

Zentrale Thesen der Expertise

**„Ansätze eines Transferkonzeptes Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)“
vor dem Hintergrund der Kinder- und Jugend-Good-Practice-Projekte bei
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de**

Helene Luig-Arlt

Kurz nach der Veröffentlichung der Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys 2007 gab die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die hier referierte Expertise in Auftrag. Es sollten vor dem Hintergrund des Good-Practice-Prozesses des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ Ansätze für ein Transferkonzept des Kinder- und Jugend surveys im Hinblick auf Prävention und Gesundheitsförderung aufgezeigt werden. Der vorliegende Text greift zentrale Ergebnisse heraus und zeigt beispielhaft, wie das in der Good-Practice-Dokumentation gesammelte Praxiswissen mit den repräsentativen Daten der Gesundheitsberichterstattung zusammengeführt werden kann.

Zentrale Fragen der Studie waren:

- Welche Wirksamkeit weisen die Kinder- und Jugend-Good-Practice-Projekte nach?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Ergebnissen des Kinder- und Jugend surveys und den Kinder- und Jugend-Good-Practice-Projekten?
- Welche Empfehlungen könnten aus der Studie gezogen werden?

Hintergrund

Die Datenbank www.gesundheitliche-chancengleichheit.de stellt Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention zusammen, die aufgrund örtlicher Bedarfslagen – vorwiegend in Gebieten mit besonderer Benachteiligung - in den letzten Jahren entwickelt wurden. Diese Projekte und Maßnahmen zielen darauf ab, die gesundheitliche Ungleichheit zwischen besser und schlechter gestellten Schichten zu minimieren. Projektkonzepte, die eine angestrebte Verbesserung der gesundheitlichen Chancen in besonders geeigneter Weise umsetzen, werden anhand eines Kriterienkataloges als Good-Practice-Projekte vorgestellt.

Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys 2007 mit fast 18.000 Kindern und Jugendlichen von 0 bis 17 Jahren liefern repräsentative Daten auf Bundesebene zu den Themenbereichen körperliche Gesundheit und Krankheiten, seelische Gesundheit und Probleme, soziale Gesundheit und Lebensbedingungen, Gesundheitsverhalten und Risiken sowie die medizinische Versorgung. Im Rahmen der körperlichen Untersuchungen und Tests wurden auch Indikatoren ausgewählt, die auf zunehmende Entwicklungs- und Gesundheitsprobleme im Kindesalter hinweisen und zum Teil prädikativen Aussagewert für den Gesundheitszustand im Erwachsenenalter haben.

Vorgehen der Expertise

Im selben Jahr wurden die bundesweit 42 (2009: 57) Good-Practice-Projekte im Kinder- und Jugendbereich hinsichtlich ihrer Präventionsarbeit in ausgewählten Handlungsfeldern mit den Bedarfen und Erfordernissen, die der Kinder- und Jugend survey darstellt, in Verbindung gebracht. Die Good-Practice-Projekte sind bedarfsorientiert und zielen auf Veränderung des Verhaltens und Verbesserungen der Lebensverhältnisse – im Sinne eines Settingansatzes – ab. In der Regel liegt den Projekten ein integrierter Handlungsansatz zugrunde, der Elternarbeit, Kooperation, Partizipation und Vernetzung enthält. Um einen Transferansatz zu ermöglichen,

wurden zentrale Wirkansätze der Projekte abgeleitet und den Ergebnissen des Surveys gegenübergestellt.

Ausgewählte Ergebnisse des Kinder- und Jugendsurveys und Wirkansätze der Kinder- und Jugend-Good-Practice-Projekte

In den Konzepten der Projekte wurden fünf Wirkansätze – settingorientiert, persönlichkeitsstärkend, verhaltensorientiert, zielgruppenspezifisch und strukturell – in ihren Handlungsfeldern dargestellt und den Ergebnissen des Surveys gegenüber gestellt. Die Basis für die Wirkansätze sind die jeweiligen Projektbeschreibungen gewesen. Die Projekte weisen stets mehrere Wirkansätze und Handlungsfelder auf. Für den vorliegenden Text wurden auf Grund der Kürze der Darstellung lediglich eine tabellarische Darstellungsform gewählt.

Tab 1: Settingorientierte Wirkansätze

Projekte: Anzahl	zentraler „Wirkansatz“ in den Handlungsfeldern
7	Ganzheitliches Konzept im Setting Kita
1	Ganzheitliches Konzept im Setting Ganztagschule
2	Impfungen im Setting Schule / Quartier
2	Schulprojekte mit starker Partizipation der Jugendlichen
4	Verbindung Schule/Jugendhilfe/Freizeitpädagogik
3	Jugend-Sozial-Arbeit (Jugendclub) angereichert durch Gesundheitsförderung
6	Sozialraumorientierte Aktivitätsförderung der Kinder
4	Motorische Förderung im Setting Kita

Tab. 2: Persönlichkeitsstärkende Wirkansätze

Projekte: Anzahl	zentraler „Wirkansatz“ in den Handlungsfeldern
7	Verminderung und Vermeidung von Fehlentwicklungen in Familien mit Kindern von 0-3 Jahren Aufsuchende Hebammenhilfe, Elterncafé, Familienberatung
10	Steigerung psychosozialer Lebenskompetenz, Kohärenzsinn- und Resilienzförderung
2	Beratung / Sozialhilfe in besonderen Situationen (z.B. Aids)
2	Gewaltprävention
3	Suchtprävention
3	Verminderung und Vermeidung von Vernachlässigung und Misshandlung

Tab. 3: Verhaltensorientierte Wirkansätze

Projekte: Anzahl	zentraler „Wirkansatz“ in den Handlungsfeldern
8	Adipositas, Übergewicht, Essstörungen
6	Ernährung
3	Zahngesundheit
2	Sprachförderung
6	Bewegung

Tab. 4: Zielgruppenspezifische Wirkansätze

Projekte: Anzahl	zentraler „Wirkansatz“ in den Handlungsfeldern
1	Flüchtlinge und traumatisierte Personen
2	Psychisch Kranke und Behinderte
7	Alleinerziehende, Teenagerschwangerschaften und Schwangere

Tab 5: Strukturelle Wirkansätze

Projekte: Anzahl	zentraler „Wirkansatz“ in den Handlungsfeldern
7	Arbeitsfeld- und Trägerübergreifende Zusammenarbeit, Projekttransfer
4	Netzwerkbildung auf Kreis-, Bezirks-, und Landesebene / internationaler Austausch
3	Aufbau von Eltern- und Nachbarschaftsnetzwerken
7	Ausbildung von Gesundheitszirkeln, Partizipation gesunde Stadtentwicklung

Beispiel: Verhaltensorientierter Wirkansatz und settingorientierter Wirkansatz

Mundgesundheitsverhalten/Zahngesundheit

Zahnpflegeverhalten, Inanspruchnahme und Kariesprophylaxemittelanwendung zeigen deutliche schicht- und kulturspezifische Unterschiede. Die größeren Risiken eines ungünstigen Mundgesundheitsverhaltens verbinden sich mit sozial niedrigem Status und besonders mit einem Migrationshintergrund. (KiGGS S. 653 – 658).

Good-Practice-Ansatz: Kinder im Alter von 3 – 6 Jahren werden mit Zahnpflege kindgerecht vertraut gemacht. Der Baustein Zahngesundheit beinhaltet die Zahn- und Mundhygiene sowie eine zahngesunde Ernährung. Ergänzend werden Fortbildungen für ErzieherInnen zur kindgerechten Ernährung, Bewegung, aber auch Umwelterziehung angeboten. Eltern werden in das Kita-Programm einbezogen. Kooperationspartner sind neben dem Umweltamt, dem BUND auch der Jugendzahnärztliche Dienst.

Good-Practice-Projektbeispiel: „Ernährung, Umwelt, Zahngesundheit und Bewegung in Kitas“ (Nr. 8) und vgl. Projekte: Ganzheitliches Konzept im Setting Kita.

Beispiel: Struktureller Wirkansatz und persönlichkeitsstärkender Wirkansatz

Gewalterfahrungen / Netzwerkbildung auf Kreis-, Bezirks-, und Landesebene / internationaler Austausch

25,1% der Kinder und Jugendlichen haben Gewalterfahrungen in unterschiedlichen Rollen, wobei in den Ergebnissen nicht zwischen familiärer, Bullying oder Schulgewalt unterschieden wird. Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischem Status und Kinder mit Migrationshintergrund sind deutlich häufiger von Gewalt betroffen als Kinder mit hohem oder mittlerem Sozialstatus. Vor allem ist eine starke Zunahme der Gewalttäter zu verzeichnen. Auffällig sind die erhöhten Anteile von Kindern und Jugendlichen in der unteren Sozialschicht und denen mit Migrationshintergrund in der Gruppe der Täter-Opfer. Diese Gruppe gilt als besonders problematisch. Beschrieben werden besondere Anpassungsschwierigkeiten bis hin zu klinisch psychopathologischer Symptomatik sowie besondere psychosoziale Belastungen der Betroffenen.

Die Bereitschaft, Konflikte gewaltsam zu lösen, ist nach Schularten sehr unterschiedlich. Hauptschüler zeigen drei Mal häufiger eine Gewaltbereitschaft als Gymnasiasten. Auffallend ist, dass Gesamtschüler bezüglich der Gewalterfahrungen als auch in ihrer Einstellung zum gewalttätigen Handeln wesentlich näher bei den Hauptschülern liegen als bei Schülern jeder anderen Schulart.

(KiGGS, S. 819 – 826)

Good-Practice-Ansatz: Vernetzte und teilweise gemeinsam entwickelte Konzepte zu verschiedenen Problemlagen werden in Kitas, Schulen und Vereinen und Stadtteilen angeboten. Zum Thema Gewaltprävention werden sportliche Aktivitäten zur Förderung sozialer Kompetenz und des Teamgeistes an verschiedenen Schulformen, besonders in Stadtteilen, die als soziale Brennpunkte gelten, angeboten. Projekte werden von Fachleuten wie Psychologen und Pädagogen – zum Teil in Kooperation mit Kollegen aus dem Ausland – entwickelt und überregional in verschiedenen Settings umgesetzt.

Projektbeispiel: „Fit und stark für's Leben“, Projekt Nr. 20, Tab. 5; vgl. auch weitere Projekte: Gewaltprävention, Tab. 2

Vgl. auch: „exercise guarantee of Pori“, (Finnland)

Vergleicht man die Ergebnisse des Kinder- und Jugendsurveys mit den Handlungsfeldern und Strategien der Good-Practice-Projekte, wird deutlich, dass die Präventionsarbeit der Projekte genau an den Zielgruppen, den Erfordernissen und den Problemen, die die KiGGS-Studie darlegt, ansetzt. Nach den KiGGS-Ergebnissen ist allerdings darauf hinzuweisen, dass die gesundheitliche Chancenungleichheit der Kinder und Jugendlichen mit sozial niedrigem Status kein lokal begrenztes Phänomen einzelner Stadtteile oder Standorte ist, sondern als repräsentatives Ergebnis bundesweit gilt. Dieses gilt auch für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Geschlechtsspezifische Aspekte und Fragen der unterschiedlichen Voraussetzungen in den Einstellungen, den Entwicklungen und Lebensbedingungen in den neuen und alten Bundesländern sowie bestimmte Krankheitsbilder (z.B. Neurodermitis, Anorexie) sollten differenziert betrachtet werden.

Die Transferstudie gab weitere Hinweise auf mögliche vertiefende Erhebungen für weitere Präventionsansätze. Die sich ergebenden Fragen bezogen sich auf

- mögliche Wechselwirkungen beispielsweise im Hinblick auf Lebensstil und Essstörungen.
- mögliche Zusammenhänge beispielsweise im Hinblick auf Unfallursachen und Krankheit oder Verhaltensauffälligkeiten und Migrationshintergrund oder Gewalterfahrungen und Gewaltverhalten.

Ausblick

Regelstrukturen gesundheitsfördernd qualifizieren

Bundesweit sollten die Regelstrukturen gesundheitsfördernd qualifiziert werden, wie beispielsweise die flächendeckende Förderung von Setting-Entwicklungen in Kitas oder auch die Einführung gesunder Schulverpflegung. Darüber hinaus sollte es natürlich weiterhin möglich sein, im speziellen regionalen Einzelfall mit gezielten Projekten zusätzlich aktiv werden zu können.

Strukturelle Einflüsse auf gesundheitliche Problemlagen berücksichtigen und komplexe Wirkansätze ausbauen

Hinsichtlich des weiteren Vorgehens sollten die noch nicht ermittelten Daten ausgewertet werden, um Ursachen und Wirkungszusammenhänge gezielter zu ermitteln. Gesundheitliche Problemlagen sind nicht monokausal: Wie die Ergebnisse zeigen, hat beispielsweise Gewaltverhalten mit Erziehungsstil, persönlicher Disposition, aber auch mit Schularten zu tun. Das häufigere Auftreten von Gewalt an Hauptschulen und an Gesamtschulen sollte auch von Bildungsträgern und Lehrkräften hinterfragt werden. Übergewicht und mangelnde Bewegung stehen mit psychischen Belastungen, mit Medienkonsum, aber auch mit dem Wohnumfeld im Zusammenhang. Somit sind Psychiater, Eltern, Pädagogen und Stadtplaner gefragt.

Gemeinsame, integrierte Strategien entwickeln

Unabhängig vom menschlichen Standpunkt aus – wird ersichtlich, wie aufwendig und kostspielig Behandlungen werden können, und wie teuer es volkswirtschaftlich kommt, wenn Kinder und Jugendliche nicht oder nur eingeschränkt handlungsfähig sind. Die Handlungsfelder Ernährung, Bewegung, psychische Entwicklung, Erziehung und Bildung sowie Wohnumfeld bedürfen der besonderen Aufmerksamkeit. Die Notwendigkeit, eine gemeinsame Strategie zur Verbesserung der Lebenschancen von Kindern und Jugendlichen kann bei den Ergebnissen, die im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey aufgezeigt werden, nicht zur Disposition stehen.

Potenziale und Erfahrungen sozialräumlicher Ansätze nutzen

In den vergangenen Jahren wurden - insbesondere in Soziale-Stadt¹ und E&C-Gebieten² im Rahmen der geforderten Strukturanalysen Häufungen von Benachteiligungen in städtebaulichen, ökonomischen, ökologischen sowie sozialen und gesundheitlichen Bereichen nachgewiesen. Aufgrund regionaler Erhebungen, die u.a. gesundheitliche Problemlagen aufzeigten, wurden Programme, Projekte und Maßnahmen entwickelt, die dieser negativen Entwicklung entgegenwirken sollen. Gesundheitsförderung als Teil eines integrierten Entwicklungskonzepts in benachteiligten Quartieren zielt darauf ab, einerseits niedrigschwellige Angebote für benachteiligte und schwer erreichbare Zielgruppen zu entwickeln und andererseits, durch Netzwerkbildung die Kooperation im Gesundheitswesen zu verbessern.³ Die entwickelten Strategien, Zusammenarbeits- und Beteiligungsstrukturen und Entwicklungsinstrumente sollten noch besser für komplexe Praxisansätze der Gesundheitsförderung genutzt werden.

Wirksame Arbeitsstrukturen entwickeln: vernetztes und kooperatives Arbeiten auf allen Ebenen

Auf der Ebene der Stadtteilarbeit, wie vielfach in den Good-Practice-Projekten dargestellt, liegt ein besonderer Wert auf Faktoren wie Netzwerkarbeit, Prozesse des Empowerments, der Partizipation und der Kooperation, um sowohl einen synergetischen Nutzen in der Arbeit als auch die vielfachen Einflüsse auf die Lebensbedingungen und die Gesundheit zu fördern. Dies gilt es weiter auszubauen.

¹ www.sozialestadt.de

² Programm: Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten. www.eundc.de

³ Good Practice in Altbau- und Gemischten Quartieren. Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.) Berlin 2003

Literatur

- Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des Kinder- und Jugendsurveys. Band 50. Heft 5/6. Mai/Juni 2007. S. 531-908.
- Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit u.a.(Hrsg.): Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit. S. 31 – 40. Bonn 2005
- Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (Hrsg.): Eine lebenswerte Umwelt für unsere Kinder. Bericht Deutschlands zur Umsetzung des „Aktionsplans zur Verbesserung von Umwelt und Gesundheit der Kinder in der Europäischen Region“ der WHO (CEHAPE). Bonn. 2007
- Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.): Die Soziale Stadt. Berlin 2002.
- Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.): Good Practice in Altbau- und Gemischten Quartieren Berlin 2003.
- Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.): Strategien für die Soziale Stadt. (S. 138) Berlin. 2003
- Fehr, R./ Neus, H., / Heudorf, U. (Hrsg.): Gesundheit und Umwelt. (S. 53). Huber 2005
- Protokoll der Sitzung der Unterarbeitsgruppe „Kinder- und Jugendgesundheit“ des beratenden Arbeitskreises der BZgA „Gesundheitsförderung bei Sozial Benachteiligten“ am 4.09.2007 Berlin. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln 2007.
- Umweltbundesamt (Hrsg.): Lokale Agenda 21 – Umwelt und Gesundheit. Umweltbundesamt (Hrsg.). Dessau. 2006.
- Schüffel, Wolfram / Brucks, Ursula et al. (Hrsg.): Handbuch der Salutogenese. Wiesbaden 1998.

Internet

- www.eundc.de
- www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
- www.sozialestadt.de

Kontakt

Dipl. Päd. Helene L. Luig-Arlt,
Büro für Stadtteilmanagement, Heuberg 5, D - 24977 Langballig
Tel.: 04636 / 977858; Fax: 04636 / 977857; E-mail: luig-arl@foni.net