

Prof. Dr. Heiner Keupp

**Gesundheitschancen von sozial benachteiligten
Kindern und Jugendlichen nachhaltig verbessern:
Das Jugendalter**

**Diskussionsimpuls beim 8. Kooperationstreffen am
Mittwoch, den 08. September 2010 in Berlin**



Gesundheitschancen benachteiligter Jugendlicher

Ausgangsthese

In der 9. Leitlinie des 13. Kinder- und Jugendberichts heißt es:

„Gesundheitsförderung, die sich an einer Lebensverlaufsperspektive ausrichtet, wird der Förderung altersspezifischer Entwicklungsressourcen in den frühen Lebensphasen besondere Priorität einräumen, um möglichst gute Bedingungen für die weitere Entwicklung zu schaffen. Sie darf trotzdem die späteren Lebensphasen nicht vernachlässigen. Gerade das Schul- und Jugendalter zeigt einen besonderen Förder- und Unterstützungsbedarf im Sinne der Erhöhung von Verwirklichungschancen, um die anstehenden gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen für sich selbst und bezogen auf die gesellschaftlichen Anforderungen befriedigend bewältigen zu können.“

Entwicklungsaufgaben

- Den Körper bewohnen lernen
- den Umgang mit Sexualität lernen
- den Umbau der sozialen Beziehungen
- den Umbau der Leistungsbereitschaft:
Schule als Entwicklungsaufgabe
- die Berufswahl
- Bildung
- Identitätsarbeit

Quelle: Helmut Fend (2001). Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Ein Lehrbuch für pädagogische und psychologische Berufe. Opladen.

Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen

12- bis unter 18-Jährige: **Körper spüren, Grenzen suchen, Identität finden**

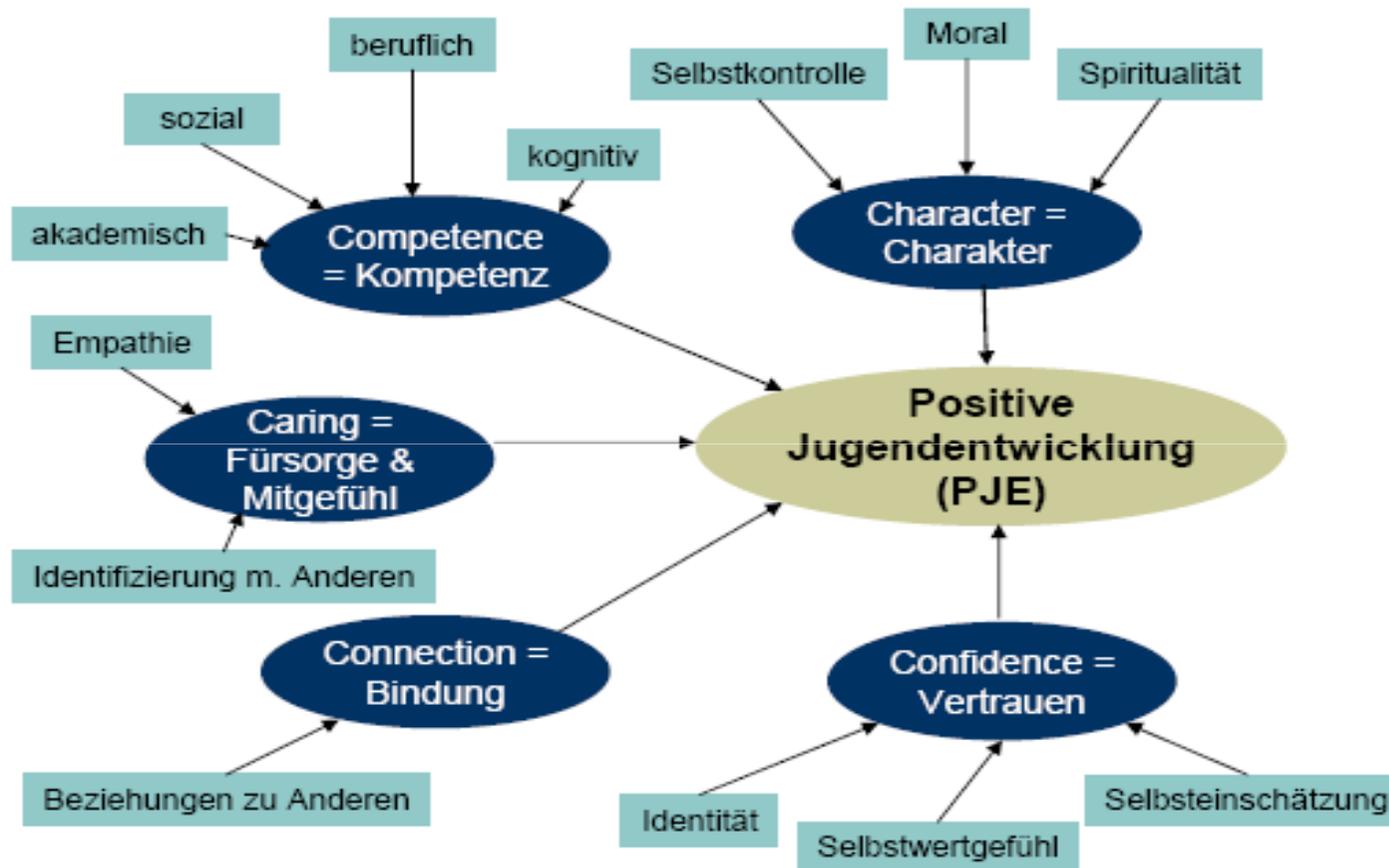
Um eine stimmige Identität auszubilden, suchen und brauchen Jugendliche Herausforderungen und Grenzen. Sie benötigen genügend soziale Lern- und Erfahrungsräume auch jenseits von Schule und Elternhaus, in denen sie zum einen den eigenen Körper und die eigene Sexualität ausprobieren und spüren können, um so zu lernen, ihren Körper anzunehmen und zu „bewohnen“. Sie brauchen weiterhin genügend Möglichkeiten, um in ihrem Freundeskreis ihren jugendkulturellen Interessen und Praxen nachzugehen, die ihnen Abgrenzung und die Ausbildung von Eigenständigkeit ermöglichen, wobei dies auch Mädchen und Jungen mit Behinderungen mehr als bisher ermöglicht werden sollte.

Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen

12 - bis unter 18-Jährige: **Körper spüren, Grenzen suchen, Identität finden**

Jugendliche bedürfen weiter der Unterstützung bei ihrer Auseinandersetzung mit den gesellschaftlich und medial vermittelten Botschaften des „Alles ist möglich“, denn Jugendliche in dieser Altersphase sind mit der unumgänglichen Herausforderung konfrontiert, eine für sie stimmige Balance zwischen ihren Vorstellungen und Bedürfnissen und den hierfür vorhandenen Möglichkeiten und Grenzen zu finden. Um mit den sich anbietenden riskanten Freiheiten zurechtzukommen, brauchen Jugendliche auch hier Lebenskompetenzen, die ihnen neben dem Elternhaus in Settings der (non-)formalen Bildung, z. B. in der Schule und in den Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe, vermittelt werden können.

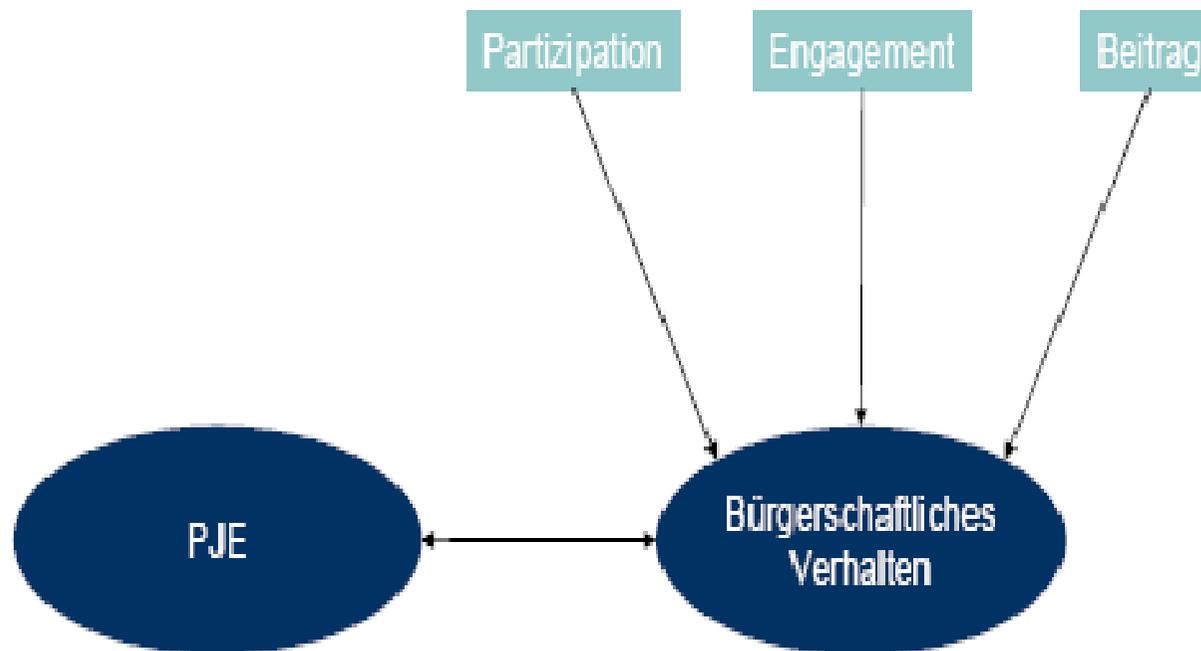
Gesundheitschancen benachteiligter Jugendlicher



Quelle: Richard M. Lerner: Die 5 Cs der positiven Jugendentwicklung

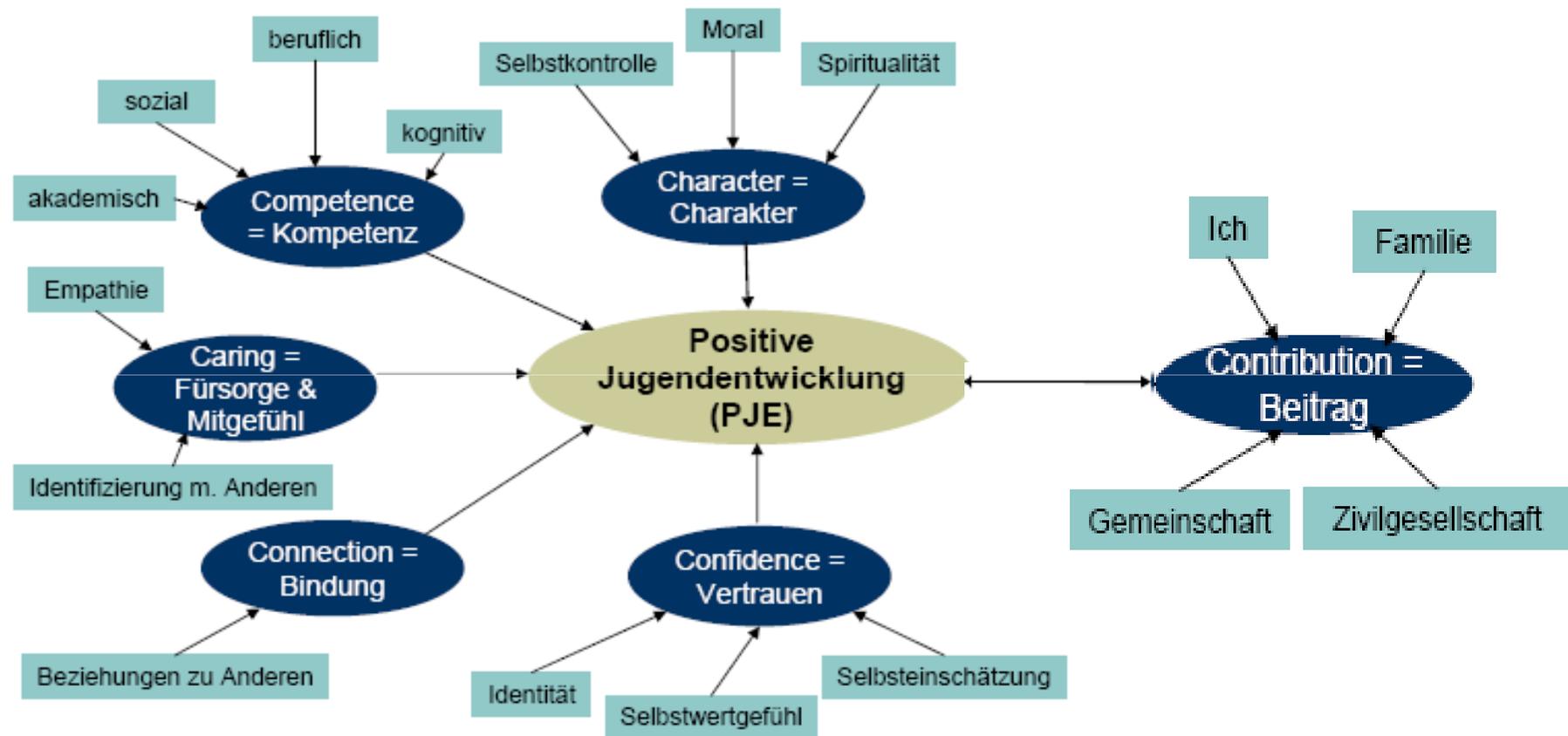
Gesundheitschancen benachteiligter Jugendlicher

Positive Jugendentwicklung und bürgerschaftliches Engagement



Quelle: Richard M. Lerner: Engagierte Jugend – lebendige Gesellschaft

Gesundheitschancen benachteiligter Jugendlicher



Quelle: Richard M. Lerner: Die 6 Cs der positiven Jugendentwicklung

Gesundheitschancen benachteiligter Jugendlicher

	Befunde
Emotionale Probleme (Ängste, depressive Verstimmung)	Gesamt: 15,6% Jungen: 12,6% Mädchen: 18,8% Mit MH: 18,0% Ohne MH: 15,2% 18,5% niedriger ST > 15,3% mittlerer ST > 12,5% hoher ST
Verhaltensprobleme (aggressiv-dissoziales Verhalten)	Gesamt: 27,5% Jungen: 30,9% Mädchen: 24,1% Mit MH: 30,6% Ohne MH: 27,0% 36,6% niedriger ST > 26,7% mittlerer ST > 19,7% hoher ST
Hyperaktivitätsprobleme	Gesamt: 9,2% Jungen: 12,7% Mädchen: 5,5% Mit MH: 10,2% Ohne MH: 9,1% 11,0% niedriger ST > 9,3% mittlerer ST > 7,3% hoher ST
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	Gesamt: 22,4% Jungen: 23,9% Mädchen: 20,9% Mit MH: 32,8% Ohne MH: 20,6% 28,1% niedriger ST > 21,1% mittlerer ST > 18,1% hoher ST
Mangel im Bereich prosoziales Verhalten ^[1]	Gesamt: 12,5% Jungen: 16,0% Mädchen: 8,9% Mit MH: 13,1% Ohne MH: 12,4% 13,7% niedriger ST > 11,7% mittlerer ST < 12,6% hoher ST

**Psychische und
Verhaltensauffälligkeiten bei 14- bis 17-
Jährigen**

Quelle: KIGGS 2007

Mangelnde Kohärenz

Alle gesundheitlichen und vor allem psychosoziale Probleme von Jugendlichen (Depression, Essstörungen, Suchtformen) weisen eine klare Korrelation mit einem unzureichend entwickelten Kohärenzgefühl und einem hohen Demoralisierungsgrad auf. Das gilt vor allem für die psychosozialen Problemlagen. Für sozial benachteiligte Jugendliche und solche mit Migrationshintergrund gilt das besonders; für Mädchen noch mehr als für männliche Jugendliche.

Die Leitlinie 5 des 13. KJB zielt auf

Befähigungsgerechtigkeit

Es gibt gesellschaftliche Segmente, in denen ein gesundes Aufwachsen bedroht ist, weil in ihnen die erforderlichen Entwicklungs- und Widerstandsressourcen nicht vorhanden sind bzw. nicht an Heranwachsende weitergegeben werden können. Hier ist vor allem die wachsende Armut zu nennen, die in überproportionaler Weise Kinder und Jugendliche betrifft. Die Orientierung am Ziel der Befähigungsgerechtigkeit verpflichtet zu Fördermaßnahmen, die allen Heranwachsenden die Chance zum Erwerb der Entwicklungsressourcen geben, die zu einer selbstbestimmten Lebenspraxis erforderlich sind. Dabei gilt es, aktiv an den vorhandenen Ressourcen gerade sozial benachteiligter Heranwachsender anzuknüpfen, statt diese implizit und explizit zu entwerten.

Befähigungsgerechtigkeit

- Heranwachsende brauchen die Chance, Zugang zu den Ressourcen gewinnen, die sie zu einer souveränen Handlungsbefähigung benötigen.
- Die institutionellen Angebote des Bildungs-, Sozial- und Gesundheitssystems müssen Heranwachsende in ihrer Handlungsbefähigung systematisch unterstützen.
- Es sind professionelle Empowerment-Strategien zu entwickeln, die auf dieses Ziel ausgerichtet sind.
- Heranwachsende müssen über Partizipationsmöglichkeiten in ihren Selbstwirksamkeitserfahrungen gefördert werden.
- Solche Erfahrungen sind vor allem auch dann zu unterstützen, wenn die eigene Handlungsfähigkeit durch Behinderung eingeschränkt ist.

Empfehlungen

Gesundheitsförderung im Schulalter

- Die steigenden gesundheitlichen Belastungen (Ernährungsprobleme, Übergewicht, chronische Erkrankungen wie Allergien und psychosoziale Probleme wie ADHS) dürfen nicht medikalisiert werden.
- Weil in der Schule alle Kinder erreicht werden können, bedarf es einer verbesserten Kooperation von gesundheitsförderlichen Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe und der Schule durch den Ausbau der Schulsozialarbeit.
- Speziell in den Ganztagesangeboten ist die systematische Förderung von altersspezifischen Gesundheitsthemen relevant.
- Förderung der Elternselbsthilfe (etwa durch Projekte wie *Elterntalk*)

Empfehlungen des 13. KJB

Gesundheitsförderung im Jugendalter

- Dringend erforderlich ist eine stärkere fachliche (und politische) Aufmerksamkeit für die gesundheitlichen Herausforderungen und Risiken des Jugendalters (vor allem psychosoziale Probleme wie Sucht, Essstörungen, Depressionen).
- Notwendig ist die Unterstützung bei der Erarbeitung realistischer und erreichbarer Lebensziele und der identitären Grenzziehung. Diese sind Voraussetzung für Gewinnung von Lebenskohärenz.
- Unterstützung ist vor allem bei der Bewältigung von Übergängen (z.B. Schule – Beruf) relevant.
- Jugendliche in ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen zu Erziehung bedürfen einer genügend intensiven, aber an ihre Lebenswelt anschlussfähige, nicht ausgrenzende und mit dem Gesundheitssystem vernetzte Hilfen.

Gesundheitschancen benachteiligter Jugendlicher

Prävalenz von Essstörungen bei 11- bis 17-Jährigen (Selbstauskunft)

	11-13 Jahre	14-17 Jahre
Insgesamt	20,6%	22,7%
Geschlecht	Mädchen: 23,5% Jungen: 17,8%	Mädchen: 32,3% Jungen: 13,5%
Migrationshintergrund	Mit MH: 30,1% Ohne MH: 18,5%	Mit MH: 30,4% Ohne MH: 21,2%
Sozialer Status	Hoher ST: 13,2% Niedriger ST: 28,3%	Hoher ST: 17,2% Niedriger ST: 27,2%

Quelle: KIGGS (2007)

Gesundheitschancen benachteiligter Jugendlicher

Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei 11- bis 17-Jährigen

	11-13 Jahre	14-17 Jahre
Gesamt (100 %)		
Normalgewichtig	72,7	76,2
Übergewichtig	11,4	8,6
Adipös	7,2	8,5
Geschlecht (Adipositas)		
Jungen	7,3	8,2
Mädchen	7,2	8,9
Migrationshintergrund (Adipositas)		
Mit MH	10,0	9,4
Ohne MH	6,4	8,3
Sozialstatus (Adipositas)		
Niedriger ST	12,0	14,0
Hoher ST	3,6	5,2

Quelle: KIGGS
(2007)

Gesundheitschancen benachteiligter Jugendlicher

Konstellationen	Befunde
Aktiv rauchende Jugendliche (BZgA 2007b)	18% (davon 10% Gelegenheitsraucher) Mädchen: 17% (davon 11% Gelegenheitsraucher) Jungen: 18% (davon 9% Gelegenheitsraucher)
Alter des Erstkonsums (Kraus et al. 2008)	≤ 12. Lebensjahr: 35,6% Durchschnittsalter: 14,2 Jahre
Sozialstatus (Lampert/Thamm 2007)	Mädchen: Häufigeres Rauchen in niedrigen sozialen Statusgruppen (1,8fach erhöhte Wahrscheinlichkeit) Jungen: Kein Einfluss des Sozialstatus' auf das Rauchverhalten
Migrationshintergrund (Lampert/Thamm 2007)	Mädchen: mit MH 24,1% ohne MH 33,4% Jungen: mit MH 26,4% ohne MH 32,0%
Wohnregion (Lampert/Thamm 2007)	Mädchen: Ostdeutschland 36,0% Westdeutschland: 30,7% Jungen: Ostdeutschland 37,7% Westdeutschland: 29,2%
Passivrauchbelastung (tägl. bis mehrfach/Woche) (Lampert 2008)	Mädchen: 41,6% Jungen: 40,1%

Tabakkonsum bei Jugendlichen (Zusammenstellung 13. KJB)

Gesundheitschancen benachteiligter Jugendlicher

Studienpopulation Merkmale	Jungen %	Mädchen %
Niedriger sozialer Status	37,0	19,5
Mittlerer sozialer Status	44,6	26,1
Hoher sozialer Status	39,9	25,5
Migrant	27,5	9,9
Nicht-Migrant	43,3	25,6
Ost	41,9	20,0
West	40,4	24,0

**Alkoholkonsum mindestens einmal in der Woche bei 14 – 17-Jährigen
(Selbstangaben; KIGGS)**

Gesundheitschancen benachteiligter Jugendlicher

Studienpopulation Merkmale	Jungen	Mädchen	Gesamt
14–17 Jahre			
Niedriger sozialer Status	11,5 %	15,8 %	13,6 %
Mittlerer sozialer Status	8,2 %	13,1 %	10,6 %
Hoher sozialer Status	8,7 %	9,1 %	8,9 %
Migrant	10,9 %	14,9 %	12,8 %
Nicht-Migrant	9,2 %	12,7 %	10,9 %
Ost	12,1 %	15,5 %	13,8 %
West	8,8 %	12,3 %	10,5 %
Gesamt	9,5 %	13,0 %	11,2 %

**Defizitäre personale
Ressourcen bei 14-
bis 17-Jährigen
(Selbstangaben)**

Quelle: KIGGS 2007

Gesundheitschancen benachteiligter Jugendlicher

Studienpopulation Merkmale	Jungen	Mädchen	Gesamt
14–17 Jahre			
Niedriger sozialer Status	11,1%	20,7%	16,0%
Mittlerer sozialer Status	13,5%	17,5%	15,5%
Hoher sozialer Status	13,2%	11,1%	12,1%
Migrant	8,8%	19,3%	13,9%
Nicht-Migrant	13,7%	16,3%	14,9%
Ost	13,8%	15,0%	14,4%
West	12,6%	17,2%	14,9%
Gesamt	12,9%	16,7%	14,8%

**Defizitäre familiäre
Ressourcen bei 14-
bis 17-Jährigen
(Selbstangaben)**

Quelle: KIGGS 2007

Gesundheitschancen benachteiligter Jugendlicher

Studienpopulation Merkmale	Jungen	Mädchen	Gesamt
14–17 Jahre			
Niedriger sozialer Status	14,0%	8,3%	11,1%
Mittlerer sozialer Status	10,3%	4,2%	7,3%
Hoher sozialer Status	9,1%	6,3%	7,7%
Migrant	13,1%	10,9%	12,1%
Nicht-Migrant	10,9%	5,1%	8,1%
Ost	14,3%	6,2%	10,3%
West	10,5%	6,1%	8,3%
Gesamt	11,3%	6,1%	8,7%

**Defizitäre soziale
Ressourcen bei 14-
bis 17-Jährigen
(Selbstangaben)**

Quelle: KIGGS 2007