Family-Centres (ehem. Early Excellence Centres, Sure Start-Programm) ausdrückt mit dem Anspruch, Eltern dabei zu unterstützen, ihrer intuitiven Erziehungshaltung zu vertrauen und ihr implizites Erziehungskonzept zu explizieren.

Eine abschließende Anforderung an den elementarpädagogischen Bereich ist die Unterstützung der Transition von Kita zur Schule. Diese bedarf eines eigenständigen Methodenprogramms. In einzelnen Bundesländern bestehen hier z.T. bereits erfolgversprechende Modelle der Kooperation, die weiterentwickelt und baldmöglichst flächendeckend ausgerollt werden sollten.

(c) Kinder von sechs bis unter zwölf Jahren

Die o.a. elementarpädagogischen Begleitkonzepte für die 3. Transition sollten insbesondere aus dem schulischen Bereich aufgegriffen und verstärkt werden. Gerade in Bundesländern mit getrennter Bildungs- und Sozialverwaltung zeigt sich oft ein zu geringes Engagement der jeweiligen Kultusverwaltungen ebenso wie von Lehrer/innen und Schulleitungen zur Ausgestaltung dieser 3. Transition.

Eine Vielzahl von Gesundheitsproblemen zeigt sich erst im Zuge kindlicher Beschulung. Im Bereich der Frühförderung ist eine vorherige Untererfassung insbesondere sozial benachteiligter Kinder zu konstatieren. Die hohen Selektionsmechanismen der Schulsysteme (Notengebung, Schultypendifferenzierung nach vier bzw. sechs Grundschuljahren) führen zu einer Normierung kindlicher Leistungen, die den Erkenntnissen von Differenzierungen und individuellen Entwicklungsprozessen nicht gerecht wird. Im Ergebnis werden die Entwicklungspotenziale sozial benachteiligter Kinder oft unzureichend gefördert und ihre Verwirklichungschancen eingeschränkt.

Spätestens mit dem Schuleintritt muss Kindeswohl in seiner ganzen Breite gefördert werden, was insbesondere (neben Kinderschutz und Kindesförderung) kindliche Teilhabe und Partizipation als Anforderung an Pädagogik und Erziehung. Partizipation von Kindern gilt als Schlüsselbegriff zur Entwicklung von kindlichen Selbstwirksamkeitserfahrungen sowie zur Demokratieschulung. Adultismus, d.h. die Benachteiligung von Interessen der Kinder gegenüber den Interessen von Erwachsenen, verstärkt speziell in dieser Altersstufe Ohnmachtsgefühle von Kindern, die in geringerem Selbstwertgefühl mit der Folge von erhöhtem psychischen Belastungen und verstärktem Suchtmittelkonsum münden können.

Erst in den letzten Jahren wird im Zuge einer stärkeren Subjektorientierung in den Kindheitswissenschaften (insb. der Kindheitssoziologie) den subjektiven Wahrnehmungen von Kindern mehr Aufmerksamkeit gewidmet. Diese neue Forschungsorientierung sollte gestärkt bzw. bei spezifischen Zielgruppen wie Kindern mit Behinderungen oder Kindern in mit psychisch oder suchtblasteten Eltern überhaupt erst entwickelt werden. Gerade die in der World Vision- und der sog. „Bepanthen-Studie“ (2009) aufgezeigte subjektive Wahrnehmung von armutsbetroffenen Kindern (die die Negativzuschreibung strikt von sich weisen) sollte vertieft werden und in der Folge in Fachwissen und Handlungspraxis der Fachkräfte übergehen.

Auf die unter 1 (b) formulierte Anforderung einer systemischen Eltern-Kind-Umfeld – Entwicklung und der Vermeidung von Loyalitätskonflikten der Kinder zwischen primärer und sekundärer Sozialisation sei auch an dieser Stelle noch einmal nachdrücklich hingewiesen –

ohne einen wertschätzenden Einbezug der Eltern sind nachhaltige Entwicklungsmöglichkeiten kaum gegeben.

(d) Kinder und Jugendliche von zwölf bis unter achtzehn Jahren

Die hier vorgenommene Altersstufung weicht an dieser Stelle vom Zeitpunkt der 4. Transition ab, der mit dem Übergang von Primar- zum Sekundarschulbereich definiert ist und auf Grund der landesgesetzlich unterschiedlichen Regelungen nicht altersspezifisch zuzuordnen ist. Aus gesundheitlicher Sicht ist die Selektion in unterschiedliche Schulformen nicht nachvollziehbar; erforderlich sind vielmehr inklusive Lernformen mit einem Betreuungsschlüssel, der eine individuelle Förderung der Kinder möglich macht.

In dieser Altersstufe gewinnt die tertiäre Sozialisation in Form von Kinder- und Jugendsozialarbeit, Freizeiteinrichtungen oder Kultur- und Sportvereinen schrittweise an Bedeutung. Zwar entsprechen viele Methoden in diesem Bereich den Anforderungen an die Gesundheitsförderung hinsichtlich Lebensweltgestaltung und Selbstwirksamkeitsstärkung; andererseits lassen sich hier erhebliche Defizite identifizieren im Bereich von Sozialkompetenzförderung und Suchtprävention.

Die unter (c) genannte Subjektorientierung in Forschung und Praxis und die Vermittlung von Selbstwirksamkeitserfahrungen sollten verstärkt werden.

Der Sekundarschule stellen sich umfassende Aufgaben im Bereich der beruflichen Einfädung und Überführung (4. Transition).

(e) junge Erwachsene von achtzehn bis siebenundzwanzig Jahren

keine Stellungnahme; siehe Rückbezug zur Familiengründungsphase (unter (a))

Zu 2) Defizite und Mängel

(a) Kinder unter drei Jahren

Den unter 1 (a) genannten Sachverhalten liegen u.a. nachfolgende Defizite und Mängel zu Grunde:

- Die 1. Transitionsphase bedarf sowohl konzeptionell als auch in den Unterstützungsangeboten der Praxis einer verstärkten Beachtung. Insbesondere Gynäkologie und Pädiatrie bedürfen einer stärkeren psychosozialen Ausrichtung.
- In der psychosozialen Betreuung prae- und postnataler Belastungen bei Müttern und Eltern besteht akute Unterversorgung. Das Methodenprogramm ist weitgehend mittelschichtorientiert.
- Die im Rahmen des BMFSFJ-Programms Frühe Hilfen neu entstandenen Angebote sind noch nicht flächendeckend und verbindlich. Die Qualitätskonzepte müssen sowohl hinsichtlich Methodenprogramm als auch Zielgruppenorientierung weiterentwickelt werden.
- Die verschiedenen Anbieter sind wenig vernetzt und kaum koordiniert. Den unterschiedlichen Kostenträgern und Leistungserbringern nach SGB V, SGB VIII, SGB IX sowie z.T. SGB II mangelt es an gemeinsamer Zielbestimmung. Die vom 13. KJB

vorgeschlagene „Große Lösung“ ist zwar alleine schon schwer umzusetzen, zeigt sich aber in Anbetracht der vielfältigen Schnittstellenprobleme als eine eher noch wesentlich zu klein geratene Verzahnung.

(b) Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren

Den unter 1 (b) genannten Sachverhalten liegen u.a. nachfolgende Defizite und Mängel zu Grunde:

- Die aktuelle Erhöhung der Kinderbetreuungsplätze sollte noch stärker einhergehen mit einer verbesserten Qualifizierung der Fachkräfte, insbesondere hinsichtlich einer behutsamen Überführung in die Kita (2. Transition) und später in die Schule (3. Transition).
- Gesundheitsförderung im Setting Kita ist noch nicht in gewünschtem Umfang realisiert und konzeptionell noch zu wenig mit den neuen Bildungsprogrammen im Elementarbereich verknüpft.
- Die wissenschaftlich gut fundierte und international etablierte neue Inklusionspädagogik ist in der bundesdeutschen Praxis unterentwickelt.
- Die Früherkennung von manifesten oder drohenden geistigen, körperlichen und insbesondere seelischen Behinderungen ist bei sozial benachteiligten Kindern zu gering. Die Screeninginstrumente scheinen nicht ausreichend spezifisch. Das Methodenprogramm der Frühförderung scheint nur unzulänglich auf spezifische Bedarfe besonders belasteter Familien angepasst.

(c) Kinder von sechs bis unter zwölf Jahren

Den unter 1 (c) genannten Sachverhalten liegen u.a. nachfolgende Defizite und Mängel zu Grunde:

- Insbesondere das Schulwesen ist noch zu wenig eingestellt auf die Anforderungen der Transitionsbegleitung, wobei sich die Trennung der Ressortzuständigkeit zwischen Sozial- und Kultusverwaltung negativ bemerkbar macht.
- Schulische Selektionsmechanismen konterkarieren auch im weiteren Lebensverlauf die sozial- und gesundheitspolitisch angestrebte Förderung besonders belasteter Kinder und ihrer Familien.
- Dem primärpädagogischen Bereich fehlt es an umfassender Eltern- und Milieuorientierung. Auch die neueren Erkenntnisse der subjektorientierten Kindheitswissenschaften finden kaum Eingang in die primärpädagogischen Konzeptionen.
- Gesundheitswesen und Jugendhilfe haben hier die Aufgabe, Brücken zu bauen, was im Sinne ihrer anwaltschaftlichen Aufgabe auch die Vermittlung und Mediation mit den Ursachen impliziert.

(d) Kinder und Jugendliche von zwölf bis unter achtzehn Jahren

Den unter 1 (d) genannten Sachverhalten liegen u.a. nachfolgende Defizite und Mängel zu Grunde:

- Schon die Grundschulpädagogik weist Defizite auf in der Kinder-, Eltern- und Milieuorientierung (siehe 2 (c)), die sich folgend in der Sekundarstufe noch weiter verfestigen.
- Insbesondere dem in dieser Altersphase steigenden Partizipationsbedarf von Kindern wird nicht ausreichend Rechnung getragen.
- Die hier Bedeutung gewinnende tertiäre Sozialisation durch Kinder- und Jugendsozialarbeit, Freizeiteinrichtungen oder Kultur- und Sportvereinen ist vielfach nicht gesundheitsförderlich ausgerichtet, wie beispielgebend der besonders hohe Alkohol- und Tabakkonsum in Jugendsportgruppen oder Freizeitvereinen deutlich macht.
- Von Gesundheitswesen und Jugendhilfe erfolgen hier nur wenige Impulse für gesundheitsförderliche Lebensbedingungen.

(e) junge Erwachsene von achtzehn bis siebenundzwanzig Jahren

siehe 1 (e).

Zu 3) Handlungsbedarf – Forderungen an die Politik

(a) Kinder unter drei Jahren

Aus den unter 1 (a) und 2 (a) genannten Sachverhalten und Mängel leiten sich die nachstehenden Politikvorschläge ab:

- Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit sollten als integriertes Handlungsfeld begriffen und in der Folge anwaltschaftlich beratend und vertretend gestaltet werden. Dafür empfehlen sich kommunale Kooperationsnetze, Vereinbarungen zur kommunalen Kinder- und Familienfreundlichkeit und Präventionsketten nach dem sog. Dormagen-Modell. Entsprechende Rahmenvereinbarungen könnten sich orientieren am Vorschlag des AOK-Bundesverbandes².
- SGB V § 26 (in Verbindung mit § 25 (3)) sollte ergänzt werden um Beratungs- und Präventionsleistungen der Pädiatrie vorrangig zu den Themen Plötzlicher Kindstod, Unfälle, Gewalt und Ernährung (incl. Stillberatung). In der Folge sollte die Kindzentrierung der Früherkennungsuntersuchungen um eine Familien- und Milieuorientierung erweitert werden. Dabei sollte hinsichtlich der Leistungserbringung eine Erweiterung um nicht-medizinische Dienstleister nach § 25 (4) vorgesehen werden; im Vorfeld kann eine Klärung der entsprechenden Zuständigkeiten herbeigeführt werden hinsichtlich Kostenübernahme und Leistungserbringung gemäß o.a. Rahmenvereinbarungen.
- Die Berufsordnung der Hebammen sollte aus der alten RVO gelöst und in das SGB V überführt werden. Dabei sollte ihre zentrale Schnittstellenfunktion finanziell gesichert

² vorgetragen von Dr. Herbert Reichelt, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, anlässlich der Tagung „Gesundheit von klein auf – Verwirklichungschancen von Kindern verbessern“ am 7.10.2010 im Wissenschaftszentrum Berlin.

und strukturell ausgebaut werden; Akademisierung und Weiterqualifikationen von Hebammen zu Familienhebammen sollte ausgebaut werden. Ein bundeseinheitliches Vorgehen zur Kostenübernahme und zur Qualitätssicherung sollte angestrebt werden.

(b) Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren

Aus den unter 1 (b) und 2 (b) genannten Sachverhalten und Mängel leiten sich die nachstehenden Politikvorschläge ab:

- Ein flächendeckender Ausbau von Kinderbetreuungsangeboten sollte mit erhöhten Qualifizierungsanforderungen an das Fachpersonal verknüpft werden.
- Empfehlenswert wäre ein übergreifendes Programm zur Schulung in der Kinder- und Familienarbeit gemäß dem Sure Start-Programm in GB.
- Durch gesetzliche Ergänzung oder Ausführungsbestimmungen zur Ausgestaltung des SGB V, § 20 kann die Gesundheitsförderung im Setting Kita verstärkt werden. Dabei sollte auch die regionale Verankerung verstärkt werden.
- Die Umsetzung der Inklusion von Kindern mit Behinderung in Regelschulen sollte beschleunigt werden.
- Die Sensitivität der Screeninginstrumente und das nachfolgende Methodenprogramm der Frühförderung sollte verstärkt dem jeweiligen Bedarf besonders belasteter Familien angepasst werden.

(c) Kinder von sechs bis unter zwölf Jahren

Aus den unter 1 (c) und 2 (c) genannten Sachverhalten und Mängel leiten sich die nachstehenden Politikvorschläge ab:

- Für diese Altersgruppe zeigt sich besonders deutlich, dass eine verstärkte Kultur der Partizipation von Kindern an allen sie betreffenden Bereichen notwendig ist. Sie könnte über eine Aufnahme von Kinderrechten in das Grundgesetz befördert werden.
- Die Grundschulpädagogik ist verstärkt auf Kinder-, Eltern- und Milieuorientierung auszurichten.
- Institutionen der tertiären Sozialisation sollten über entsprechende Anreizsysteme stärker auf Ziele der Gesundheitsförderung wie Vermittlung von Selbstwirksamkeitserfahrungen, Lebenskompetenzentwicklung, Sozialkapitalbildung und Risikokommunikation und –management ausgerichtet werden.

(d) Kinder und Jugendliche von zwölf bis unter achtzehn Jahren

Aus den unter 1 (d) und 2 (d) genannten Sachverhalten und Mängel leiten sich die nachstehenden Politikvorschläge ab:

- Eine Kinder-, Eltern- und Milieuorientierung für den Bereich der Sekundärpädagogik sollte in Ausbildung und fachlichen Anreizsystemen deutlich verstärkt werden.
- Beteiligung von Kindern sollte in allen sie betreffenden Bereichen verbindlich und kontinuierlich sichergestellt werden (Kindervertretungen, Kinder- und Jugendbüros,

Verstärkung von Schülerrechten, Schülervertretungen etc.). Entsprechende Standards sollten in der Jugendhilfe gesetzt werden. In Forschungs- und Modellprojekten sollten die in diesen Bereichen bislang gesammelten, dezentralen Erfahrungen gebündelt und ausgewertet werden.

- Es sollten verstärkt Anreize über Fortbildungen, Modellprojekte und Förderrichtlinien geschaffen werden, die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in Kinder- und Jugendsozialarbeit, Freizeiteinrichtungen oder Kultur- und Sportvereinen gesundheitsförderlich auszurichten. Beispielgebende Ansätze wie die Kampagne ‚gut drauf‘ der BZgA sollten flächendeckend etabliert werden.

(f) junge Erwachsene von achtzehn bis siebenundzwanzig Jahren

keine bzw. siehe unter 3 (a).

Altersstufen übergreifend empfehlen sich aus Sicht des Gutachters folgende politische Maßnahmen:

- Aufnahme von **Kinderrechten in das Grundgesetz**, orientiert am Begriff des Kindeswohls, der Kinderschutz, Kinderförderung und Teilhabe/Partizipation von Kindern umfasst.
- Ausbau der Gesundheitsförderung/ Prävention zur 4. Säule der gesundheitlichen Versorgung, ermöglicht durch ein **Gesundheitsförderungsgesetz** zur Überwindung der vielfältigen Schnittstellenprobleme in der gesundheitlichen und sozialen Versorgung von Kindern und ihren Familien.
- Unterhalb dieser gesetzlichen Regelung Etablierung einer sog. ‚Großen Lösung‘ und bundesweiter **Rahmenvereinbarungen** zum Aufbau sog. Präventionsketten, orientiert z.B. am Vorschlag des AOK-Bundesverbandes und eingebettet in die Struktur des bundesweiten Kooperationsverbundes ‚Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten‘.
- Gesetzgeberische und normative Vorgaben zur **Stärkung der Ressourcenorientierung** durch entsprechende Anreizsetzungen in allen Handlungsfeldern der gesundheitlichen und sozialen Versorgung.
- Verstärkung eines **subjektorientierten Ansatzes** in der fachlichen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen; verstärkte Antizipation des familiären und sozialen Umfelds der Kinder.
- Verstärkung und Systematisierung einer sozial- und gesundheitswissenschaftlichen **Transitionsforschung** mit dem Ziel der Identifikation spezifischer Bedarfe und Entwicklung und Anwendung entsprechender Unterstützungsmodule.