



Gesundheitsforum
Baden-Württemberg

AG Standortfaktor Gesundheit

Weiterentwicklung der Primärprävention und
Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG,
FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN

Impressum

Stand: 17. August 2012

Vorsitzende: Dr. Birgit Berg
Barbara Leykamm
Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
im Regierungspräsidium Stuttgart
Postfach 80 07 09
70507 Stuttgart
Birgit.Berg@rps.bwl.de
Barbara.Leykamm@rps.bwl.de

Co-Vorsitz: Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff
Evangelische Hochschule Freiburg
Bugginger Str. 38
79114 Freiburg
Froehlich-Gildhoff@eh-freiburg.de

Mitglieder: Dr. Volker Ball, *Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.*
Maria Baur, *AOK Baden-Württemberg*
Dr. von Butler, *Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte BW*
Doreen Seifert, *Ministerium für Arbeit u. Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg*
Dr. Gisela Dahl, Dr. Johannes Fechner, *Kassenärztliche Vereinigung BW*
Dr. Peter Friebel, *Ärzteverband Öffentlicher Gesundheitsdienst, LRA Karlsruhe*
Kristiane Göpel, *Landespsychotherapeutenkammer BW*
Andrej Hänel, *Ministerium für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz BW*
Viktor Hartl, *Landesverband der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg*
Heinz-Peter Ohm, *Städtetag BW, Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Stuttgart*
Dr. Alexis von Komorowski, *Landkreistag BW*
Prof. Dr. Ulrike Korsten-Reck, *Landessportverband BW, Med. Univ.-Klinik, Freiburg*
Thomas Krohm, *Landesapothekerverband BW*
Roland Kaiser, Gudrun Mittner, *Kommunalverband für Jugend und Soziales BW*
Christa Niemeier, *Liga der freien Wohlfahrtspflege*
Birgit Pfitzenmaier, *Baden-Württemberg Stiftung*
Dr. Herbert Renz-Polster, *Mannheimer Institut für Public Health*
Dr. Torben Sammet, Katja Schnell *Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg*
Dr. Almut Satrapa-Schill, *Robert Bosch Stiftung*
Alexander Seeger, *Unfallkasse Baden-Württemberg*
Oliver Schuckert, Wolfgang Sindlinger *Ministerium für Arbeit u. Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg*
Johannes Stingl, *Gemeindetag Baden-Württemberg*
Rainer Steen, *Gesundheitsförderung im ÖGD BW, LRA Rhein-Neckar-Kreis*
Frank Winkler, *Verband der Ersatzkassen e.V. Landesvertretung BW*
Ruth Wagner, *IKK classic*

Der vorliegende Bericht wurde von der Projektgruppe im Zeitraum von 27.09.2010 - 09.02.2012 in fünf Plenarsitzungen und fünf altersbezogenen Untergruppen erarbeitet. Herzlichen Dank an die Mitglieder!

Inhaltsverzeichnis

1.	Auftrag der Projektgruppe und Zielsetzung des Ergebnisberichts.....	4
2.	Rahmenbedingungen der Weiterentwicklung von Primärprävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche.....	4
3.	Anforderungen an eine Weiterentwicklung - Strukturbedingungen.....	6
3.1	Verankerung.....	8
3.2	Vernetzung.....	8
3.3	Verbindlichkeit.....	8
4.	Anforderungen an eine Weiterentwicklung - Kernthemen nach Altersgruppen.....	9
4.1	Primärprävention und Gesundheitsförderung vorgeburtlich.....	9
4.1.1	Grundlagen.....	10
4.1.2	Synopse.....	13
4.2	Primärprävention und Gesundheitsförderung für Kinder von 0 - 3 Jahren.....	13
4.2.1	Grundlagen.....	14
4.2.2	Synopse.....	17
4.3	Primärprävention und Gesundheitsförderung für Kinder von 4 - 6 Jahren.....	18
4.3.1	Grundlagen.....	18
4.3.2	Synopse.....	23
4.4	Primärprävention und Gesundheitsförderung für Kinder von 7 - 12 Jahren...	24
4.4.1	Grundlagen.....	24
4.4.2	Synopse.....	29
4.5	Primärprävention und Gesundheitsförderung für Jugendliche von 13 - 18 Jahren.....	30
4.5.1	Grundlagen.....	30
4.5.2	Synopse.....	37
5.	Zusammenfassung.....	38
6.	Handlungsempfehlungen.....	39
7.	Literatur.....	41
8.	Glossar.....	44
9.	Abkürzungsverzeichnis.....	46

1. Auftrag der Projektgruppe und Zielsetzung des Ergebnisberichts

Die Projektgruppe Weiterentwicklung der Primärprävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche wurde von der AG Standortfaktor im Rahmen der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg beauftragt, unter dem Dach des Bundesgesundheitsziels „Gesund Aufwachsen“ vom September 2010 Handlungsschwerpunkte für Baden-Württemberg herauszufiltern. Die Empfehlungen dieses vorläufigen Ergebnisberichtes sollen Entscheidungsträgern vor Ort, auf Landesebene und in Städten und Gemeinden fachliche Orientierung geben und die Arbeit Kommunalen Gesundheitskonferenzen im Land unterstützen, wenn sie sich mit der Umsetzung des seit September 2011 auch für das Land Baden-Württemberg gesetzten Gesundheitsziels „Gesund Aufwachsen“ vor Ort befassen.

2. Rahmenbedingungen der Weiterentwicklung von Primärprävention und Gesundheitsförderung (PGF) für Kinder und Jugendliche

Heute ist überall sichtbar, dass der demographische Wandel unserer Gesellschaft begonnen hat. 2025 wird es in Baden-Württemberg 25% weniger unter 20jährige geben als 2008 (BW 2020). Die Zahl Kinder und Jugendlicher ist seit Jahren in Baden-Württemberg rückläufig und ein Ende dieses Trends (noch) nicht in Sicht. Die Projektgruppe sieht diese Tatsache mit Sorge und zugleich als Verbesserung der Chancen für alle Kinder und Jugendlichen, als das entscheidende „Zukunftsvermögen“ Baden-Württembergs noch nachhaltiger wahrgenommen, gefördert und beteiligt zu werden als dies bisher geschah.

Die Projektgruppe ist sich einig, dass die derzeit herrschende Vielzahl befristeter Modelle und Projekte in der Gesundheitsförderung und Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen von einer ernsthaften, entschlossenen und nachhaltigen Strategie zur Überführung bewährter Vorgehensweisen in die Daueraufgaben von Kommunen, Kreisen, Sozialversicherungsträgern, Institutionen und Land abgelöst werden muss.

Das Bundesziel „Gesund Aufwachsen“ bietet mit den Schwerpunkten Ernährung, Bewegung und Stärkung der Lebenskompetenz ein tragfähiges Dach für die erforderlichen Schritte zur Weiterentwicklung in Baden-Württemberg.

Die Projektgruppe sieht drei Entwicklungslinien, die gleichzeitig verfolgt werden müssen:

- Die Verbesserung der strukturellen Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen in Kommune, Kreis und Land
- die Fokussierung auf vorrangige Kernthemen von Gesundheitsförderung und Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen, differenziert nach Altersgruppen
- die Förderung einer professionellen Haltung, die inklusiv denkt und handelt, d.h., unterschiedliche Geschlechter, Kulturen, Soziallagen und Behinderungen berücksichtigt anstatt ein Kind dadurch zu benachteiligen und Institutionen und Träger für die Entwicklung dieser Haltung motiviert und öffnet.

Unverzichtbarer Prüfstein für alle Maßnahmen der PGF im Rahmen der skizzierten drei Entwicklungslinien ist die Frage, ob mit ihnen auch sozial benachteiligte Kinder, Jugendliche und Familien ohne Stigmatisierung erreicht werden. Zugleich bleibt es eine zentrale Aufgabe der allgemeinen Politik aller Ebenen und der Gesellschaft, die grundsätzlichen materiellen, strukturellen und interkulturellen Rahmenbedingungen des Lebens sozial benachteiligter Kinder und ihrer Familien weiter zu verbessern, so dass zukünftig ihr Bildungserfolg und ihre gesundheitliche Lage erheblich weniger vom Zufall ihrer Herkunftsfamilie abhängen. Diese politische Aufgabe, die dem Arbeitsfeld „Primärprävention und Gesundheitsförderung“ vorgelagert ist und durch die Arbeit der Fachleute nicht ersetzt werden kann, wird in diesem Fachbericht mehrfach berührt, jedoch nicht ausgeführt, u.a. beim Stichwort „Grundbedürfnisse“.

Die Förderung einer neuen professionellen Haltung ist schon seit einigen Jahren Baustein eines modernen Selbstverständnisses aller mit Kindern und Jugendlichen tätigen Berufsgruppen geworden und gewinnt langsam, aber stetig mehr Raum in Aus- und Weiterbildung, Fortbildung und Berufspraxis. Daran muss dringend weiter gearbeitet werden. Da jedoch diese kontinuierliche weitere Entwicklung jedes Einzelnen zu inklusivem Denken von allen drei Entwicklungslinien nicht an erster Stelle durch kommunale Gesundheitskonferenzen beeinflusst werden kann, stehen die beiden anderen Entwicklungslinien im Mittelpunkt dieses Berichts.

Bei den Empfehlungen zu vorrangigen Handlungsansätzen nach Altersgruppen legte die Projektgruppe den an Programme und Prozesse der Gesundheitsförderung adaptierten Evidenzbegriff nach Smedley/Syme zugrunde. Danach ist angesichts der (lebens-)langen Laufzeit gesundheitsförderlicher Prozesse und der vergleichsweise schlechten Operationalisierbarkeit der Erfolgsparameter ein „erfolgversprechendes“ Vorgehen durchaus einsetzbar ohne dass die Wirksamkeit nach klinisch-medizinischen Evidenzkriterien bereits vorliegen muss (promising statt proven).

3. Anforderungen an eine Weiterentwicklung - Strukturbedingungen

Unter „Verankerung, Vernetzung, Verbindlichkeit“ (VVV) fasste die Projektgruppe die dringend notwendige strukturelle Bereitstellung der Ressourcen für eine flächendeckende, allen Kindern zugängliche Umsetzung der altersbezogenen vorrangigen Kernthemen in der PGF zusammen. Die tatsächliche Umsetzung von VVV ist ein wesentlicher Schritt auf dem gesellschaftlichen Weg, alle Kinder und Jugendlichen als junge Bürger und Bürgerinnen ernst zu nehmen und ihrem guten Aufwachsen den angemessenen Anteil an den Ressourcen der Gesellschaft zur Verfügung zu stellen. In der jeweiligen Synopse zu einer Altersgruppe wird vorgeschlagen, welche inhaltlichen Schritte zur Verwirklichung von VVV vorrangig gegangen werden sollen.

„Verankerung“ bedeutet, dass Projekte und Maßnahmen eine klare inhaltlich-konzeptionelle (und/oder: gesetzliche) Grundlage haben und die Verstetigung der Projekte durch ausreichende Personal- und Sachressourcen dauerhaft gesichert ist. Unter „Vernetzung“ wird verstanden, dass Projekte und Maßnahmen ressort- bzw. systemübergreifende Strategien auf überregionaler, regionaler und lokaler Ebene entwickeln und dass dieses vernetzte und kooperative Handeln strukturell abgesichert gesteuert bzw. koordiniert wird. „Verbindlichkeit“ beinhaltet, dass Projekte und Maßnahmen zugesagte Leistungen auf der Grundlage ausreichender Ressourcen inhaltlich verbindlich - im Unterschied zu freiwilligen Leistungen (Selbstverpflichtung) - erbringen.

Diese drei zentralen Kriterien können als Qualitätsstandards zur Prüfung von Projekten, Programmen und Maßnahmen dienen; sie definieren zugleich Anforderungen an Politik, Fachgremien und Verbände.

Im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen sind in den vergangenen Jahren auf überregionaler, regionaler, lokaler und institutioneller Ebene eine Vielzahl von Projekten durchgeführt worden, die zumeist Modellcharakter hatten, oft nicht systematisch evaluiert wurden, nicht weiter verbreitet wurden und/oder nur einem Bereich bzw. System (Gesundheits- oder Sozial- oder Jugendhilfe oder Schulsystem) realisiert wurden. Dies führt(e) dazu, dass es eine kaum noch zu überschauende Vielfalt und Vielzahl von Projekten gibt, die z.T. parallel bestehen oder nur begrenzte Laufzeiten haben. Ebenso werden zumeist nur Einzelaspekte der „Trias der Gesundheitsförderung“ (Ernährung, Bewegung, Förderung der seelischen Gesundheit/Lebenskompetenz) aufgegriffen.

Sowohl die Studienergebnisse der Präventionsforschung (Greenberg 2000, Heinrichs 2002, Durlak 2003, Beelmann 2006; Röhrle 2008) als auch die fachpolitischen Expertisen wesentlicher Akteure (z.B. BMG: Gesund Aufwachsen, BMFSFJ: 13. Kinder- und Jugendbericht, Jugendministerkonferenz, Spitzenverband der GKV, Positionspapier Jugendhilfe /BV der Kinder- und Jugendärzte) betonen, dass

- Programme am erfolgreichsten sind, wenn sie die Kinder, deren Eltern und das soziale Umfeld erreichen (multimodale/systemische Perspektive) und in deren Lebenswelt ansetzen (Setting-Ansatz)
- neben der Einbettung in „natürliche“ Lebenswelten (z.B. Kitas oder Schulen) ein niedrigschwelliger Zugang (gute Erreichbarkeit und kurze Wege, Ansprache über vertraute Personen, keine oder niedrige Kosten) von hoher Bedeutung für die Akzeptanz und Wirksamkeit ist
- ein Programm in Netzwerkstrukturen eingebettet sein soll
- langfristig eingesetzte Programme erfolgreicher sind als kurze Programme oder Trainings
- die Professionalität der Anleiter/-innen bzw. Trainer/-innen positive Auswirkung auf die Wirksamkeit hat
- allgemeine Entwicklungsförderung bessere (Langzeit-) Effekte hat als die Prävention isolierter Verhaltensauffälligkeiten (z.B. dissoziales/aggressives Verhalten).
- eine sorgfältige Evaluation mit unterschiedlichen Methoden nötig ist, um die Wirksamkeit zu überprüfen.

Aus diesen Erkenntnissen lassen sich für eine nachhaltige und systematische Weiterentwicklung folgende strukturelle Qualitätskriterien ableiten:

3.1 Verankerung

PGF muss strukturell verankert sein:

- Klare inhaltlich-konzeptionelle und/oder gesetzliche Grundlage
- Verstetigung der PGF durch ausreichende Personal-/Sachressourcen sicherstellen
- Explizite Aufnahme von PGF in Bildungspläne, Curricula, Fachstandards, Konzepte und Leitlinien
- Weiterbestehen intendierter Wirkungen von neuen Ansätzen in der PGF nach dem initialen Impuls (Nachhaltigkeit)

3.2 Vernetzung

PGF muss in Netzwerke kooperierender Systeme und Akteur/innen eingebettet sein mit inhaltlichen und strukturellen Mindeststandards:

Inhaltliche Mindeststandards:

- Ressort-/ämter-/institutionenübergreifende Strategie
- Schaffung verbindlicher Standards für die Netzwerkbildung auf kommunaler, Kreis- und Länderebene
- Klima und Praxis einer gegenseitigen Wertschätzung der Berufsgruppen

Strukturelle Mindeststandards:

- Institutionsübergreifende Steuerungsgremien auf überregionaler und lokaler Ebene
- Einrichtung von Koordinationsstellen
- Netzwerk-Mitgliedern werden Arbeitszeitressourcen für die Mitwirkung ermöglicht

3.3 Verbindlichkeit

PGF muss verbindlich abgesichert sein durch:

- Gesetzliche Grundlagen
- Schriftliche, personenunabhängige Vereinbarungen
- Abgesicherte Finanzierung

4. Anforderungen an eine Weiterentwicklung - Kernthemen nach Altersgruppen

Es wurden fünf Altersgruppen identifiziert mit jeweilig vorrangigen Kernthemen der Entwicklung, die von PGF begleitend zu unterstützen sind. Selbstverständlich wirken die Kernthemen einer jüngeren Altersgruppe auch in der späteren Kindheit und Jugend weiter. Beispielsweise ist davon auszugehen, dass frühe Bindungsstärkung und die Sicherung von Grundbedürfnissen junger Familien stabilisierend über die gesamte Kindheit bis in das Erwachsenenalter wirkt. Auch zukünftig notwendige gesellschaftliche Anstrengungen z. B. in der Gewalt- und Suchtprävention bei Jugendlichen werden davon mit großer Wahrscheinlichkeit positiv beeinflusst werden (Werner 2004). Gleichzeitig darf die Verbesserung präventiver und gesundheitsförderlicher früher Ansätze nicht zu Lasten einer stärkenden und partizipativen Begleitung älterer Kinder oder Jugendlicher gehen (DJI 2011). Alle Altersgruppen sind somit sowohl in der Lebensverlaufsperspektive als auch im gleichzeitigen Miteinander zu sehen. Die Projektgruppe entschied, innerhalb jeder Altersgruppe zunächst die Grundlagen für die Auswahl des/der Kernthemen nach einem festen Raster vorzustellen:

- Generelles Ziel
- Themen auf den Ebenen Familie & Peers/Fachleute & Institutionen/Kommune & Politik
- Grundansatz/Evidenz
- Vorgehen/Maßnahmen

Darauf folgt jeweils eine Synopse, in der diese Grundlagen mit Bezug auf die Ziele VVV-Verankerung, Vernetzung, Verbindlichkeit so konkret wie möglich gebündelt werden. Auf eine Auflistung guter Einzelprojekte wurde verzichtet (siehe dazu z.B. Handbuch und Handreichungen Gesund Aufwachsen BW/Gesund Aufwachsen und Leben BW).

4.1 Primärprävention und Gesundheitsförderung vorgeburtlich - Kernthemen

Betreuung werdender Mütter/Eltern verbessern und insbesondere aufsuchende Ansätze einbeziehen mit den Zielen:

- ⇒ Sicherung der Grundbedürfnisse der Mutter/Eltern
- ⇒ Stärkung der Mutter-/Eltern-Kind-Bindung
- ⇒ frühe Sensibilisierung für einen gesunden Lebensstil (Ernährung, Bewegung, Förderung der seelischen Gesundheit/Lebenskompetenz)
- ⇒ Vermeidung kindlicher Gifte: insbesondere Tabak und Alkohol

4.1.1 Grundlagen

Generelles Ziel:

- Schwangere Frauen stärken, unterstützen und begleiten, damit sie in der Lage sind, eigene Bedürfnisse und die Bedürfnisse des ungeborenen Kindes gleichzeitig wahrzunehmen.
- Sie bestärken, das ungeborene Kind ohne Ohnmachts- oder Allmachtsgefühle als sich entwickelnden eigenständigen Menschen zu erleben, der andererseits in seinen Entwicklungschancen vollständig von einer gesunden, fürsorglichen Umwelt im Mutterleib abhängig ist.
- Regelmäßige Bewegung und gesunde Ernährung sind wichtige Gelingensfaktoren dafür, ebenso Kompetenzen zur Stressverminderung.
- Allen schwangeren Frauen Erfahrungen sozialen Rückhalts ermöglichen als wichtiges Element von Selbstwirksamkeit und seelischer Gesundheit.
- Werdenden Vätern ermöglichen, sich mit der Rolle als Vater und den Veränderungen in der Partnerschaft auseinanderzusetzen.
- Alkohol und Rauchen als Gifte für das ungeborene Kind benennen mit dem Ziel, beides in der Schwangerschaft und Stillzeit vollständig zu vermeiden.
- Eine enge kommunale und landesweite Verzahnung der vorgeburtlichen Aktivitäten mit denjenigen im ersten Lebensjahr eines Kindes (siehe Altersgruppe 0-3) anstreben.

Themen nach Ebenen Beteiligter & Betroffener

Ebene Familie/Eltern: Schwangere Frauen und deren Partner, „ junge Familie“

- Raum geben für Freude/Ängste zu dieser Schwangerschaft, Begegnungen schaffen
- Reflexion und Antizipation neuer Rollen/ -teilung
- Neue Balance der Bedürfnisbefriedigung: Raum geben für kindliche Bedürfnisse, Kontakt mit dem Kind aufbauen, es wahrnehmen
- Neue Balance der Bedürfnisbefriedigung: Raum geben für Paarkommunikation
- Entspannungstechniken erlernen (nicht nur geburtsbezogen, sondern grundsätzlich)
- Informationen geben und Erfahrungsraum schaffen für gesunden Lebensstil, besonders Ernährung, Bewegung, Förderung der Lebenskompetenzen

Ebene Fachkräfte & Institutionen

(Familien-/Hebammen, Kinderkrankenschwestern, Frauenärzte/-innen und Kinder- und Jugendärzte/-innen, Hausärzte/-innen, Freie Träger und Jugendämter/Gesundheitsämter)

- Verbesserte und wertschätzende Zusammenarbeit der Berufsgruppen, die mit Schwangeren und Kleinkindern zu tun haben durch Aufbau eines Netzwerks
- Sicherstellung von Kursen für Schwangere zu o.g. Themen nicht nur als „Geburtsvorbereitung“

Kommunale Ebene & Politik

- Sicherung der Grundbedürfnisse schwangerer Frauen (Wohnen, krankenversichert sein u.ä.)
- Wertschätzender Umgang mit Risikogruppen in der Kommune
- Ressort- und länderübergreifenden gesetzlichen Anspruch auf eine erweiterte, auch aufsuchende Unterstützung/Begleitung schwangerer Frauen und ihrer Partner bzw. junger Familien schaffen und umsetzen
(Gesundheitswesen/Jugendhilfe/bürgerschaftliches Engagement)
- Kommunale und landesbezogene Möglichkeiten der wertschätzenden, passgenauen Gestaltung ausnutzen
- Gesundheitsförderung und Prävention mit Schwangeren als Thema in kommunale gesundheitsförderliche Netzwerke aufnehmen
- Freiwillige Nachbarschaftsnetzwerke unterstützen
- Gesellschaftliche größere Achtsamkeit gegenüber Schwangeren

Grundansatz und Evidenz

Kindliche Entwicklung im Mutterleib ist ein Forschungsthema mit faszinierenden Ergebnissen zum Ausmaß der Weichenstellung intrauteriner Erfahrungen für das gesamte extrauterine Leben eines Menschen. Dabei ist sowohl von stoffwechselbezogenen als auch neuronalen und psychischen Effekten auszugehen (Reissland 2010). Positive prä- und perinatale Prägung (Programmierung) hat lebenslange positive Auswirkung auf die Prävention von Übergewicht und Adipositas, Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie eine gesunde psychische Entwicklung (Plagemann 2010). Eine besondere Bedeutung hat die Stärkung der psychischen Gesundheit der Mütter. Die negativen Auswirkungen von dauerhaftem/starkem Stress der Mutter auf die Entwicklung des Embryos können als gesichert gelten. Die stark

schädigende Wirkung von Tabak und Alkohol auf das ungeborene Kind ist ebenso seit langem bekannt. Was jedoch die Umsetzung dieses Wissens betrifft, gibt es soziale Gradienten in beide Richtungen. Schwangere Frauen in sozial belasteten Lebenssituationen rauchen mehr. Dagegen ist der Alkoholkonsum werdender Müttern mit höherem formalen Bildungsniveau höher als bei sozial benachteiligten werdenden Müttern (DHS 2010). Die Sensibilität für neue gesundheitsförderliche Lernerfahrungen und präventive Botschaften ist in der Schwangerschaft erhöht (Korsten-Reck 2011). Es kommt darauf an, schwangere Frauen auch zu erreichen. Gemäß Versorgungsbericht 2009 der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg werden so gut wie 100% der Schwangeren zumindest einmal durch die Mutterschaftsvorsorge erreicht. Es gibt jedoch einen sozialen Gradienten in der Anzahl der wahrgenommenen Mutterschaftsuntersuchungen. Gerade Frauen mit hohen psychosozialen Belastungen nehmen weniger Mutterschaftsvorsorgen wahr (Simoes 2011). Bei ihnen ist ein guter, Vertrauen schaffender Erstkontakt von besonderer Bedeutung für die Wahrscheinlichkeit, mit der weitere Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen werden. Zugleich sind aufsuchende Ansätze notwendig.

Vorgehen/Maßnahmen

- Erweiterte Beratungsangebote nach einheitlichem Fachstandard im Rahmen der gesetzlichen Mutterschaftsvorsorge zu Bewegung und Ernährung durch Frauenärzte/ärztinnen und Hebammen. Notwendige Materialien wurden im Rahmen der Nationalen Plattform für Ernährung und Bewegung (PEB) erarbeitet.
- In dieser Beratung besonderes Augenmerk auf einen gelingenden Erstkontakt für belastete Schwangere legen, um die Zahl wahrgenommener Vorsorgen und die Aufgeschlossenheit für Unterstützung außerhalb der Praxis zu erhöhen.
- Erweiterte, verbindliche, wertschätzende Unterstützung für schwangere Frauen bei besonderen Belastungen wie niedriges Einkommen, Alleinerziehen, geringe Unterstützung durch Primärfamilie, jüngst erfolgter Zuwanderung, minderjährige Mutter, bestehende Behinderung durch abgestimmte Vorgehensweisen öffentlicher Stellen, z.B. Kinder- und Jugendhilfe abgestimmt mit Gesundheitswesen oder ÖGD und Bundeskinderschutzgesetz.
- Flankierende Unterstützung durch Nachbarschaftsnetzwerke, Vereine, Ehrenamtliche

- Bedürfnisse des ungeborenen Kindes (fetale Prägung) in der Schule an geeigneter Stelle im Bildungsplan thematisieren
- Kampagnen in Lebenswelten zu fetalen Giften Tabak und Alkohol verbinden mit positiven Botschaften zu Schwangerschaft/Mutter/Vater werden

4.1.2 Synopse Vorgeburtlich

Kernthemen	Beteiligte & Betroffene
1. Betreuung werdender Mütter/Eltern 2. Aufsuchende Ansätze Mutter/Eltern-Kind- Bindung stärken Frühe Sensibilisierung für einen gesunden Lebensstil (Ernährung, Bewegung, seelische Gesundheit) Fetale Gifte vermeiden (v.a. Tabak, Alkohol) Schwangere in belasteten Lebenslagen nicht stigmatisierend erreichen	Vorhandene Zugänge für verbesserte, dauerhaft implementierte Beratung in der Mutterschaftsvorsorge nutzen: - Frauenärzte und -ärztinnen, Geburtskliniken. - in den Kindervorsorgen : Kinderärzte und -ärztinnen, Kinderkliniken Aufsuchende Angebote für schwangere Frauen/werdende Eltern dauerhaft aufbauen a) in Systemen des Gesundheitswesens mit hohem Vertrauensgrad für sie wie (Familien-) Hebammen, Familien- (Kinder-) krankenschwestern, b) in der Jugendhilfe in Kooperation mit den o.g. Partnern und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst c) ergänzend im ehrenamtlichen Bereich in der Kommune, mit freien Trägern, Vereinen usw. Selbstbestimmung der schwangeren Frau beachten, Stigmatisierung vermeiden. Bewegungsförderung mit Schwangeren in die Fortbildung von Sportlehrern und Übungsleiter/innen in Sportvereinen aufnehmen.

Verankerung:	Vernetzung:	Verbindlichkeit
Grundbedürfnisse sichern. Beratungsangebote zu Ernährung und Bewegung im Rahmen der gesetzl. Mutterschaftsvorsorge verankern. Verbesserte, auch aufsuchende Beratungsangebote von Hebammen und weiteren Fachleuten/Institutionen zu Umgang mit Stress, Rollenveränderung verankern.	Diese neue Beratung muss Hebammen, Frauenärzte/-innen und Pädiater/-innen besser vernetzen (mit Einverständnis der Schwangeren, soweit Personendatenschutz berührt) und unter diesen Berufsgruppen abgestimmte Botschaften vermitteln. Jugendhilfe ist weiterer Partner. Zeitressourcen der Fachleute (s.o.) ermöglichen via Finanzierung, Zeitkontingent bei öff. Dienst u.ä.	Gesicherte Finanzierung einer präventiven frühen Beratung in Mutterschaftsvorsorge und Kindervorsorgeuntersuchungen nach SGB V anstreben. Gesetzliche Regelung verbesserter Schwangerenunterstützung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe für ein Netzwerk von Kostenträgern anstreben (13. KJB). Bundeskinderschutzgesetz lokal umsetzen.

4.2 Primärprävention und Gesundheitsförderung für Kinder von 0 - 3 Jahren

Realisierung einer Präventionskette und eines Systems der frühen, insbesondere auch zugehenden Hilfen mit den Zielen:

- ⇒ Stärkung der Elternkompetenz, auch für PGF-Inhalte
- ⇒ frühe Unterstützung für benachteiligte oder überforderte Familien
- ⇒ Sicherung von Grundbedürfnissen (z.B. Krankenversicherung, Wohnen u.w.)

4.2.1 Grundlagen

Generelles Ziel

Sicherung einer gesunden seelischen und körperlichen Entwicklung der Kleinkinder.

Dazu ist ein möglichst vollzähliges Erreichen aller Familien nötig, um

- den Familien ein Signal des Willkommenseins in der Kommune/sozialen Gemeinschaft zu geben
- vorhandene Schutzfaktoren und Ressourcen zu stärken
- über Unterstützungsangebote zu informieren
- weitergehende Unterstützung anzubahnen und zu gewährleisten
- Risikokonstellationen möglichst frühzeitig zu erkennen und auf mögliche Dringlichkeit der Hilfe hinzuweisen

Themen

Ebene des Kindes

- Entwicklung sicherer Bindungsmuster
- Entwicklung von Explorationslust (und Autonomie)
- Entwicklung von Selbstregulationsfähigkeiten
- Entwicklung emotionaler Kompetenz (Emotionswahrnehmung, -wissen, -ausdruck)
- Entwicklung positiver Selbstwirksamkeitserwartungen
- gesunde körperliche Entwicklung (Ernährung, Bewegung, Sinnessysteme, Stressvermeidung)

Ebene der Familie/Eltern

- Gewährleistung sicherer, verlässlicher, feinfühligere Bindung
- Gewinnen von Sicherheit bei der Erziehung und Förderung des Kindes
- Sicherung der physischen Grundbedürfnisse des Kindes (von angemessener Ernährung einschl. Stillförderung, Schlaf/Wach-Rhythmus bis zu Arztbesuchen, insbesondere U-Untersuchung)
- materielle Absicherung (z. B. Finanzierbarkeit der materiellen Lebensgrundlagen, Wohnraum, Spielgelegenheit)
- Fähigkeit zum Umgang mit Familienkonflikten stärken
- Bereitschaft zur Beteiligung an Angeboten für Familien auf kommunaler Ebene

Ebene Peers

- altersangemessene Möglichkeiten zum Kontakt zu gleichaltrigen Kindern
- auf familiärer Ebene: Angebote zur Verhinderung der Isolation von Familien

Ebene Fachkräfte/ Institutionen

- Sensibilisierung der Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen, Familienzentren und der Tagespflegepersonen für Gesundheitsförderung, Unterstützung von jungen Familien
- GF ist fester Bestandteil des Konzeptes in jeder Einrichtung
- Institutionen bieten konkrete Angebote zu Unterstützung an (z.B. Elternkurse oder aufsuchende Beratung, „coaching“)
- Förderung der Bereitschaft zur Vernetzung (Qualifizierung, Ressourcen) auch mit Ehrenamtlichen

Kommunale Ebene / Politik

- Umsetzung Bundeskinderschutzgesetz seit 1.1.2012; z.B. aufsuchender Einsatz von Fachkräften (Familienhebammen, ASD-MitarbeiterInnen)
- Koordination und Steuerung auf kommunaler/Sozialraumebene
- PGF im Rahmen des anstehenden Kitaplatzausbaus mitdenken/mitplanen
- Qualifikation der pädagogischen Fachkräfte in Aus- und Weiterbildung in PGF
- Gesetzliche Rahmenbedingungen

Grundansatz und Evidenz

Realisierung einer Präventionskette *und* eines Systems der frühen, insbesondere der *zugehenden Hilfen* (Dormagener Modell; Hilgers 2010, Meyer-Gräwe 2011, Bertelsmann Stiftung 2008). Alle Studien deuten darauf hin, dass systematische Hausbesuche – mit denen *alle* Familien erreicht werden - die besten Effekte haben (NZFH 2009; Renner 2010; Sweet 2004).

Vorgehen/Maßnahmen

- Angebot eines Besuchs *aller* Familien in deren Umgebung (Hausbesuche) durch geschulte Fachkräfte
- leicht zugängliche Beratungsangebote für Eltern, u.a. zur Verbesserung des Wissens über Kindergesundheit; Verbindung dieser Angebote mit vorhandenen Strukturen/Angeboten

- Schaffung einer für die Anliegen von Eltern grundsätzlich aufgeschlossenen Verwaltungskultur
- Schnelle, unkomplizierte, niedrighschwellige Verfügbarkeit eines Pools von verschiedenartigen nachgehenden Hilfen/Angeboten → Passgenauigkeit
- Qualifikation von Fachkräften des Gesundheitssystems (z. B. Hebammen, Geburtskliniken, KinderärztInnen) und der Jugendhilfe (z. B. Erziehungsfachkraft, Tageseltern) im Erkennen von Risikokonstellationen, um verfügbare Frühe Hilfen zielgenauer den jeweiligen Kindern anbieten zu können
- Systematische (Selbst-)Evaluation (quantitativ; qualitativ: Nachzeichnen von Entwicklungsverläufen)
- Vernetzung: tragfähiges, durch verbindliche Verträge abgesichertes Netzwerk aller relevanten Institutionen und Organisationen (und nicht nur von einzelnen Personen); besonders wichtig ist die Kooperation von Jugendhilfe (Jugendamt, Kindertagesbetreuung, Fachberatung, freie Träger) und Gesundheitssystem (ambulant, stationär, verschiedene Berufsgruppen) (Renner 2010).

Dieses Netzwerk muss durch eine mit organisatorischer Macht ausgestattete Koordinierungsstelle, die bei beiden Systemen Akzeptanz findet, gesteuert werden (Werkbuch Vernetzung S. 73, NZFH 2010)



Abb. M 3-3 Das Dormagener Modell: Die Präventionskette

4.2.2 Synopse Alter: 0 bis 3 Jahre

Kernthemen	Beteiligte & Betroffene
<p>Realisierung einer Präventionskette und eines Systems der frühen, insbesondere der zugehenden Hilfen</p>	<p>Partner im Netzwerk Frühe Hilfen sind insbesondere: (in Anlehnung an Bundeskinderschutzgesetz)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eltern, Fachkräfte/Leitungen Gesundheitssystem (u.a. Hebammen, Kinderkrankenpfleger/in, Familienbesucher/in, Familiengesundheitspflegerinnen, Geburtskliniken, Kinderärzte/-innen, Kinderkliniken, Gesundheitsämter, psychiatrische Kliniken/ Einrichtungen), Fachkräfte/Leitungen der öffentlichen/freien Jugendhilfe (u.a. Jugendamt; Kindertageseinrichtungen/ Tagespflege, Fachberatung, freie Träger), Sozialpädiatrische Zentren, Interdisziplinäre Frühförderstellen, anerkannte Schwangerschaftsberatungsstellen, Beratungsstellen für soziale Problemlagen (u.a. Schuldnerberatungsstellen, Suchtberatungsstellen), Einrichtungen/Dienste zur Müttergenesung und Schutz gegen häusl. Gewalt, Familienbildungsstätten, Agenturen für Arbeit, Polizei- und Ordnungsbehörden, Familiengerichte, Angehörige der Heilberufe, Einrichtungen der Suchthilfe, kommunale Entscheidungsträger, bürgerschaftlich Engagierte (zum Beispiel Kinderschutzbund)

Verankerung:	Vernetzung:	Verbindlichkeit
<p>Realisierung einer Präventionskette und Systems der frühen, zugehenden Hilfen durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angebot qualifizierten Hausbesuchs aller Familien durch geschulte Fachkräfte (leicht zugängliche Beratungsangebote für Eltern, u.a. zu Kindergesundheit) - Schaffung einer für die Anliegen von Eltern aufgeschlossenen Verwaltungskultur - Schnelle, unkomplizierte, niedrigschwellige Verfügbarkeit eines Pools passgenauer nachgehender Angebote - Qualifikation von Fachkräften der Netzwerk-Teilnehmer im Erkennen von Risikokonstellationen, um verfügbare Frühe Hilfen zielgenauer zu vermitteln. - Systematische (Selbst-) Evaluation (quantitativ; qualitativ: exemplarisches Nachzeichnen von Entwicklungsverläufen, Prozesspräzision) - Einbindung der GF in bestehende Trägerkonzepte 	<ul style="list-style-type: none"> - Hierzu bedarf es eines tragfähigen, durch verbindliche Verträge abgesicherten Netzwerkes aller relevanten Institutionen und Organisationen, nicht nur von einzelnen Personen - Dieses Netzwerk muss durch eine mit organisatorischer Macht ausgestattete Koordinierungsstelle, die bei beiden Systemen Akzeptanz findet, gesteuert werden. - Es muss eine Einbettung bzw. Anbindung der genannten Maßnahmen an/in vorhandene Strukturen, je nach regionaler Gegebenheit (Jugendamt, Fachstellen Frühe Hilfen, Familienzentrum) erfolgen. - Die Handlungsprozesse müssen klar und verbindlich definiert sein. 	<p>Finanzielle und organisatorische Absicherung erfolgt</p> <ul style="list-style-type: none"> - durch verbindliche Verträge/Vereinbarungen zwischen allen relevanten Institutionen und Organisationen (s.o.) durch ausreichende und langfristig abgesicherte personelle Ressourcen und Mittel für die Steuerung/Koordination (je nach regionalen Gegebenheiten, nach geplantem Bundeskinderschutzgesetz beim Jugendamt) und für weitergehende Hilfen - Verbindliche Teilnahme der Träger an entsprechenden thematischen Netzwerken

4.3 Primärprävention und Gesundheitsförderung für Kinder von 4 - 6 Jahren

Gesundheitsförderliche Kindertagesbetreuung (KiTa) entwickeln

- ⇒ die für alle Kinder zugänglich ist
- ⇒ dabei Gesundheit und kindliche Entwicklung zusammen denken
- ⇒ Schwerpunkte nicht kognitiv ausrichten
- ⇒ Resilienz-Konzepte verwenden

4.3.1 Grundlagen

Generelles Ziel

Gesundheitsförderung ist Entwicklungsförderung in allen ihren Dimensionen: körperlich, emotional, kognitiv, sozial, wertebezogen u.w.. Damit geht Gesundheitsförderung vor allem von denjenigen aus, die die kindliche Entwicklung mit tragen:

- primäre Bindungspersonen (z.B. Eltern),
- aber auch das stützende personelle soziale Netz darum herum (Großeltern, Nachbarschaft, Freunde, Partner, andere Verwandte),
- die Institutionen der Kindertagesbetreuung (hier vor allem: Kita/Kindertagespflege),
- aber auch die informellen Kindergruppen (Spiel- und Freizeitgruppen).

Diesen mehrdimensionalen Entfaltungsraum der kindlichen Entwicklung gilt es zu unterstützen.

Themen

Ebene des Kindes

Das Kind ist aktiver Gestalter seiner Entwicklung. Für die im Kindergartenalter anstehenden Entwicklungsaufgaben braucht das Kind

- ein verlässliches Bindungsnetz, getragen von der Familie, aber auch von Freunden und erwachsenen Bindungspersonen, anderen Kindern, auch Kinder auf unterschiedlicher Entwicklungsstufe (gemischtaltrige Kindergruppe), da hier „Entwicklungsbrücken“ umso effektiver entstehen
- funktionierende Kitas, die nicht nur durch gute Betreuungsrelationen, gut qualifiziertes pädagogisches Fachpersonal und feinfühlig, verlässliche Beziehungen zwischen Kindern und ihren erwachsenen Betreuern gekennzeichnet sind, sondern

auch durch ausreichende soziale Entwicklungsanreize unter den Kindern selbst (gemischtaltriger Beziehungsraum) sowie Freiräumen für selbstgesteuertes Lernen

- entwicklungsgerechten Explorations- und Bewegungsraum. Kinder sind zu Bewegung und Lernen selbst primär motiviert (Spielfreude, Bewegungsfreude, Entdeckerfreude, Freude an Natur). Dieses Explorationsverhalten gilt es besonders zu fördern und in der räumlichen Gestaltung und pädagogischen Konzipierung der kindlichen Lebenswelt zu ermöglichen.
- Inklusion heißt gelungene Sozialentwicklung. Ziel muss sein, jedes Kind individuell wahrzunehmen und damit Kinder mit besonderen Bedürfnissen wie z.B. sozial benachteiligte Kinder mit/ohne Migrationserfahrung oder Kinder mit Behinderungen an den Möglichkeiten frühkindlicher Bildung, Betreuung und Erziehung voll und ganz teilhaben zu lassen.

Ebene der Familie/Eltern

- Eltern und Familien stellen dem Kind eine Matrix für soziales Lernen bzw. Lernen am Vorbild zur Verfügung, die vom Kind umso eher akzeptiert wird, je stärker sie seine Lern-, Schutz- und Entwicklungsbedürfnisse mit berücksichtigt.
- Eine wichtige Unterstützung der kindlichen Entwicklung durch das familiäre Umfeld besteht auch darin, den Kontakt zu den Lebenswelten, informellen Kindergruppen und anderen kind- und entwicklungsgerechten Lernangeboten zu ermöglichen.
- Die Nutzung dieser Angebote im kommunalen Umfeld gelingt gerade sozial benachteiligten Eltern dann am besten, wenn sie dabei von Seiten der Kommunen, der Träger der Jugend- und Familienhilfe, den Kitas oder anderen Stellen oder Initiativen unterstützt werden.

Ebene Peers

- Peers, gleichaltrige Kinder, spielen eine zunehmende, entwicklungsprägende Rolle.
- Eine flexibel gemischtaltrige Gruppe stellt für die Entwicklung im Kindergartenalter eine besonders anregende, reichhaltige Referenzgruppe dar.

Ebene Fachkräfte/ Institutionen

- Primäres Ziel in den Institutionen der frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung ist die Gestaltung von individuell entwicklungsförderlichen und Sicherheit spendenden Lebenswelten. Spezielle Animation oder an kognitiven Lernzielen ansetzende pädagogische Intervention ist im Kindergartenalter sekundär.

- Dies gilt auch für die Sprachentwicklung einschließlich einem Zweitspracherwerb. Spracherwerb ist eine Facette der Sozialentwicklung und geschieht in Kindergruppen effektiv vor allem im Rahmen der alltäglichen, „spielerischen“ Kommunikation.
- Weiteres Schwerpunktthema ist die Inklusion von Kindern mit Behinderungen, zu der die Fachkräfte eine achtsame fachliche Haltung sowie Kompetenzen entwickeln und weiterentwickeln.
- sowie die stärkere Einbindung und Unterstützung der Eltern in den Einrichtungen (Partizipation und Empowerment) nicht nur für die Kinder sondern auch für die Eltern durch die Weiterentwicklung von Kitas zu Familienzentren.
- Die Gesundheit der Kita-Beschäftigten ist zu berücksichtigen, die eine wesentliche Voraussetzung für gute Qualität darstellt. Sie muss daher erhalten/gefördert werden.

Kommunale Ebene / Politik

Wichtigste Aufgaben mit großem positivem Zukunftspotential sind

- die Bereitstellung einschl. Ausbau qualitativ guter Einrichtungen der Tagesbetreuung für Kinder (Qualitätsstandards in Kitas: v.a. Tietze im 12. Kinder- und Jugendbericht)
- die Einführung inhaltlicher Standards auf der Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse durch verbindliche Orientierungspläne und Ressourcen zur Umsetzung
- die Verstärkung von Aus- und Weiterbildungen der Fachkräfte, die sich an interdisziplinären wissenschaftlichen Erkenntnissen zur frühkindlichen Entwicklung und (Selbst-)Bildung orientiert.

Grundansatz und Evidenz

Kindliche Sozialisation findet in diesem Alter neben der Familie in den Institutionen der Kindertagesbetreuung statt. Die Interaktion mit pädagogischen Fachkräften und der soziale Umgang in der Kindergruppe helfen Kindern, ihre Selbstentwicklungs- und Selbstbildungspotentiale zu entfalten, also beim Erwerb von Werten, Rollenerfahrungen, Wissen, Fertigkeiten und Lebenskompetenzen, inklusive sozialer Kompetenz, dem Aufbau selbstregulierender und exekutiver Funktionen, Resilienz und Empathie (Kasüschke 2008; Fried 2006; Mischo 2009). Die Erfahrungen in der Kita können die seelische Gesundheit von Kindern stärken und die Entwicklung eines gesunden Bewegungs- und Ernährungsverhaltens fördern. Hiervon profitieren in besonderem Maße Kinder aus sozial schwierigen und

benachteiligten Verhältnissen (NICHD 2006; Schweinhart 2005; Dragano 2010, Muennig 2011, Lampert 2005). Da Gesundheit entsprechend dem salutogenetischen Ansatz auf den erworbenen Lebenskompetenzen mitberuht, ist eine Kita nur dann eine gesundheitsförderliche Einrichtung, wenn sie entwicklungsgerecht ausgestaltet, d.h. auf die Entwicklungsbedürfnisse der Kinder zugeschnitten und nicht auf die Förderung kognitiver Leistungen eng geführt wird. Ein bedeutender Faktor ist die Qualität von Kitas, die sich anhand der Parameter Konzeption, Ausbildung der Fachkräfte, Betreuungsrelationen und weiterer Prozessmerkmale operationalisieren lässt (Tietze 1998, 2005).

Vorgehen/Maßnahmen

Folgende Maßnahmen unterstützen die Ziele für diese Altersgruppe:

- Möglichst **niederschwelliger Zugang für Kinder** zu den Kitas durch Gebührenfreiheit und Barrierefreiheit
- **Förderung entwicklungsgerechter Kinderwelten** in Kitas durch gute strukturelle Grundlagen für den Aufbau stabiler Fachkraft-Kind-Beziehungen
 - Günstige Betreuungsrelationen
 - Möglichkeiten/Räume zu individueller *und* Gruppen-Interaktion (strukturiertes Spiel, angeleitete Tätigkeiten, Spielpädagogik)
- Gelegenheiten zur Entfaltung der Selbstbildungspotentiale der Kinder ohne einseitige Verengung der Ziele der Kita auf kognitive Bildung
- Gelegenheiten zu unstrukturierten Interaktionen von Kind zu Kind, besonders auch in gemischtaltrigen Kindergruppen
- **Brücken zu den Familien schaffen.** Ressourcen der Familien werden durch lebendige Kinderwelten in den Kitas gestärkt und umgekehrt. Elternunterstützung und unterstützende Eltern bedingen sich wechselseitig. Unterstützende Eltern sind gerade für das Ziel der Inklusion wichtig. Die pädagogischen Fachkräfte in den Kindertagesbetreuung können eine Brücke zwischen Eltern schaffen, diese kann durch organisatorische, personelle und logistische Unterstützung zum Beispiel im Rahmen von Familienzentren (Mütterzentren, Nachbarschaftszentren) verstärkt werden. Von dort aus können benachteiligte Familien bedarfsgerecht unterstützt und für eine entwicklungsförderliche Erziehung motiviert werden. Die Grundbedürfnisse der Kinder (Schutz, Kleidung, Essen...) können niedrigschwellig abgedeckt werden.

Für diese Brückenfunktion ist eine Qualifizierung der Fachkräfte zur Zusammenarbeit mit den Eltern sowie zu den Themen Kinderschutz und Frühe Hilfen unbedingt erforderlich.

– **Förderung informeller Kindergruppen im kommunalen Umfeld.**

Gruppensozialisation läuft im Kindergartenalter auch in der Nachbarschaft informell ab. Hier müssen die nachbarschaftlichen Verhältnisse so gestaltet werden können, dass sicheres informelles Spielen für die Kinder auf Spielplätzen, Sportplätzen, Strasse und Wohngebieten möglich ist (Verkehrsberuhigung, Unterstützung von Elterninitiativen)

- **Inklusion** erfordert die Erweiterung und Einarbeitung dieses Handlungsfeldes in bestehende Konzepte, die Qualifizierung von Fachkräften sowie Ressourcen zu barrierefreien Zugängen und Räumen in Kitas sowie andere Maßnahmen, die in der Regel bei näherer Betrachtung auch Erleichterungen für nicht behinderte Kinder, ältere Angehörige, Eltern mit Kinderwagen und Personal bringen.

4.3.2 Synopse Kinder zwischen 4 bis 6 Jahren (am Beispiel KiTa)

Kernthemen	Beteiligte & Betroffene
<p>Gesundheitsförderliche Kindertagesbetreuung entwickeln</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ die für alle Kinder zugänglich ist ⇒ dabei Gesundheit und kindliche Entwicklung zusammen denken ⇒ Schwerpunkte nicht kognitiv ausrichten ⇒ Resilienz-Konzepte verwenden 	<p>Päd. Mitarbeiter/innen, Eltern und andere Familienangehörige bzw. Bindungspersonen, Geschwister, Kinder (auch in anderen Settings), Träger der Einrichtung, Fachberatung, Bereichsleitung des Jugendamtes/Träger der Sozialdienste (Familien- und Erziehungshilfe), Öffentlicher Gesundheitsdienst, Landwirtschaftsämter, Krankenkassen, Unfallkasse, Sportverein, Caritas, Diakonie, Gesamtelternbeirat Kita/Schule, Schulsozialarbeit, Schulträger, Schulaufsicht, Gesundheitsamt, Sportamt, Beauftragte für Suchtprophylaxe, Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege</p> <p>Für die Umsetzung direkt in der Einrichtung, als auch für Fortbildungen werden Fachkräfte benötigt für Ernährung, Bewegung, Förderung der Lebenskompetenzen und der Resilienz, Gesundheit der Erzieherinnen</p>

Verankerung:	Vernetzung:	Verbindlichkeit
<p>Die Realisierung gesundheitsförderlicher Kindertagesbetreuung soll durch folg. Maßnahmen umgesetzt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gesundheit im Kita-Alltag verbindlich in der Kita-Konzeption über den Orientierungsplan hinaus verankern in Verbindung mit dem lebensweltbezogenen Ansatz (Organisationsentwicklung, Gesundheitsförderung ist Führungsaufgabe) - Schaffung entsprechender Strukturen in Kitas: Öffnung von Bewegungsräumen, Betonung gemischtaltrigen, informellen Spielens, projektbezogene Zusammenarbeit mit Schulklassen, Verpflegung - Qualifikation und Personalentwicklung der Erzieher/innen und Einrichtungsleitungen (wichtigste Ressource ist dabei das Verständnis der kindlichen Sozialentwicklung, Gesundheitsförderung gehört zum Selbstverständnis des pädagogischen Auftrags) - Prozessbegleitung-, bzw. -beratung für das Team (Organisationsentwicklung) für nachhaltige Implementierung in der Einrichtung - Qualitativ gute Verpflegung in Kitas verankern 	<ul style="list-style-type: none"> - KiTa-übergreifende pädagogische Kooperation (Familie – Krippe – Schule), die auf politischer Ebene gewollt und durch verbindliche Verträge abgesichert wird (Kommunale Kita-Partner, Fachberatungen) - Systematische Vernetzung und Kooperation relevanter Institutionen (z. B. durch einen Fachbeirat angesiedelt am Jugendamt) quer über die Settings gesteuert durch Koordinationsstelle mit Entscheidungsbefugnis - Anbindung an vorhandene Strukturen vor Ort als auch auf Landesebene - Integration medizinischer Angebote aus dem Bereich Vorsorge/Prävention als Angebot in der KiTa, Aufbau entsprechender Versorgungsverträge - Die Vernetzung mit Ernährungsinitiativen, Bewegungs-Angeboten und Programmen zur Förderung der Lebenskompetenz/ Resilienz sowie Angeboten der Krankenkassen sollte von den pädagogischen Fachkräften und in die KiTa-Kultur integrierten Akteuren getragen werden. 	<p>Finanzielle und organisatorische Absicherung erfolgt durch verbindliche Verträge/ Vereinbarungen zw. relevanten Institutionen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kostenfreien Zugang zur KiTa anstreben anstelle finanzieller Anreize für die häusliche Betreuung von Kindern im Kindergarten-Alter (Bund) und Anreize für eine Auswahl der Kinder durch die KiTa-Träger nach sozialer Herkunft - Öffnung der KiTas über den gesamten Arbeitstag - Festlegung von verbindlichen Kita-Mindeststandards für Bewegungsangebote, ausgewogene Ernährung und Förderung seelischer Gesundheit durch die KiTa-Träger - Einigung der Krankenkassen (GKV + PKV) auf abgestimmte Aktivitäten zu PGF.

4.4 Primärprävention und Gesundheitsförderung für Kinder von 7 bis 12 Jahren

- ⇒ Diversität und Differenzierung sichern
- ⇒ Selbstwert bestätigen
- ⇒ Einladende, ermutigende, inspirierende Lehr- und Lernkulturen schaffen

mit den Zielen/Entwicklungsaufgaben:

- ✦ aneignen und gestalten
- ✦ Beziehungen eingehen
- ✦ sich bewähren: eigene Kompetenz erfahren durch bewältigbare und bewältigte Herausforderungen

4.4.1 Grundlagen

Generelles Ziel

Die Altersgruppe der 7-12-Jährigen ist geprägt durch die Grundschulzeit mit zwei Übergängen:

- aus der Kindergartenzeit in die Schule
- aus der Grundschule in die weiterführenden Bildungswege.

Hierbei ist die Option längeren gemeinsamen Lernens (6 Jahre+) berücksichtigt. Der Hinweis auf die Übergänge schließt die Anschlussfähigkeit der vorangehenden und nachfolgenden Lebensphasen im Sinne eines „roten Fadens“ für die kindliche Entwicklung ein.

Grundsätzlich gelten für mindestens drei Dimensionen des Handelns generelle Ziele:

- Für die *individuelle Ebene* kommt es darauf an, Herausforderungen und Erwartungen mit einem hohen Respekt für die **Selbstwertstärkung** der Kinder zu verbinden. Sie sollen in dieser Entwicklungsphase Unterschiede wertschätzen lernen, die Wirksamkeit ihres eigenen Handelns erleben und erfahren, dass sie gebraucht – nicht nur belehrt – werden: „Niemand beschämen, niemand zurücklassen“.
- Auf der *Beziehungsebene* geht es um emotional zuverlässige Beziehungen als sichere Basis für Exploration und Lernen. Eine professionell, als Leitbild verankerte und verstandene, **Lehr- und Lernkultur** schließt die kontinuierliche Reflexion und Stärkung von Beziehungskompetenzen und ein entwicklungsgerechtes Verständnis von Beteiligung (Partizipation) ein: „Einladen – ermutigen – inspirieren“.

- Die *institutionelle Ebene* –v.a. der Bildungsbereich und die Jugendhilfe - sollen ihre Aufmerksamkeit primär auf die Entwicklung des Kindes (insbesondere die Entwicklung des Gehirns) ausrichten, unter Beachtung der Prinzipien von **Diversität und Inklusion**. Unterschiedlichkeit als Ressource und „soziales Vermögen“ zu schätzen und Bedingungen dafür zu schaffen, die nächste Generation „unter einem Dach“ willkommen zu heißen, wird zum Auftrag der nächsten Jahre.

Themen

Die Verfolgung der genannten Ziele erfordert eine Umsetzung in wenigstens drei Aufgabenbereichen:

- a) **Entwicklungsaufgaben der Kinder** kennen und berücksichtigen.
- b) **Kompetenzprofile der wesentlich Beteiligten** beschreiben und schärfen.
- c) **Kommunale (Unterstützungs-)Strukturen** entwickeln und nutzen.

Ebene des Kindes

a) Entwicklungsaufgaben:

Drei bedeutsame Entwicklungsaufgaben der Kinder in der Altersgruppe 7-12 Jahre sind: ‚*Aneignen und gestalten*‘, ‚*Beziehungen eingehen*‘ und ‚*Sich bewähren*‘ (13. Kinder- und Jugendbericht, 2009). Die Fähigkeit, Fragestellungen eigenständig zu verfolgen und Probleme aktiv anzugehen, erfordert eine (Lern)Umgebung, die zum Forschen und Entdecken einlädt, dabei auf Eigenständigkeit setzt, aber zugleich Begleitung und Führung anbietet, also auch verlässliche Beziehungsangebote macht. Wer Kindern etwas zutraut, kann und soll ihnen auch etwas zumuten – das aber sollte individuell bewältigbar sein und jenseits der „klassischen“ sozialen Bezugsnorm die Chance zur ganz persönlichen Bewährung bieten. Positive Erfahrungen, z.B. durch Lernerfolg oder Partizipation vermitteln Glücksgefühle und fördern die Neugier und intrinsische Motivation. Sie erhöhen damit die Chance, Optionen für persönliches Wachstum und Entwicklung wahrzunehmen (BMFSFJ 2010).

Ebene der Familie/Eltern

Eine grundlegende Aufgabe der Eltern besteht darin, die Befriedigung von Grundbedürfnissen für ihre Kinder zu unterstützen und zu sichern. Nach Grawe (2004) sind vier Faktoren dabei wichtig: Bindung, Orientierung/Kontrolle, Selbstwerterhöhung/-schutz sowie Lustgewinn/Unlustvermeidung. Unterschiedliche soziale und kulturelle

Lebensumstände von Familien erfordern passgenaue Antworten, um Motivation zu ermöglichen und Nachteile zu mindern. Hier gilt es immer wieder, Kommunikationswege zu erproben und Maßnahmen anzupassen – vom Hausbesuch der Klassenlehrerin über ein Vertragshandeln zwischen Schule und Elternhaus (etwa zum Medieneinsatz) bis zu Patenschaften für Kinder aus belasteten Familien. Vor dem Hintergrund sehr unterschiedlicher Ressourcen in Familien muss bei der Grundversorgung von Kindern, etwa bei der Schulverpflegung im Ganztagsbetrieb, Chancengerechtigkeit Ziel sein.

Ebene Peers

“Der Umgang mit bekannten oder befreundeten Gleichaltrigen beeinflusst die Entwicklung eines Kindes ebenso entscheidend wie die Eltern-Kind-Beziehung“ (Resch 1996). Neue Lehr- und Lernmodelle wie jahrgangsoffene und individualisierte lehrerunabhängigere Vorgehensweisen tragen dem Rechnung. Kinder in der Peer-Gruppe

- lernen sich selbst einzuschätzen
- erlernen soziale Fähigkeiten und üben soziale Kompetenz
- erproben Unabhängigkeit (von Erwachsenen)
- üben Geschlechterrollen-Verhalten ein (13. Kinder- und Jugendbericht 2009)

Die Bedeutung des „beiläufigen“ Kompetenzerwerbs mit und von Gleichaltrigen ist in der Altersgruppe auch für das Erlernen der deutschen Sprache für Kinder aus Migrantenfamilien belegt (Czisch 2004)

Ebene Fachkräfte/Institutionen

b) Kompetenzprofile:

Kinder der Altersgruppe 7-12 Jahre brauchen kompetente, beziehungsfähige Erwachsene als Lehrende, Bezugspersonen, Mentoren und Vorbilder. Neben den Eltern sind dies vor allem Lehrpersonen, Erzieherinnen, MitarbeiterInnen der Jugendhilfe (in der Jugend- bzw. Schulsozialarbeit, in Betreuungsformen des Ganztagsbetriebes oder offenen Angeboten) sowie GruppenleiterInnen von Vereinen und Verbänden und Familienpaten/innen.

Professionalität ist deshalb eine Entwicklungsaufgabe dieser Berufsgruppen und schließt ein, Sensibilität und Klarheit zu entwickeln im Spannungsfeld von Individualisierung (Lernarrangement und -biografie) und Sozialisierung (Bedürfnisaufschub, Umgang mit Grenzen und Konflikten oder Verantwortungsübernahme in der Gruppensituation).

Professionalität heißt zugleich Ausprägung eines Menschen- und Berufsleitbildes, das die Rolle eines erwachsenen Begleiters ausfüllt:

- Achtsamkeit für Differenz und Diversität („Lob des Unterschieds“) ausbilden,
- Grenzen definieren und setzen,
- gemeinsam statt einsam arbeiten (Schule),
- über den Tellerrand des eigenen Berufsbildes schauen, Vernetzung mit Partnern angehen und aktiv Fortbildung suchen

Kommunale Ebene/Politik

c) Kommunale Strukturen:

Zu nennen sind hier Formen der *Kinderbeteiligung* (etwa bei der Gestaltung von Schulhöfen, Spielplätzen oder Wegeplänen in Quartier und Gemeinde), der *Familienorientierung* (etwa in der Einrichtung und Vernetzung von Familienzentren, schulnahen Beratungsangeboten oder der Unterstützung von Initiativen wie dem „Laufenden Schulbus“), sowie der *Einbindung von Akteuren vor Ort* (etwa Firmen, Vereine, Verbände, bürgerschaftliche Familienunterstützung) zur Initiierung oder Stärkung von Angeboten für die Altersgruppe – innerhalb und außerhalb des Schulbetriebes.

Grundansatz/Evidenz

Die Gestaltung von Lernwelten als Lebenswelten orientiert sich an den in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986) formulierten fünf Handlungsebenen:

- **individuelle Potenziale fördern:** „assessment for learning“ – im Vordergrund steht, das *Lernen* anzuregen und zu begleiten, statt das *Gelernte* zu überprüfen und zu bewerten
- **gruppenbezogene, soziale Kompetenzen stärken:** in Lerngruppen, Lehrerkollegien und Elterngruppen ein wertschätzendes und anregendes Klima für den Umgang sichern.
- **institutionelle Ressourcen** im Sinne lernender Organisationen **entwickeln** und damit strukturelle Bedingungen für individuelle und gruppenbezogene Förderung optimieren: Schulentwicklung als „Klima-Schutz“ begreifen – die *resilienzfördernde* Schule verwirklichen.
- **partnerschaftliche, lebensweltliche Kooperationen** schaffen und nutzen: Netzwerke für professionelle Vielfalt erweitern, z.B. im Ausbau von Ganztagschulen oder im Kontext Projektlernen.
- **politisch-strategische** Akzeptanz und Absicherung aktiv verfolgen: Gestaltungsfreiräume nutzen und für strukturelle Weiterentwicklungen Unterstützung kommunal wie überregional sicherstellen; die Entwicklung der Schullandschaft bedarf – noch mehr als

bisher - einer hohen Kompetenz zur Zusammenarbeit unterschiedlicher Institutionen und Träger (Schule, Kultusbehörden, Jugendhilfe, Gesundheitsförderung, Vereine und Verbände, Kultureinrichtungen, Kindergartenträger, Beratungsstellen, Ärzte, Therapeuten..)

Die Chance einer Orientierung an diesen Handlungsebenen besteht darin, Planung und Handeln immer wieder daraufhin zu überprüfen, ob sie auf wenigstens drei der Ebenen bearbeitet oder verankert werden (Naidoo 2008, Brägger 2008). Damit erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass Aktivitäten wirksam und nachhaltig sind.

Vorgehen / Maßnahmen

- Die **Reflexion der Berufswahl** für pädagogische Aufgaben soll Ausbildungsbestandteil werden.
- Die **Ausbildung von Erzieher/-innen und Grundschullehrer/-innen** bedarf einer Nahtstelle (z.B. Südtirol: erstes Studienjahr gemeinsam).
- Die **Auswahl pädagogischen Personals** orientiert sich stärker an am psychosozialen Kompetenzprofil und den Erkenntnissen der Arbeitspsychologie. Auch Männer sollen vermehrt gewonnen werden.
- Die **Aus- und Weiterbildung von Lehrer/-innen** soll ebenfalls Schnittmengen haben, etwa von Grundschule nach weiterführenden Schulen. Zur Schulentwicklung aller Schularten gehört auch verstärkt gemeinsame Unterrichts- und Projektplanung von Lehrern.
- Die **Erziehungspartnerschaft mit Eltern** soll höher gewichtet werden – Formen der Verbindlichkeit sind zu prüfen (Gewaltfreiheit der Erziehung ist gesetzlich verankert)
- **Entwicklungspsychologie** und **emotionale Kompetenz** werden verbindliche Ausbildungsmodule.
- **Mentoren- bzw. Patensysteme** werden für Kinder mit Bedarf an zusätzlichen Bezugspersonen möglichst flächendeckend verfolgt
- **Qualifizierung bzw. Einbindung von Fachkräften** in Partnerschaft der Schule: Beratungseinrichtungen, Vereine (Sport, Kreisjugendring), Verbände und Bildungseinrichtungen, Ernährungs- und Bewegungsfachkräfte
- **Prozessberatung zur Schulentwicklung**: Abstimmung und Vernetzung für Akteure wie: Landesinstitut für Schulentwicklung, Fachberater Schulentwicklung der

Regierungspräsidien, Schulpsychologen, Präventionsbeauftragte der
 Regierungspräsidien, Gesundheitsförderer ÖGD , Praxisbegleiter der
 Vernetzungsstelle Schulverpflegung, Lehrer-Coaching u.w.

4.4.2 Synopse Kinder von 7 bis 12 Jahren

Kernthemen	Beteiligte & Betroffene
<p>Diversität & Differenzierung sichern</p> <p>Selbstwert bestätigen</p> <p>Einladende, ermutigende, inspirierende Lehr-Lern-Kultur schaffen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lehrpersonen (Grundschule / weiterführende Schule) • Eltern / Elternvertreter/innen • Erzieherinnen (Übergang Kita-GS) • Schulsozialarbeit /Jugendsozialarbeit in der Schule • Schulträger • Schulaufsicht, Schulträger: z.B. Fachberater Schulentwicklung am RP, Präventionsbeauftragte, Schulpsychologinnen und Schulpsychologen • Vereine • Regionale Akteure (Gesundheitsförderer des ÖGD, Fachkräfte für Ernährung/ für Bewegung, Vernetzungsstelle Schulverpflegung, Landwirtschaftsämter, Lebenskompetenz, Erziehungsberatung u. weitere Bereiche der Jugendhilfe, Kommunale Suchtbeauftragte, therapeutische Anbieter u.w.)

Verankerung	Vernetzung	Verbindlichkeit
<ul style="list-style-type: none"> • Realisierung von Programmen oder Profilen – als <i>gleichberechtigte</i> Form: z.B. Ganztagschule; Jahrgangsoffnung, Gemeinschaftsschule • Persönlichkeitsbildung und Entwicklungspsychologie als verbindlicher Bestandteil der Lehrerausbildung • Professionalisierung Lehrkräfte und externe Berater im Sinne einer Synergie von Fach- und Beziehungskompetenz • Der Ausbildungsprozess reflektiert systematisch und fallorientiert die konkrete Praxis in Kita, Schule und Jugendhilfeeinrichtungen • Bildung, Erziehung und Sozialisation werden in den Kernprozessen in allen Gebietskörperschaften verankert ;„Wie wir die nächste Generation willkommen heißen, soll zum Maßstab von Wirtschaft und Kultur, sozialem Leben und Konsum werden“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Abgestimmter Einsatz von beratenden und begleitenden Akteuren (innerhalb & außerhalb der Kultusverwaltung) zum Gesamtziel „Resilienzförderung“ etwa i. R. verbindlicher Kooperationsstrukturen und durch eine mit organisatorischer Macht ausgestattete Koordinationsstelle und Netzwerkarbeit muss in Arbeitsaufträgen der Fachkräfte verbindlich sein • Nebeneinander von Programmen prüfen und zu einvernehmlichen Standards zusammenführen 	<ul style="list-style-type: none"> • Vereinbarung zu Erziehungsfragen zwischen Schule und Elternhaus • Ganztagschule; Inklusionsverfahren, Schulprogramme etc. sind nicht mehr Modelle mit Sonderstatus, sondern gleichberechtigte Umsetzungsformen mit dem Ziel einer resilienzfördernden Schulkultur. • Ausbau gebundener Schulangebote mit entsprechender Rhythmisierung der Schulwoche • Leitungsfunktionen werden verbindlich gekoppelt mit Prozessen des Coaching und der Supervision

4.5 Primärprävention und Gesundheitsförderung für Jugendliche von 13 bis 18 Jahre

Der Übergang vom Kind zum/zur Jugendlichen und vom/von der Jugendlichen zum Erwachsenenalter braucht Raum und Stärkung für die:

- ⇒ Identitätsentwicklung
- ⇒ Partizipation
- ⇒ Förderung von Lebenskompetenz (psychischer Gesundheit)
- ⇒ integrierte Sucht- und Gewaltprävention

4.5.1 Grundlagen

Generelles Ziel:

Ziele beziehungsorientierter, respektierender, ressourcenfördernder Begleitung Jugendlicher sind:

- Unterstützung bei der Ausbildung einer **stabilen unabhängigen Persönlichkeit**, die gleichwohl flexibel auf zukünftige Herausforderungen reagieren können wird
- **innere Balance** zwischen kurzfristiger Bedürfnisbefriedigung und langfristiger Zielverfolgung auf der Basis der Achtung anderer und eigener Rechte
- Möglichkeiten zur **Beteiligung und Übernahme von wirklicher Verantwortung** schaffen
- Möglichkeiten zu **nicht Erwachsenen-kontrollierter Welterfahrung** und zum Austausch mit anderen Jugendlichen schaffen
- positive familiengerechte Entwicklungsbedingungen für junge Menschen und deren Familien schaffen

Voraussetzung für die erfolgreiche Arbeit mit diesen Kernthemen sind verlässliche Strukturen und das Verlassen einer grundsätzlichen Risiko- und Misslingensperspektive auf Jugend. Zentraler Ansatz hierbei ist das unmittelbare alltägliche Lebensumfeld mit der Gestaltung von „gesundheitsförderlichen Sozialräumen“ als systematischer Perspektive für gelingendes Aufwachsen in und mit Familien

Themen

Ebene des Jugendlichen

Jugendliche sind bereit, sich mit Angeboten zu selbstverantwortlichem gesundheitsförderlichen Verhalten auseinanderzusetzen. Thema der Gesundheitsförderung ist, Jugendliche in ihrer Fähigkeit, sich realistisch einzuschätzen, ebenso zu stärken wie in ihrer Zuversicht, Anforderungen an sie auch zu bewältigen.

Identitätsentwicklung und tatsächliche Partizipation stehen im Vordergrund.

- Eigenes Körpererleben und seine Veränderungen gender-, behinderungs- und kultursensibel als Thema in allen Lebenszusammenhängen zulassen
- Partizipationsformen in Schule, Gemeinde und Institutionen/Verbänden weiter ausbauen
- Individuelle Kompetenzen jedes Jugendlicher besser wahrnehmen und wertschätzen
- Gewalt- und Suchtprävention in die Förderung allgemeiner Lebenskompetenz einbetten
- Entwicklung von Selbstbewusstsein gegenüber Gruppendruck stärken
- Information über Auswirkungen von Tabak- und Alkoholkonsum geben
- Zusammenhang zwischen Gewalt und Alkoholkonsum sichtbar machen
- Gleichaltrige als Mentoren gewinnen (Medienmentoren, Suchtbereich)
- Alternativen zu gefährdendem Verhalten eröffnen: Entspannungsmethoden, Umgang mit Stress, Konflikten, Erlebnispädagogik (Grenzen austesten, Wir-Gefühl)
- Absicherung von materiellen Grundbedürfnissen bei sozial benachteiligten Jugendlichen

Ebene der Familie/Eltern

- Angebote an Eltern/Erwachsene, jugendliche Lebenswelten näher kennenzulernen
- Angebote zum Umgang mit Familienkonflikten
- Förderung familiärer Gesprächskulturen konfliktunabhängig
- Umgang mit Bedürfnis nach elterlicher/emotionaler Zuwendung und Sicherung bei gleichzeitig zunehmender Selbständigkeit und Abgrenzung

Ebene Peers/Gleichaltrige

- Peers werden zentrale Bezugsgruppe: Balance Gruppe/Individuum
- Sozialraum zum zentralen Ort nachhaltiger Gesundheitsförderung machen
- Partizipationsmöglichkeiten bieten

- Angebote zur Freizeitgestaltung im Sozialraum
- Ausbildung zu „Peer“-Multiplikatoren in sensiblen Themen wie Suchtprävention, Mobbing, Gewaltprävention u.ä.

Ebene Fachkräfte/ Institutionen

- Prävention und Gesundheitsförderung, die von Jugendlichen auch angenommen wird, setzt im Alltag, in der Schule, in Ausbildungsbetrieben, in der Freizeit an
- Sie entfaltet Wirkung, wenn sie niedrigschwellig, bedarfsorientiert, nachhaltig in gegenseitiger Wertschätzung und mit dem Gesundheitssektor vernetzt ist
- Schule als Ort einer auch von Jugendlichen mitverantworteten Bildung und Gesundheit gestalten
- Prävention und Gesundheitsförderung in Angeboten der Jugendhilfe verankern
- Prävention und Gesundheitsförderung in Vereinen verankern

Kommunale Ebene / Politik

- Bundes- /landespolitische Steuerungen und Investitionen zum Abbau struktureller regionaler Nachteile und zur Modernisierung regionaler und lokaler Lebenswelten Jugendlicher und ihrer Familien.
- Koordination und Steuerung auf kommunaler/Sozialraumebene
- Fachkraftförderung
- Überwindung von Armut und prekären Lebenslagen als Grundvoraussetzung für nachhaltige Gesundheitsförderung und Verhältnisprävention.
-
- Weiterentwicklung tatsächlicher Partizipation und Mitverantwortung der gesetzlich verankerten Schülermitverantwortung (SMV) in der Schule
- Ausbildungsbetriebe und Auszubildenden-Vertretungen in kommunale Netzwerke zu PGF einbeziehen

Grundansatz und Evidenz

Was die Entwicklungspsychologie auf der Basis forschender Beobachtung postuliert hat, ist durch Hinweise aus der Hirnforschung bestärkt worden: Die Verhaltensbesonderheiten der Pubertät gehen einher mit einer intensiven neuronalen Reorganisation. Es gibt eine neurobiologische Spiegelung der stürmischen Zeiten, durch die Jugendliche (und mit ihnen ihre Angehörigen) gehen, deren gestaltende Faktoren weiter erforscht werden (Crone 2011).

Als gesichert gilt, dass positiv erlebte frühe Bindungserfahrungen von emotionaler Wärme, achtsamem Umgang und Förderung von Selbstwirksamkeitserfahrungen beim jungen Kind auch eine gute Plattform für die erfolgreiche Bewältigung der Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz bieten. Pubertät hat die Bildung von **Lebenskompetenz** in einer eigenständigen Persönlichkeit zum Ziel. Die verstärkte Experimentier- und Proberhaltung Jugendlicher hilft grundsätzlich bei der Bewältigung dieser Entwicklungsaufgabe und ist Ausdruck der Hinterfragung vorgegebener familiärer und gesellschaftlicher „nützlicher“ Verhaltensweisen. Jugendliche weisen zugleich eine eingeschränkte Wahrnehmung potentieller Gefahren auf und neigen dazu, Gefahren für sich selbst geringer einzuschätzen, als für andere Personen. Im Jugendalter nimmt der Einfluss der Familie zu Gunsten Gleichaltriger/Peers stark ab.

Identitätsentwicklung heißt, sich als selbstwirksam und sinnvoll handelnd zu erfahren, mit Zuversicht das eigene Leben zu gestalten und die Kontrolle darüber in die Hand zu nehmen.

Partizipation heißt, aktiv beteiligt zu sein als zentrales Element der Sicherung und Gestaltung aller jugendlicher Lebensbereiche. Beteiligung fördert die ermutigende Erfahrung, sich erfolgreich für eigene Interessen einsetzen zu können. Zudem wird so gewährleistet, dass Motive und Bedürfnisse Jugendlicher Bestandteil von PGF werden. Beteiligung soll an der Lebenswelt junger Menschen ansetzen, alters-, alltags- und handlungsorientiert sein (BMFSFJ 2010).

Identitätsentwicklung und Partizipation sind auch zentrale Elemente der aktuellen fachlichen Konzepte zu **Sucht- und Gewaltprävention** mit Kindern und Jugendlichen.

Verschiedene Untersuchungen weisen auf die große Bedeutung psychischer Probleme bei Kindern und Jugendlichen hin. Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert-Koch-Instituts wurden im Zeitraum von 2003 bis 2006 Daten zu psychischen Auffälligkeiten nach Elternangaben von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren erhoben. Danach zeigten 11,5 Prozent der Mädchen und 17,8 Prozent der Jungen ein erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten. Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem niedrigeren Sozialstatus und Migrationshintergrund waren stärker betroffen. Personale Ressourcen wie Zuversicht und frühere Selbstwirksamkeitserfahrung waren einflussreichste Schutzfaktoren, verstärkt durch familiäre und soziale Ressourcen. Emotionale Probleme Jugendlicher wirken sich sowohl auf die subjektive Lebensqualität als auch auf die späteren Chancen auf dem Arbeitsmarkt aus (KIGGS 2008). Präventive Förderung der Lebenskompetenzen ist deshalb elementar.

Vorgehen/Maßnahmen

Für die Nachhaltigkeit des Vorgehens in Schulen sind folgende Faktoren wichtig:

- die Formulierung übergeordneter Ziele (Profil, Leitbild, Schulcurriculum),
- PGF als begleitende Maßnahme in möglichst allen Klassenstufen,
- ein mittel- bis langfristiges Denken,
- finanzielle und personelle Ressourcen,
- Lehrerfortbildung,
- Begleitung von Außen,
- Reflektionsinstrumente, die einmal Erarbeitetes festhalten,
- geregelte Zuständigkeiten

Bei allen Maßnahmen sind die unterschiedlichen Bedürfnisse und Interessen von Jungen und Mädchen zu berücksichtigen, ebenso interkulturelle Zugangswege zu finden und Jugendliche mit Behinderungen aktiv einzubeziehen. PGF darf dabei nicht an einigen qualifizierten Lehrkräften isoliert festgemacht werden. Die Fortbildungsplanung muss im und mit dem ganzen Kollegium angegangen werden.

Schulische Prävention ist, um wirksam sein zu können, nach dem Konzept von Dan Olweus immer gleichzeitig auf drei sozialen Ebenen verankert:

- der Schulebene,
- der Klassenebene
- der individuellen Ebene.

Sie beinhaltet die Bereiche:

- Gesundheitsförderung (Förderung der seelischen und körperlichen Gesundheit, Förderung der Entwicklung von Lebenskompetenzen)
- Suchtprävention
- Gewaltprävention.

Alle am Schulleben beteiligten Gruppen (Schüler, Lehrkräfte, Eltern) werden bei der Umsetzung des Präventionskonzepts einbezogen. Bei der Weiterentwicklung des Präventionskonzepts einer Schule durch die Schulgemeinschaft gilt es, sich regional mit außerschulischen Partnern zu vernetzen.

Schulen brauchen hierbei Unterstützung von schulinternen wie auch externen Partnern. Mit dem landesweiten Präventionskonzept „stark.stärker.WIR.“ werden den Schulen Rahmenbedingungen gegeben, die vor Ort ausgestaltet werden. Von den

Regierungspräsidien wird Beratung durch regionale Präventionsbeauftragte zur Verfügung gestellt, die im Netzwerk mit weiteren Unterstützungsstrukturen diesen Auftrag ausführen.

<http://www.schule-bw.de/unterricht/paedagogik/gewaltpraevention/kbuero/stark.html>

Das **Sozialcurriculum an Schulen** stellt einen Leitfaden dar, mit dessen Hilfe die sozialen Kompetenzen der Schülerinnen und Schüler gefördert werden sollen. Die Inhalte und Themen können je nach Klassenstufe gewählt werden mit dem Ziel, ein gutes Miteinander und eine angenehme Arbeits- und Lernatmosphäre in der Schule dauerhaft zu erreichen. Die Umsetzung findet sowohl mit festen Programmen, vielfältigen Projekten und in der Klassenlehrerstunde statt. Die Inhalte eines Sozialcurriculums umfassen z. B. die Themen Kommunikation, Kooperation, Stressbewältigung, Selbstbehauptung.

Eine weiterentwickelte und konkreter gesetzlich verankerte Partizipation im Rahmen der **Schülermitverantwortung** an Schulen nimmt Jugendliche ernst und lässt sie Erfahrungen gewinnen in der Einübung inhaltlicher und formaler demokratischer Spielregeln. Damit steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sich Jugendliche als selbstwirksam in ihren Lebensvollzügen Schule, Gemeinde, Freizeit, Peers erfahren und sich auch nach der Schulzeit aktiv und konstruktiv an der Gestaltung ihres Sozialraums beteiligen.

Offene Jugendarbeit

Offene Kinder- und Jugendarbeit ist für alle Jugendlichen frei zugänglich und kann entlang eigener, auch spontaner Bedürfnisse und Interessen genutzt werden. Konkret sollte die räumliche Barrierefreiheit für mobilitätseingeschränkte Jugendliche in den Blick genommen werden, ebenso nicht sichtbare Barrieren für Jugendliche mit sogenannter geistiger Behinderung oder Kommunikationsbarrieren für blinde oder gehörlose/hörgeschädigte Jugendliche (z. B. Braille-Informationen, Gebärdensprache). Situationsbedingt werden Fragen, die Jugendliche haben, unmittelbar aufgegriffen. Dies schließt organisierte weitere Angebote keineswegs aus. Freiwilligkeit, Selbstorganisation, Lebensweltorientierung, interkulturelle Kompetenz, Selbstwirksamkeit, Persönlichkeitsentwicklung und Partizipation werden in der offenen Jugendarbeit gefördert als Chance zu einer gelingenden sozialen Inklusion.

Verbandliche Jugendarbeit

Vereine sind wesentliche Anlaufstellen für Jugendliche, insbesondere Sportvereine. Die veränderten gesellschaftlichen Lebensbedingungen erfordern Anpassung der bewährten Vereinsarbeit daran über neue Zugangswege zu Jugendlichen mit vernetzten Angeboten im

Rahmen von Schule oder offener Jugendarbeit, mit flexiblen oder kostenfreien
Gebührensätzen, mit neuen inklusiven Sportangeboten, die behinderte und nichtbehinderte
Jugendliche gemeinsam ansprechen (Blindenfußball auch für sehende Jugendliche etc.).

Suchtprävention für Jugendliche in kommunalen, Kreis- und Landesstrukturen

ist ein Baustein aus der altersgruppenübergreifenden vernetzten konzeptionellen Arbeit der
Landesarbeitsgemeinschaft Suchtprävention Baden-Württemberg

(http://www.sm.bwl.de/fm7/1442/Grundlagenpapier_Suchtpraevention_BW.pdf)

Auf der Kreisebene gehören dazu die Kommunalen Suchtbeauftragten/Beauftragten für
Suchtprophylaxe, die insbesondere mit Maßnahmen zur Tabakprävention und
Alkoholmissbrauchsprävention Jugendliche ansprechen, in der Regel in Kooperation mit
Schulen.

4.5.2 Synopse Jugendliche von 13 - 18 Jahren

Kernthemen	Beteiligte & Betroffene
Identitätsentwicklung Partizipation Lebenskompetenz integrierte Sucht- und Gewaltprävention	Beispiel für ein Netzwerk: Landesarbeitsgemeinschaft Suchtprävention: Ministerien (Sozialministerium, Kultusministerium, Innenministerium, Justizministerium), LGA BW, Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung, Schulverwaltung, Fachkliniken, Deutsche Rentenversicherung, Landesärztekammer, Landesapothekerkammer, Kommunale Suchtbeauftragte, Präventionsbeauftragte, Jugendsachbearbeiter der Polizei, Landesstelle für Suchtfragen Baden-Württemberg, Liga der freien Wohlfahrtspflege, Selbsthilfverbände, ehrenamtlich Engagierte, Städtetag, Landkreistag, Kommunalverband für Jugend und Soziales, Betriebe, Handel, Wirtschaft, Landessportverband BW (LSV) u.w. Schulen, Schulaufsicht, Schulträger, Schüler -/Elternvertretung, Jugendhilfe, Jugendämter, ausbildende Betriebe, Azubi-Vertreter/innen u.w.

Verankerung	Vernetzung	Verbindlichkeit
<ul style="list-style-type: none"> - Sozialcurriculum in Schulen als Gesamtkonzept mit verschiedenen Bausteinen: z.B. Konzept Klasse 7-9 „Soziales Lernen“ - „Übergang Schule – Beruf“ - „„Mobbingfreie Schule“ „Sexualpädagogik/Prävention sexueller Gewalt“ - „Ess-Störungen“ - „Ernährungsbildung“ Anknüpfungspunkt: Bildungspläne - Schulsozialarbeit ausbauen. - SMV weiterentwickeln (Klassenrat, Schülerrat) - Soziales Kompetenztraining Eigenverantwortung stärken - Lehrkräftefortbildung zu Sozialcurriculum und PGF verankern -Standard verankern: jährliche Verständigung zwischen Schulträger, Schulleitung, Steuergruppe und Schulsozialarbeit über Ziele, Umsetzung und Inhalte -> schriftliche Vereinbarung, regelmäßiger Austausch, Auswertung bzw. prozesshafte Anpassung. - Bewegungsfreude leistungsunabhängig stärken, Schulsport weiterentwickeln - Kommunale Suchthilfenetzwerke - Kommunale Suchtbeauftragte 	<ul style="list-style-type: none"> - Kooperation Schule – externe Partner: z.B. Präventionsprogramme der Polizei (Alkohol/Gewalt, Alkohol/sexuelle Gewalt, Alkohol/Verkehrsunfälle etc) z.B. örtliche Jugendhilfeträger/Jugendamt z.B. Gesundheitswesen, ÖGD, Schule - Ärzteschaft, Pflgende, Rettungsdienste, Wohngruppen behinderter Menschen - Schulverpflegung mit Ernährungsbildung vernetzen - Schule/Jugendarbeit vor Ort vernetzen - Selbstbestimmung Jugendlicher und ihrer Familien beachten - Bei Vernetzung gegenseitige Wertschätzung der Berufsgruppen fördern als zentrales Element guter Zusammenarbeit - AG Suchtprävention - Netzwerke auf Ebene der Kreise - auf Ebene der Kommune Kommunale Suchthilfenetzwerke 	<ul style="list-style-type: none"> - verbindliche Schulsozialarbeit - verbindliche Weiterentwicklung der Schülermitverantwortung - verbindliche kommunale Regelungen zu Tabakautomatenaufstellung, Spielhallenstandorten, Bolzplätzen, Spielleitplanung, Jugendlichenbeteiligung kommunal <u>Jugendarbeit</u> Kommunale Beschlüsse, Förderprogramme - Richtlinien des Sozialministeriums über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Beauftragten für Suchtprophylaxe/Kommunalen Suchtbeauftragten der Stadt und Landkreise

5. Zusammenfassung

Die Projektgruppe „Weiterentwicklung der Primärprävention und Gesundheitsförderung (PGF) für Kinder und Jugendliche“ legt mit diesem Bericht unter dem Dach des Bundes- und Landesgesundheitsziels „Gesund aufwachsen“ Handlungsschwerpunkte und Empfehlungen für Baden-Württemberg vor. Sie sollen Entscheidungsträgern in Städten und Gemeinden, in Stadt- und Landkreisen (u.a. im Rahmen von Kommunale Gesundheitskonferenzen) und auf Landesebene fachliche Orientierung geben und deren Arbeit unterstützen. Die derzeit vorherrschende Vielzahl befristeter Modelle und Projekte in der PGF bei Kindern und Jugendlichen muss von einer **ernsthaften, entschlossenen und nachhaltigen** Strategie zur Überführung bewährter Vorgehensweisen in die Daueraufgaben von Kommunen, Kreisen, Sozialversicherungsträgern, Institutionen und Land abgelöst werden. Die Projektgruppe beschreibt mit dem Dreiklang „**Verankerung - Vernetzung - Verbindlichkeit**“ zentrale Anforderungen an eine Weiterentwicklung der Strukturbedingungen. Diese drei zentralen Kriterien können als Qualitätsstandards zur Prüfung von Projekten, Programmen und Maßnahmen dienen; zugleich definieren sie Erwartungen an Politik, Fachgremien und Verbände. Diese Anforderungen fasst die Projektgruppe mit vorrangigen Kernthemen für fünf Altersgruppen zusammen, die von PGF begleitend zu unterstützen sind:

- die Verbesserung der Betreuung werdender Mütter/Eltern und die Einbindung aufsuchender Ansätze für die vorgeburtliche Begleitung
- die Realisierung einer Präventionskette und eines Systems der frühen, insbesondere auch zugehenden Hilfen für Kinder von 0 bis 3 Jahren
- die Entwicklung einer integrierten gesundheitsförderlichen Kindertagesbetreuung (und Familienberatung) für Kinder von 4 bis 6 Jahren
- die Umsetzung einer ermutigenden und inspirierenden Lehr- und Lernkultur mit Anschlussfähigkeit der angrenzenden Übergänge für Kinder von 7 bis 12 Jahren
- der begleitete Übergang ins Jugendalter und die Begleitung in der Adoleszenz mit Raum und Stärkung für Identitätsentwicklung, Partizipation und Lebenskompetenzen.

Damit Kinder und Jugendliche gesund aufwachsen, benötigt PGF einen verlässlichen strukturellen und fachlichen Rahmen, den Kommunen, Kreise und Land setzen müssen. Kommunale partizipative, nicht stigmatisierende Präventionsketten, die alle relevanten Akteure vernetzen und Kindern, Jugendlichen und ihren Familien Raum geben zur Mitgestaltung verbessern nachhaltig Entwicklungschancen und Gesundheit.

6. Handlungsempfehlungen

Studienergebnisse der Präventionsforschung und fachpolitische Expertisen verweisen darauf, dass ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen erfolgreich gefördert wird durch

- Strukturen, die intersektorales/interdisziplinäres Handeln fordern und fördern
- Programme, die Kinder, Eltern **und** das soziale Umfeld erreichen indem sie in deren Lebenswelten (Kita, Schule, Quartier/Kommune) partizipativ ansetzen
 - niedrigschwellige Zugänge (gute Erreichbarkeit, kurze Wege, Ansprache über vertraute Person, keine oder niedrige Kosten)
 - interdisziplinäre und verlässliche Netzwerkstrukturen,
 - langfristig und prozessorientiert angelegte Programme anstelle befristeter Modelle und Projekte
 - gesicherte Professionalität des „Begleitpersonals“
 - allgemeine Entwicklungsförderung (Lebenskompetenzen/Resilienz) statt Prävention „unerwünschter“ Verhaltensauffälligkeiten
 - Erfolgskontrolle/Evaluation

Der vorliegende Bericht benennt strukturelle und fachliche Qualitätskriterien, die Entscheidungstragenden in Städten und Gemeinden, Stadt- und Landkreisen und auf Landesebene Orientierung geben. Sie sollen als „Prüfkriterien“ zur Standortbestimmung der Arbeit vor Ort und auf Landesebene dienen und relevanten Handlungsbedarf sichtbar machen.

Primärprävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche...

1. ... werden strukturell verankert

- Langfristig gesicherte konzeptionelle und/oder gesetzliche Grundlage
- Nachhaltigkeit durch ausreichende Personal-/Sachressourcen
- Explizite Aufnahme in Bildungspläne, Curricula, Fachstandards, Konzepte und Leitlinien

2. ...sind in Netzwerke kooperierender Systeme und Akteur/innen eingebettet

- Zugänge und Beteiligungen auf allen Ebenen prüfen: Landesregierung/Ministerien; Landkreistag; Städtetag; Gemeindetag; Kreise; Städte und Gemeinden; Sozialversicherungsträger; Fachverbände und -gesellschaften u.a.
- Ressort-/ämter- und institutionenübergreifende Strategien entwickeln
 - ⇒ Ministerien: Soziales, Kultus, Ernährung, Finanzen und Wirtschaft kooperieren
 - ⇒ Gesetzliche Krankenkassen: Zusammenarbeit verwirklichen usw.
 - ⇒ Gesundheitswesen und Jugendhilfe kooperieren
- Klima und Praxis gegenseitiger Wertschätzung der Berufsgruppen herstellen
- Institutionenübergreifende Steuerungsgremien (überregional und lokal) sowie Koordinationsstellen einrichten
- Fachkräfte/Beteiligte erhalten Arbeitszeitressourcen für die Mitwirkung

3. ...sind verbindlich abgesichert durch

- gesetzliche Grundlagen
- schriftliche, personenunabhängige Vereinbarungen
- abgesicherte Finanzierung unabhängig von Legislaturperioden u.ä.

4. ... unterstützen Kernthemen der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen

5. ...lassen Kindern und Jugendlichen Raum, Lebenswelten verantwortlich mitzugestalten

6. ...orientieren alle Beteiligten auf das Ziel, einen „roten Faden“ für ein gesundes, gelingendes Aufwachsen der jeweils nächsten Generation zu knüpfen.

7. Literatur

Kapitel 1.0 – 4.0:

Beelmann A (2006). Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse und Implikationen der integrativen Erfolgsforschung. In: Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 35(2), 151-162.

BW 2020 – Expertenrat „Herkunft und Bildungserfolg“. Empfehlungen für Bildungspolitische Weichenstellungen in der Perspektive auf das Jahr 2020 (BW 2020). Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, April 2011.

DJI Impulse Nr. 94 (2011). Mythos Prävention. Das Bulletin des Deutschen Jugendinstituts.

13. Kinder- und Jugendbericht 2009, BT-DS 16/12860.
<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/128/1612860.pdf>

Durlak JA (2003). Generalizations regarding effective prevention and health promotion programs. In: Gullotta TP, Bloom M (Hrsg.): The encyclopedia of primary prevention and health promotion. Kluwer Academic/Plenum, New York, 61–69

Gesund Aufwachsen in Baden-Württemberg. (2010). Gesundheitsförderung mit allen Kindertageseinrichtungen. Eine sozialogenbezogene und integrative Perspektive mit den Schwerpunkten Ernährung und Bewegung. Stuttgart. [http://www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/40_Service_Publikationen/Gesund aufwachsen in BW Band 2.pdf](http://www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/40_Service_Publikationen/Gesund_aufwachsen_in_BW_Band_2.pdf)

Gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen - Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe. AG für Kinder- und Jugendhilfe und Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, 2008.

Greenberg MT et al. (2000). Preventing mental disorders in school aged children. A review of the effectiveness of prevention programs. Prevention Research Center for the Promotion of Human Development, Pennsylvania State University.

Heinrichs N et al. (2002). Prävention kindlicher Verhaltensstörungen. Psychologische Rundschau, 53, 170-183.

Jugend- und Familienministerkonferenz (JFMK) 17./18. Juni 2010, Schwerin

Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V in der Fassung vom 27. August 2010. GKV-Spitzenverband 2010.
[https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/GKV_Leitfaden Prävention RZ web4 2011_15702.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/GKV_Leitfaden_Praevention_RZ_web4_2011_15702.pdf)

Nationales Gesundheitsziel Gesund Aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung.
www.gesundheitsziele.de. Bundesgesundheitsministerium, September 2010.

Röhrle B (2008). Die Forschungslage zur Prävention psychischer Störungen und zur Förderung psychischer Gesundheit. In: Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis 40 (2), 343–347

Werner EE (2004). Commentary: Journeys from Childhood to Midlife: Risk, Resilience and Recovery. Pediatrics Vol. 114 No 2 August 1, 2004.

Kapitel 4.1 – 4.5

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). Volkswirtschaftlicher Nutzen von frühkindlicher Bildung in Deutschland. Eine ökonomische Bewertung langfristiger Bildungseffekte bei Krippenkindern. Bielefeld 2008.
http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_30351_30352_2.pdf

Brägger G, Posse N, Israel G, (2008). Bildung und Gesundheit. hep verlag

Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG). BGBl 2011 Teil I Nr. 70, 28. Dezember 2011:

<http://www.dbjr.de/nationale-jugendpolitik/kinderschutzgesetz.html>

Crone E (2011). Das pubertierende Gehirn. Wie Kinder erwachsen werden. Droemer Verlag.

Czisch F (2004), Kinder können mehr. Anders lernen in der Grundschule, München: Kunstmann

DHS-Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen März 2010:

[http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Factsheets/100319_Factsheet_FASD - DIN.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Factsheets/100319_Factsheet_FASD_-_DIN.pdf)

Dragano N et al. (2010). Wie baut sich soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf auf? In: Sachverständigenkommission 13. Kinder und Jugendbericht (Hrsg.) Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Verlag Deutsches Jugendinstitut, München, S. 11-50.

Fried L, Roux S (Hrsg.) (2006). Pädagogik der frühen Kindheit. Weinheim: Beltz.

Grawe, K (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe

Harris J (2007). Jeder ist anders. Das Rätsel der Individualität. DVA.

Hilgers H, Sandvoss U, Jasper Ch. Von der Verwaltung der Kinderarmut zur frühen umfassenden Hilfe. Das Dormagener Modell: was es beinhaltet und was man von ihm lernen kann. Handbuch Kommunalpolitik, Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH

[http://www.dormagen.de/fileadmin/civserv/pdfdateien/fachbereich_1/Sonstiges/Das Dormagener Modell 01.pdf](http://www.dormagen.de/fileadmin/civserv/pdfdateien/fachbereich_1/Sonstiges/Das_Dormagener_Modell_01.pdf)

Kasüschke D, Fröhlich-Gildhoff K (2008). Frühpädagogik heute. Herausforderungen an Disziplin und Profession. Köln: Wolters-Kluwer, Carl Link Verlag.

KIGGS (Kinder- und Jugendgesundheitsurvey) (2008). Erkennen-Bewerten-Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. BZgA, Robert-Koch-Institut. Berlin und Köln.

Korsten-Reck U. Schwangerschaft und Sport. Teil 1: Folgen für Mutter und Kind. Teil 2: Praktische Empfehlungen für sporttreibende Frauen in Schwangerschaft und Wochenbett. Gynäkologie 2011, 44:847-853 und 44:929-936. Springer Verlag 2011.

Lampert T, Ziese T (2005). Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, Expertise des Robert-Koch-Instituts 2005, [http://www.bmas.de/portal/988/property=pdf/armut soziale ungleichheit und gesundheit.pdf](http://www.bmas.de/portal/988/property=pdf/armut_soziale_ungleichheit_und_gesundheit.pdf)

Meier-Gräwe U, Wagenknecht I. Kosten und Nutzen Früher Hilfen. Eine Kosten- Nutzen-Analyse im Projekt „Guter Start ins Kinderleben“. Expertise von Prof. Dr. sc.oec. Uta Meier-Gräwe und Dipl.oec.troph. Inga Wagenknecht. NZFH 2011

Mischo, C (2009). Entwicklungsumwelten. In: K. Fröhlich-Gildhoff, C. Mischo & A. Castello (Hrsg). Entwicklungspsychologie für Fachkräfte in der Frühpädagogik. Köln: Wolters Kluwer.

Muennig P et al. (2011). [The effect of an early education program on adult health: the Carolina Abecedarian Project randomized controlled trial](#). Am J Public Health. 2011 Mar;101(3):512-6

Naidoo J, Wills J. (2003). Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.)

NZFH (Nationales Zentrum Frühe Hilfen) (2009). Materialien zu Frühen Hilfen. Expertise Interventions- und Präventionsmaßnahmen im Bereich Früher Hilfen. Köln: NZFH (www.fruehehilfen.de)

NZFH 2010. Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“, Werkbuch Vernetzung; Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich der Frühen Hilfen und im Kinderschutz.

NICHHD (National Institute of Child Health and Human Development, NIH, DHHS). (2006). The NICHD Study of Early Child Care and Youth Development (SECCYD): Findings for Children up to Age 4 1/2 Years (05-4318). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Noack, P (1992). Freunde, Bekannte, Peers: Die Familie und Beziehungen zu "Gleichen". In M. Hofer, E. Klein-Allermann & P. Noack (Hrsg.), Familienbeziehungen: Eltern und Kinder in der Entwicklung. Göttingen: Hogrefe.

Olweus, Dan (2. Korr. Auflage 1996). Gewalt in der Schule. Was Lehrer und Eltern wissen sollten – und tun können. Verlag Hans Huber.

Plagemann A et al. Prävention der kindlichen Adipositas während der Schwangerschaft. Monatsschr. Kinderheilk. 158:542-552 (2010), DOI 10.1007/s00112-009-2157-9

Qualitätsstandards für Beteiligung von Kindern und Jugendlichen. (2010) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin.

Reissland N et al. Introduction Towards a Fetal Psychology. Inf. Child Dev. 19: 1-5 (2010)
www.interscience.wiley.com. DOI:10.1002/ICD.662

Renner I, Sann A (Hrsg.) (2010). Forschung und Praxisentwicklung frühe Hilfen. Schriftenreihe des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. Köln: NZFH.

Resch F (1996), Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters, Weinheim: Beltz;

Schweinhart LJ (2005). Lifetime effects: The HighScope Perry Preschool study through age 40. (Monographs of the HighScope Educational Research Foundation, 14). Ypsilanti MI: HighScope Press.

Simoes E et al.(2009). Inanspruchnahmegradienten in der Schwangerenvorsorge fordern zur Weiterentwicklung des Präventionskonzepts auf. Gesundheitswesen 2009; 71(7):385-390.

Sweet MA, Appelbaum MI (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programmes for families with young children. *Child Development*, 75, 1435 – 1456.

Tietze W et al. (1998). Wie gut sind unsere Kindergärten? Eine Untersuchung zur pädagogischen Qualität in deutschen Kindergärten. Neuwied: Luchterhand.

Tietze W et al. (2005). Kinder von 4 bis 8 Jahren. Zur Qualität der Erziehung und Bildung in Kindergarten, Grundschule und Familie. Weinheim: Beltz.

12. Kinder- und Jugendbericht 2005 , BT-DS 15/6014

http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/kjb/data/download/kjb_060228_ak3.pdf

8. Glossar

Epigenetik

Studium der erblichen Veränderungen in der Genomfunktion, die ohne eine Änderung der DNA-Sequenz auftreten. Das Gebiet der Epigenetik überbrückt das Spannungsfeld zwischen genetischer Anlage und Umwelt.
<http://epigenome.eu/de/1,1,0>; <http://epigenetics.uni-saarland.de/de/home/>

Evidenzbegriff nach Smedley/Syme „promising statt proven“

Die vom US-amerikanischen Institute of Medicine in Auftrag gegebene und herausgegebene Denkschrift ‚Promoting Health. Intervention Strategies from Social and Behavioral Research‘ (Smedley/Syme (eds.) 2001) kommt auf Grund der Schwierigkeit des Wirksamkeitsnachweises zu der Empfehlung, zwischen ‚proven‘ (nachgewiesen wirksamen) und ‚promising‘ (vielversprechenden) Interventionen zu unterscheiden und auch ‚promising‘ Interventionen zur Durchführung und weiteren Evaluation sowie Qualitätssicherung zu empfehlen: ‚Promising interventions‘ (‚viel versprechende Interventionen‘) werden dabei als solche definiert, die „sowohl auf einer theoretischen Basis für ihre Wirksamkeit beruhen als auch empirische Evidenz aufweisen, welche zumindest Teile des theoretischen Modells stützt. Viel versprechende Interventionen können durch Studien nachgewiesen werden, die günstige Interventionseffekte bei ausgewählten Gruppen zeigen und zugleich ein theoretisches Modell enthalten, das die Ausdehnung der Intervention auf andere Gruppen nahe legt. Das Kriterium ‚viel versprechend‘ wird auch von Studien erfüllt, die eine nur bescheidene Interventionswirkung auf eine größere Bevölkerung ausweisen, wo aber andererseits eine starke theoretische Basis für die Annahme besteht, dass die Wirksamkeit durch eine Veränderung der Intervention erheblich gesteigert werden kann.“
(Smedley/Syme 2001, S. 9. Übersetzung Rosenbrock, 2006)

Gesundheitsförderung

ist ein partizipativer ressourcenorientierter Prozess mit dem Ziel, sowohl Lebenswelten gesünder zu gestalten als auch Menschen zu befähigen, gesündere Lebensweisen zu wählen.
(nach WHO 1998, Health Promotion Glossary)

Grundbedürfnisse

Einteilung in fünf Ebenen:

1. Physiologische Bedürfnisse - Atmen, Schlaf, Unterkunft, Kleidung
2. Sicherheitbedürfnis - Schutz gegen Gewalt, der Gesundheit (Krankenversicherung)
3. Soziale Bedürfnisse - Familie, Freunde, Kommunikation, Intimität,
4. Soziales Ansehen - Wertschätzung durch andere
5. Selbstverwirklichung - individuelle Interessen, Persönlichkeitsentfaltung

Die Verwirklichung der ersten drei Ebenen ist nach diesem Modell notwendig, um das Erreichen der beiden weiteren zu ermöglichen. Im Text sind v.a. die ersten drei Ebenen gemeint.
(Modell nach A. Maslow, 1970)

Inklusion

Inklusion im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention bedeutet, dass allen Menschen von Anfang an in allen gesellschaftlichen Bereichen, eine selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe möglich ist. Inklusion verwirklicht sich im Zusammenleben in der Gemeinde - beim Einkaufen, bei der Arbeit, in der Freizeit, in der Familie, in Vereinen oder in der Nachbarschaft. Dementsprechend leben, arbeiten und lernen Menschen mit Behinderungen nicht in Sondereinrichtungen. Es gibt vielmehr einen ungehinderten, barrierefreien Zugang und eine umfassende Beteiligung von Menschen mit Behinderungen am bürgerlichen, politischen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Leben (oder: in allen Bereichen des Lebens).
(Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen 2011)

Kapazitätsentwicklung

.. „bedeutet den Aufbau von Wissen, Fähigkeiten, Engagement, Strukturen, Systemen und Führungsqualitäten, um effektive Gesundheitsförderung zu ermöglichen“.

Im Fokus der praktischen Umsetzung steht meist die Strukturentwicklung eines Gemeinwesens. Neuerdings wird Kapazitätsentwicklung auch als mögliche Zielgröße für Gesundheitsförderung genannt.

Alf Trojan, Stefan Nickel in Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Köln: BZgA.

Lebenskompetenz (WHO 1994, 13. Kinder- und Jugendbericht)

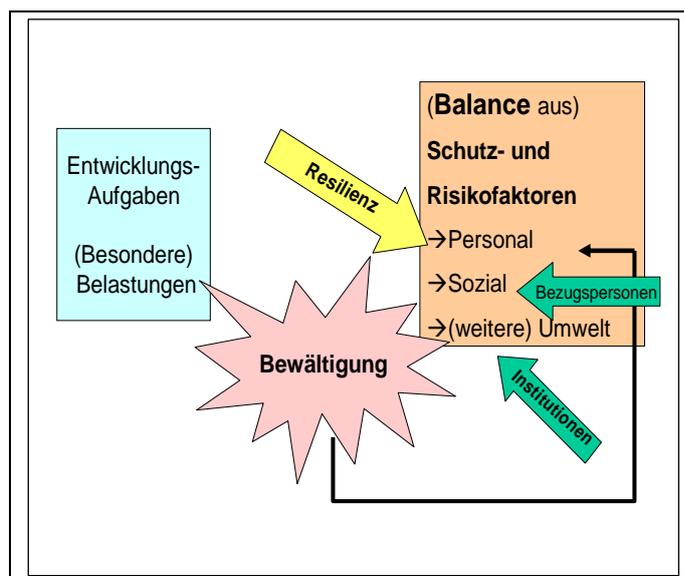
- Ich-Stärke: Ich-Identität, Selbstverwirklichung, produktive Anpassung
- Soziale Kompetenz: Solidarisches kooperatives Handeln
- Kritikfähigkeit: Selbstwahrnehmung, Kritikannahme, Reflexionsfähigkeit, eigene Urteilsbildung
- Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit: Kontaktgestaltung, Konfliktfähigkeit, Rollenbewusstsein, -übernahme
- Entscheidungsfähigkeit: reflexiv, sachbezogen, ethisch-moralisch, ästhetisch
- Problemlösungsfähigkeit: sachlich, offen, ergebnisorientiert und kreativ
- Emotionalität und Selbstkontrolle: Wahrnehmen, ausdrücken und steuern von Emotionen
- Medienkompetenz: Informationsbeschaffung, Wissensaneignung
- Handlungsfähigkeit: Selbstwirksamkeit, Erfolgserwartung.

Resilienz

... ist die seelische Widerstandskraft von Menschen, die „psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken“ (Wustmann 2004, S. 18).

Bei der Betrachtung von Resilienz geht es also um das Zusammenwirken von zwei Aspekten: Zum einen um das Vorhandensein von (massiven) Entwicklungsrisiken bzw. schwierigen Lebenslagen, zum anderen um das Bewältigen dieser Risiken, also eine positive Entwicklung trotz der belastenden Situation(en) (Luthar 2006).

Resilienz ist eine dynamische Fähigkeit, sie wächst aus gelingenden Bewältigungserfahrungen, sie wird geschwächt durch Erfahrungen des Scheiterns und des Alleingelassen-Werdens.



Der wichtigste Faktor zur Förderung von Resilienz ist die stabile Beziehung zu einer wertschätzenden, achtenden, unterstützenden erwachsenen Bezugsperson. Rönau-Böse & Fröhlich-Gildhoff (2012) identifizierten aus der Analyse vieler Studien sechs zentrale Resilienzfaktoren: Adäquate Selbst- und Fremdwahrnehmung, Selbststeuerung von Gefühlen und Erregungen, Soziale Kompetenz, positive Selbstwirksamkeitserwartungen, Stressbewältigungskompetenzen und Problemlösefähigkeiten.

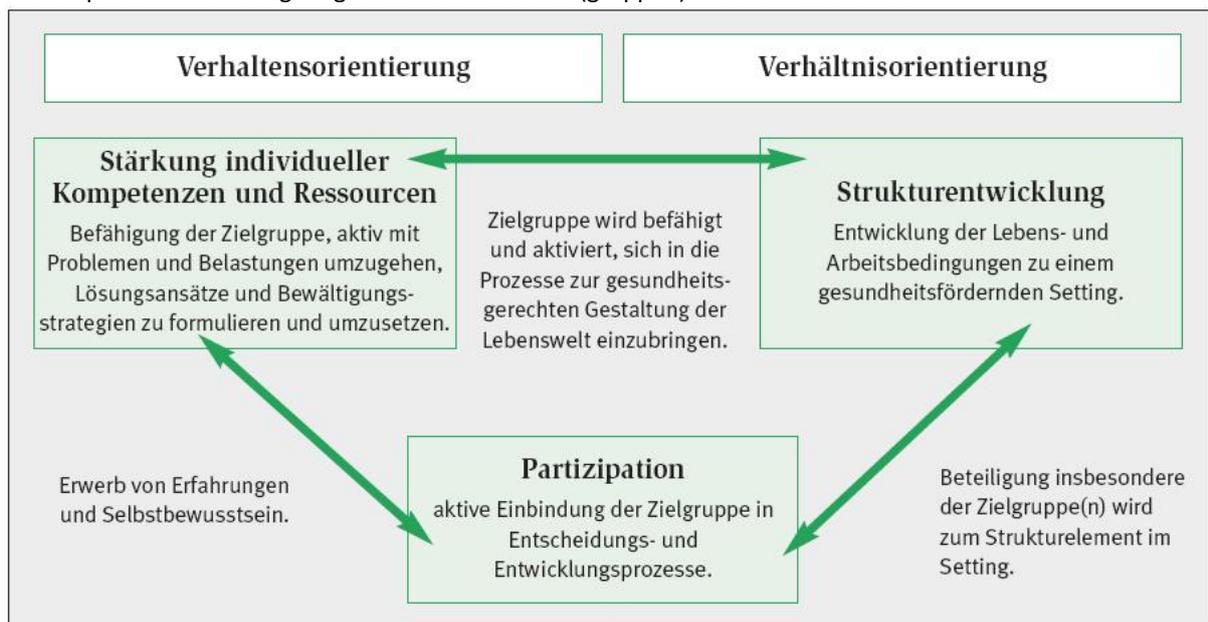
Literatur:

Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse (2011). *Resilienz* (2. Aufl.). München: Reinhardt/UTB.
Rönna-Böse, M. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2012, i.Dr.). Einführung: Das Konzept der Resilienz und Resilienzförderung. In: K. Fröhlich-Gildhoff, S. Fischer & J. Becker (Hrsg.), *Gestärkt von Anfang an – Resilienzförderung in der Kindheit*. Weinheim: Beltz (erscheint 2012).

Settingansatz

.. ist eine Schlüsselstrategie in der Gesundheitsförderung. Unter Settings werden Lebensbereiche bzw. Lebenswelten verstanden, in denen die Menschen einen Großteil ihrer Lebenszeit verbringen, z.B. die Kindertagesbetreuung, die Schule, das Wohnumfeld (Kommune, Stadtteil, Quartier). Setting-Interventionen beinhalten folgende drei zentralen Aspekte:

- Individuelle Ebene: Stärkung der Kompetenzen und Ressourcen der im Setting lebenden Personen
- Strukturelle Ebene: Entwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen
- Partizipation: Einbindung möglichst vieler Personen(gruppen) in deren Lebenswelt



Grafik: Kompetenzstärkung, Strukturentwicklung und Partizipation als zentrale Elemente des Settingansatzes (nach Kilian et al. 2004)

Literatur:

Gesundheit Berlin-Brandenburg 2008 (Hrsg.): Arbeitshilfen „Aktiv werden für Gesundheit!“, Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier, Gesunde Lebenswelten schaffen (Heft 1), gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen IN FORM

Primärprävention

zielt auf die Verminderung der Erkrankungswahrscheinlichkeit ab.
(nach WHO 1998, Health Promotion Glossary)

9. Abkürzungsverzeichnis

PGF	Primärprävention und Gesundheitsförderung
VVV	Verankerung, Vernetzung, Verbindlichkeit
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
KiTa	Kindertagesbetreuung
Kita	einzelne Kindertageseinrichtung
KJB	Kinder- und Jugendbericht
ASD	Allgemeiner Sozialdienst