

**Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland  
- 13. Kinder- und Jugendbericht -**

**Öffentliche Anhörung zum 13. Kinder- und Jugendbericht  
25. Oktober 2010**

**Stellungnahme**

**Prof. Dr. Birgit Babitsch,**  
Berlin School of Public Health,  
Charité - Universitätsmedizin Berlin

**Vorbemerkung**

Die explizite Fokussierung auf Gesundheit im Rahmen des 13. Kinder- und Jugendberichts ist als ausgesprochen positiv zu bewerten. Hervorzuheben ist des Weiteren die Bezugnahme auf die in den Gesundheitswissenschaften relevanten Konzepte der Salutogenese und der Gesundheitsförderung/Prävention. Die Berücksichtigung der Ansätze des Empowerments und des Capability-Approach sind nicht nur zeitgemäß, sondern eröffnen auch die Chance eines dringend notwendigen Paradigmenwechsel in der Betrachtung der Lebenssituation und den damit verbundenen Entwicklungs- und Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen sowie zum Abbau von sozialer Benachteiligung.

Die Darstellung der sozialen und gesundheitlichen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen wird sachgerecht und ausführlich im 13. Kinder- und Jugendbericht vorgenommen. Die daraus abgeleiteten Forderungen und Ziele greifen zentrale Ansatzpunkte zukünftiger politischer Entscheidungen auf. Zugleich werden die unterschiedliche Zuständigkeit (u. a. verschiedene Fachressorts, diverse SGB) bei der Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten deutlich, die nur durch verbindliche Standards und Zuständigkeiten übergreifend zusammen zu führen sind. Hier ist zugleich ein bis dato bestehendes Defizit angesprochen.

**1. Darstellung/Zusammenfassung des Sachstandes bei der Prävention und Gesundheitsförderung in der Jugendhilfe, bezogen auf die unterschiedlichen Lebensphasen der Kinder und Jugendlichen (Kinder unter drei Jahren, Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren, Kinder von sechs bis unter zwölf Jahren, Kinder und Jugendliche von zwölf bis unter achtzehn Jahren, junge Erwachsene von achtzehn bis siebenundzwanzig Jahren)**

Die Ausrichtung des deutschen Gesundheitssystems auf Gesundheitsförderung und Prävention ist in Deutschland aus vielfältigen Gründen noch nicht zufrieden stellend geglückt. Hierdurch werden die damit verbundenen Potentiale insbesondere für die 0- bis 27-Jährigen noch nicht ausreichend genutzt. Dies ist jedoch nicht gleichzusetzen mit einem Mangel an Projekten in diesem Bereich insgesamt sowie für die Altersgruppe der 0- bis 27-Jährigen. Im Gegenteil, in Deutschland findet sich ein Patchwork an Maßnahmen, die leider allzu oft nur eine begrenzte Projektförderung erhalten und alsbald wieder von der Bildfläche verschwinden.

Diese hier kurz skizzierte Situation steht eindeutig im Gegensatz zu den wissenschaftlichen Erkenntnissen hinsichtlich des Nutzens von gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen einerseits und den Erfahrungen aus Projekten andererseits. Eine lebensphasenspezifische Ausgestaltung der Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen ist insbesondere für diese Altersgruppe äußerst sinnvoll, da dies im Einklang mit den unterschiedlichen Entwicklungsaufgaben in diesem Lebensalter steht, und hierdurch die notwendige Zielgruppenspezifität erlangt wird, wie sie seitens der Gesundheitswissenschaften zu fordern ist. Ein „Gießkannensystem“ undifferenzierter Maßnahmen führt nur unzureichend dazu, die mit Gesundheitsförderung/Prävention intendierten, durchaus auch sozialpolitischen, Ziele zu erreichen.

## **Leistungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Jugendliche in Deutschland**

### **1. Früherkennungsuntersuchungen**

Früherkennungsuntersuchungen werden in Deutschland im Rahmen des § 26 Abs. 1 SGB V für die Altersgruppe der 0- bis 6-Jährigen als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung unentgeltlich angeboten, mit dem Ziel definierte Gesundheitsstörungen frühzeitig zu erkennen und therapeutisch zu behandeln. Eine weitere Untersuchung ist die Jugendgesundheitsuntersuchung (J1). Im Rahmen dieses Systems klafft derzeit eine Lücke für die 6- bis 11-Jährigen, für die keine gesetzliche festgelegte Früherkennungsuntersuchungen angeboten werden kann, obgleich Kinder in dieser Lebensphase vielfältigen Entwicklungsaufgaben und besonderen gesundheitlichen Problemen (siehe Ergebnisse der KiGGS-Studie) gegenüberstehen. Im Rahmen einer wissenschaftlichen Expertise wurde diese Frage geprüft und die Einführung einer weiteren U-Untersuchung für diese Altersgruppe empfohlen (Expertise, siehe BMG 2010).

### **2. Schuleingangsuntersuchung und Schuluntersuchungen**

Der öffentliche Gesundheitsdienst führt in nahezu allen Bundesländern die Schuleingangsuntersuchung durch, deren Teilnahme für die Kinder verpflichtend ist. In wenigen Bundesländern (z. B. Thüringen, Sachsen-Anhalt) werden darüber hinaus noch Untersuchungen zu späteren Zeitpunkten durchgeführt (Expertise, siehe BMG 2010).

Darüber hinaus ist der ÖGD in dieser Altersgruppe u. a. bei der Beratung und Frühförderung eingebunden. Die personelle und sächliche Ausstattung wurde in allen Bundesländern insgesamt so auch für diesen Bereich erheblich reduziert.

### **3. Setting- und Individualbezogene Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention**

Nach den Angaben des Präventionsberichtes 2009 wurden im Jahr 2008 deutlich mehr setting-bezogene und individuelle Maßnahmen der Primärprävention im Vergleich zu den Vorjahren durchgeführt (MDS 2009). Es wird eine Steigerung um 64% bei der Anzahl der setting-bezogenen Maßnahmen (14.000 in 2008 und 22.000 in 2009) und um 11% bei den Individualmaßnahmen berichtet. Im Settingansatz bilden Kinder/Jugendliche mit 74% die größte Zielgruppe. Die Bewertung der Maßnahmen bezüglich der Präventionsziele für Kinder und Jugendliche fällt im Bericht positiv aus, da vermehrt Aktivitäten im Setting Kindertagesstätten durchgeführt wurden. Allerdings steht dagegen das Setting Schule etwas zurück.

Wie eingangs beschrieben, existiert im Bereich der Gesundheitsförderung/Primärprävention eine Fülle von Projekten, die auch häufig explizit das Ziel verfolgen, sozial bedingte Ungleichheit in Gesundheit zu reduzieren. Ein sehr guter Überblick findet sich diesbezüglich mit der Plattform „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ ([www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)). Zudem können auf dieser Plattform Beispiele guter Praxis identifiziert werden, deren Auslobung einem zwischen vielen Akteuren abgestimmten Kriterienkatalog folgt. Allein auf dieser Plattform finden sich für die unterschiedlichen Altersgruppen eine Vielzahl von Projekten: Säuglinge (N=82); Klein- und Vorschulkinder (N=172), Schüler/Schülerinnen, 6 bis 10 Jahre (N=286); Schüler/Schülerinnen, 11 bis 14 Jahre (N=336), Jugendliche, 15 bis 18 Jahre (N=493), Junge Erwachsene, 19 bis 29 Jahre (N=888). Viele dieser Projekte zeichnen sich durch einen sehr spezifischen Fokus auf regionale Gegebenheiten und Bedarfe der betrachteten Zielgruppe aus. Dieses Vorgehen ist in hohem Maße sinnvoll; dennoch besteht ein Mangel an übergreifenden Vorhaben im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne eines Gesamtkonzeptes (einschließlich Nachhaltigkeit und verbindlicher Vernetzung), welches den gesamten Lebenslauf von Kindern und Jugendlichen in Betracht zieht. Bei Nutzung anderer Informationsquellen (z. B. Präventionsbericht 2009; Anhang 3.3 des SVR-Sondergutachten 2009) ergeben sich andere Zahlen, was sicherlich z. T. unterschiedlichen methodischen Vorgehensweisen geschuldet ist, damit aber den Gesamtüberblick in diesem Aktionsfeld verhindert.

Erschwerend kommt hinzu, dass viele dieser Projekte im Rahmen von Projektförderungen realisiert werden und damit eine nachhaltige Verankerung nur in seltenen Fällen gegeben ist. Dies wird auch durch die Ergebnisse des Präventionsberichts 2009 unterstützt, der zeigt, dass nur ca. 30% der Projekte eine Förderlaufzeit von über einem Jahr haben, mit Ausnahme der Kindergärten/-tagesstätten, wo der Anteil bei 51% liegt. Deutlich wird im Präventionsbericht 2009 zudem, dass vorwiegend unter 15-Jährige mit setting-bezogenen Maßnahmen erreicht und damit entsprechend auch in der Mehrzahl Kindergärten/-tagesstätten und Grundschulen als Einrichtungen adressiert wurden. Als problematisch ist sicherlich der sehr geringe Anteil von setting-bezogenen Maßnahmen insbesondere in Hauptschulen (3%), Berufsschulen (3%) und Gesamtschulen (1%) zu betrachten.

Eine sehr ausführliche Bewertung der Angebote im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention im Einzelnen findet sich bereits im 13. Kinder- und Jugendgesundheitsbericht, im letzten SVR-Sondergutachten 2009 sowie im Gutachten „Erkennen – Bewerten – Handeln“ des RKI gemeinsam mit der BZgA aus dem Jahr 2008.

Wichtige und z. T. bereits realisierte Voraussetzungen für eine gelingende gesundheitsfördernde und präventive Gesamtpolitik werden dementsprechend im Rahmen der Stellungnahme nur cursorisch angeführt:

- 1) die nachhaltige Finanzierung von koordinierenden Stellen (z. B. Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung, Regionale Knoten);
- 2) die Etablierung von Maßnahmen der Qualitäts- und Ergebnissicherung, wobei hier sicherlich noch Förderungsbedarf besteht (siehe 2.);
- 3) die Benennung von Beispielen guter Praxis mit relevanten Impulsen zur Qualitätssteigerung in diesem Aktionsfeld;

- 4) die Fokussierung auf Lebenswelten (Settings) und die Einbindung der Eltern;
- 5) die Zielsetzung, sozial bedingte Ungleichheit in Teilhabe und Gesundheit zu reduzieren, und damit soziale Lebenslagen in den Mittelpunkt zu stellen;
- 6) die Ausrichtung der Programme auf einen umfassenden Gesundheitsbegriff einschließlich einer salutogenetischen und damit auch ressourcenorientierten Perspektive und die Berücksichtigung des Konzeptes der Teilhabe- und Verwirklichungschancen sowie
- 7) die Bereitschaft und die Befähigung zur sektoren- und fachübergreifenden Zusammenarbeit.

## **2. Welche Defizite und Mängel bestehen dabei aus Ihrer Sicht?**

Obgleich viel im Bereich der Gesundheitsförderung/Prävention bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren getan wurde, lassen sich dennoch Defizite und Mängel konstatieren, die nachfolgend kursorisch aufgelistet werden:

1. Fehlen eines Gesamtkonzeptes zur Sicherstellung der Teilhabe- und Verwirklichungschancen von Kindern und Jugendlichen  
In ein solches Konzept wären zu integrieren: 1) die unterschiedlichen Handlungsfelder (u. a. Soziales, Familie, Bildung, Gesundheit, Umwelt); 2) eine Lebenslaufperspektive; 3) alle Bereiche der gesundheitlichen Versorgung (von Gesundheitsförderung, Kuration, bis Rehabilitation); 4) eine definierte Vernetzung und Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure in diesem Feld, 5) die Festlegung von Standards sowie 6) als Basis ein umfassender Gesundheitsbegriff, die Orientierung an Ressourcen unter Einbeziehung auch vorhandener Risiken und den UN-Kinderrechten.
2. Fehlen einer gesamtgesellschaftlichen Umsetzungsstrategie des Nationalen Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“ einschließlich quantitativer Vorgaben und verbindlicher sektorenübergreifender Koordination
3. Stärkere Verzahnung der Ressorts Familien-, Bildungs-, Kinder- und Jugend- und Gesundheitspolitik (sektorübergreifende Politik) zur Reduktion der Folgen sozialer Ungleichheit im Sinne verbindlicher Standards auf kommunaler, Länder- und Bundesebene
4. Verbesserung der Gesamtkoordination und Vernetzung der an der Gesundheitsförderung und Prävention beteiligten Akteure
5. Unzureichende Verstetigung von erfolgreichen Angeboten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention
6. Unzureichendes Capacity Building im Bereich Gesundheitsförderung/Prävention sowie Kinder- und Jugendhilfe (Akademisierung, Fort- und Weiterbildungsangebote)
7. Unzureichende und unsystematische Dokumentation und Qualitätssicherung der Maßnahmen
8. Unzureichende Erhebung von Daten zu Angeboten wie auch zur Nutzung der Angebote (Früherkennung, Gesundheitsförderung, Prävention) auf Bundesebene.

### **3. Welchen Handlungsbedarf sehen Sie; welches sind Ihre Forderungen an die Politik?**

Die Forderungen an die Politik leiten sich unmittelbar aus den in Punkt 2 genannten Defiziten ab. Im Folgenden werden einzelne Aspekte hervorgehoben:

1. Entwicklung einer Gesamtstrategie im oben genannten Sinne mit Formulierung auch von quantitativen und zeitlich terminierten Gesundheitszielen sowie der Festlegung verantwortlicher Akteure
2. Fokussierung auf den Lebenslauf von Kindern, wodurch ein integriertes Konzept der jeweils erforderlichen und für die in der jeweiligen Lebensphase sinnvolle und fachübergreifende Unterstützung zur Erreichung der Verwirklichungschancen und der jeweils erforderlichen Politikfelder bzw. Akteure sichtbar wird
3. Einrichtung einer Gesamtkoordination auf Bundesebene unter Beteiligung der Bundesländer und Kommunen
4. Sicherstellung nachhaltiger Finanzierungsmöglichkeiten von Modellen guter Praxis
5. Sicherstellung bzw. Förderung einer kontinuierlichen Datenerhebung im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung sowie im Rahmen der Versorgung (bspw. Früherkennung)
6. Veränderung des § 26 Abs. 1 SGB V mit der Aufhebung der Altersbegrenzung, so dass Früherkennungsmaßnahmen für alle Altersgruppen angeboten werden können
7. Etablierung bzw. Sicherstellung von übergreifenden und multiprofessionellen Angeboten der gesundheitlichen Versorgung (z. B. sozialpädiatrische Zentren), wodurch die Schnittstellen innerhalb des Gesundheitssystems bzw. auch zu anderen Lebensbereichen der Kinder/Jugendlichen (z. B. Schule) definiert und schlussendlich verringert werden können.