

101 impulse

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Neue Daten zur Kinder- und Jugendgesundheit für nachhaltige Taten? Trends und Herausforderungen für die Praxis

EDITORIAL »Daten für Taten« war ein Slogan der ambitionierten neuen Gesundheitsberichterstattung der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts. Mittlerweile haben wir uns an die immergleichen Befunde fast schon gewöhnt. Es steht eigentlich gut um die Gesundheit der meisten Kinder und Jugendlichen in diesem Land, aber eben nicht um die gesundheitliche Chancengleichheit aller Kinder und Jugendlichen. Die soziale Spreizung in Deutschland lässt sich auch am Gesundheitszustand der nachwachsenden Generationen ablesen. Gerade weil die Datenqualität für diese Altersgruppe mittlerweile beeindruckend ist und sich zunehmend weiter ausdifferenziert, stellt sich umso dringlicher die Frage, warum nicht mehr passiert, um wirklich kein Kind (gesundheitlich) zurückzulassen.

Die Beiträge dieses Heftes geben einerseits einen Gesamtüberblick, beleuchten andererseits die Situation einzelner belasteter Gruppen genauer – zum Beispiel von Kindern aus suchtbelasteten Familien – und stellen zudem erfolgreiche integrierte, kommunale Handlungsansätze dar, die ein gesundes Aufwachsen für alle fördern. Dieses Heft soll deshalb auch ein entschiedenes Plädoyer zu endlich nachhaltigeren Taten für die Verbesserung der Gesundheitschancen sozial Benachteiligter sein. Das Jahr 2018 neigt sich in schnellen Schritten dem Ende zu und war in vielerlei Hinsicht für die LVG&AFS besonders. Neben dem wiederum gelungenen deutlichen Ausbau von Aktivitäten und Projekten, stehen wir vor allem vor der Herausforderung, uns als Organisation weiterzuentwickeln und unsere Strukturen und Routinen dem größer gewordenen Handlungsrahmen anzupassen. Zum Ausklang dieses Jahres bedanken wir uns bei allen Mitgliedern und Kooperationspartner*innen herzlich für die gelebte Zusammenarbeit sowie die vielfältigen Formen des Austausches und der Unterstützung. Auch für unsere Zeitschrift und die Jubiläumsausgabe impulse 100 haben wir viel positives Feedback erhalten. Gerade deshalb sprechen wir allen Autor*innen der impulse-Ausgaben 2018 unseren besonderen Dank aus! Impulse lebt von Ihren Beiträgen! Wir wünschen Ihnen allen einen angenehmen Jahresausklang und ein gesundheitsförderliches Jahr 2019!

Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten »Leben, Sterben, Tod« (Redaktionsschluss 15.01.2019) und »Dezentralisierungsansätze der Versorgung« (Redaktionsschluss 05.05.2019). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit verschiedensten Beiträgen, Anregungen und Informationen zu beteiligen.

Mit herzlichen Grüßen aus Hannover und Bremen!


Thomas Altgeld und Team

AUS DEM INHALT

Wie steht es um die Gesundheit?	02
Analysen zur Kindergesundheit in KiGGS	03
Gesundheitliche Chancengleichheit	04
Körperlich-sportliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen	05
Rauchen in der Schwangerschaft	06
Sport, Gesundheit & Migrationshintergrund	07
Entwicklung der Frühen Hilfen	08
Gesundheitsförderung im Kindergarten	10
Schuleingangsuntersuchungen – mehr als nur ein Screening!	11
Alles in Ordnung? Lebensalltag sechs- bis elfjähriger Kinder	12
Einfluss des ASD auf Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	13
Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie	15
Psychische Gesundheit in suchtbelasteten Familien	16
Quergedacht: Kinderarmut überwinden	18
Niedrigschwellige Versorgung geflüchteter Jugendlicher	20
Handbuch zu Schutz- und Spielräumen für Kinder	20
SCHULTERSCHLUSS in Baden-Württemberg	21
Diversityorientierte Entwicklung der Suchthilfe	22
Schulgesundheitspflege	23
Gesundheitsfachkräfte an Bremer Schulen	24
Gesundheitsförderung an Berufsbildenden Schulen	25
Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe in der Kita	26
Niedersächsischer Gesundheitspreis 2018	26
Die Schuleingangsuntersuchung – alles schon gewusst?	27
Präventionsketten im Landkreis Osnabrück	28
Das Präventionsnetzwerk Ortenaukreis	29
Kinder- und Jugendgesundheit in den Gesundheitsregionen	30
Wirkungsorientiertes Monitoring in Kommunen	31
Bücher, Medien, Termine	32



BIRGIT BABITSCH & INA PÖCHE-GUCKELBERGER

Wie steht es um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland?

Eine schlichte Antwort auf die Frage: »Wie steht es um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland?« ist: »Gut«. Denn die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen wachsen in guter Gesundheit auf und bewältigen die ihnen gestellten Entwicklungsaufgaben erfolgreich. So weit, so gut – also kein Thema mit hoher Public Health-Relevanz? Bei einem Blick in die Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen, in die medizinische Versorgungspraxis und in die mittlerweile umfangreichen bevölkerungsrepräsentativen Daten (zum Beispiel Kinder- und Jugendgesundheitssurvey) wird jedoch deutlich, wie heterogen die Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen sind, welche gesundheitlichen Risiken und Belastungen bereits in dieser Lebensphase bestehen und wie ungleich die Chancen auf gute Gesundheit und Wohlbefinden verteilt sind. Nicht zuletzt deshalb sind Kinder und Jugendliche eine Adressatengruppe mit sehr hoher Public Health-Relevanz.

Potenzial des Inklusionsansatzes wird noch verkannt

Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt, dass es auch bei Kindern und Jugendlichen, ähnlich wie bei Erwachsenen in den westlichen Industrienationen, zu einer Verschiebung des Gesundheits- und Krankheitsspektrums von akuten zu chronischen Krankheitsbildern gekommen ist. Hieraus ergeben sich neue Anforderungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sowie in der Therapie. Nicht nur in diesem Zusammenhang kommt dem Ansatz der Inklusion eine wichtige Rolle zu, der leider allzu oft als »reine Pflichtübung« verstanden wird und dessen Potenzial damit unerkannt bleibt. Diese Kritik muss sich auch die Public Health-Community gefallen lassen, da auch hier eine intensive Auseinandersetzung in Forschung und Praxis kaum stattgefunden hat.

Gesundheitschancen sind ungleich verteilt

Zudem machen die nationalen und internationalen Daten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen unmissverständlich deutlich, dass Gesundheit und Krankheit nicht gleichmäßig verteilt sind. So sind Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien nicht nur in stärkerem Maße gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt, sondern verfügen gleichzeitig über weniger Ressourcen, woraus sich Kumulationen von sozialen Benachteiligungserfahrungen ergeben, die sich bereits in jungen Jahren in schlechteren Chancen auf eine gute Gesundheit niederschlagen (können). Damit entwickeln Kinder und Jugendliche häufiger – auch als Resultat der Lebensverhältnisse und des damit nachteiligen Gesundheitsverhaltens – bereits in dieser Lebensphase gesundheitliche Probleme bis hin zur Manifestation von Erkrankungen. Betrachtet man Gesundheit jedoch als eine wesentliche Voraussetzung für die erfolgreiche Bewältigung der Herausforderungen, die sich durch die Entwicklungsaufgaben sowie in den Lebenskontexten, wie Alltag und Schule, stellen, erklärt sich, dass daraus komplexe Gefüge von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit entstehen. So sind Gesundheit und Bildung nicht nur linear miteinander verbunden, in dem Sinne, dass eine hohe Bildung mit einer besseren Gesundheit assoziiert ist, sondern auch interaktiv und biografisch, indem gesundheitliche Risiken Bildungschancen beeinflussen, die wiederum auf die Chance auf gute Gesundheit im Erwachsenenalter Einfluss nimmt. Dementsprechend sind gesunde beziehungsweise nicht belastete Kinder konzentrierter, motivierter und erzielen höhere Lernerfolge. Solche Lernerfolge führen zu einer Erhöhung des Bildungsstandes, des Wissens und der Kompetenzen, was wiederum gesteigertes Wohlbefinden, geringeres Risikoverhalten und somit eine bessere Gesundheit nach sich zieht.

Nachhaltige Verbesserung der Gesundheits- und Lebensqualität ist das Ziel

Die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit ist damit eine prioritäre Aufgabe im Kindes- und Jugendalter, die die nachhaltige Verbesserung der Gesundheits- und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen voraussetzt sowie als gesellschaftliche Aufgabe und zentrales Aktionsfeld von Public Health zu begreifen ist. Hierzu tragen weniger die verhaltensbezogenen als vielmehr die verhältnisbezogenen Ansätze zur Gesundheitsförderung bei. Im Zentrum stehen somit die Lebenswelten, in denen sich Kinder und Jugendliche, unabhängig von ihrer Herkunft, erreichen lassen. Das Spektrum an Maßnahmen ist sehr vielfältig, häufig jedoch projektbezogen und noch zu selten systemisch in die Lebenswelten eingebettet, sodass die Nachhaltigkeit der Maßnahmen eine zentrale Aufgabe der Zukunft darstellt. Wesentliche Voraussetzung wäre, die Lebenswelten in ihrer Eigenständigkeit mit ihrer eigenen »Wesensart« wahrzunehmen und sie im Sinne echter Partizipation bei ihrer Entwicklung hin zu einer gesunden Lebenswelt zu unterstützen. Das bedeutet auch Friktionen, die sich zwischen den Kulturen in den Settings (zum Beispiel Schule) und den Ansprüchen in der Gesundheitsförderung ergeben, offensiv anzugehen, und noch stärker als bisher auszuloten, wie sich die Perspektive der Gesundheit organisch in das jeweilige Setting integrieren lässt. Ein »one-size-fits-all«-Angebot wird es dabei nicht geben können, da jede Einheit eines Settings, etwa die einzelne Schule, unterschiedliche Voraussetzungen mitbringt und somit spezifische Anpassungsleistungen erfordert.

Partialinteressen endlich zurückstellen

Mit der zunehmenden Etablierung der Gesundheitsförderung in Deutschland könnte sich eine Trendwende im Zugang zur Gesundheit und der Schaffung gesunder Lebenswelten abzeichnen, sofern die unterschiedlichen Akteur*innen gewillt sind, ihre jeweiligen Partialinteressen – sei es aufgrund ihres Berufsstandes oder ihrer Rolle im Gesundheitssystem – zugunsten eines globalen Ziels, gesunde Lebenswelten und gesundheitliche Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche zu schaffen, zurückzustellen. Trotz größerer Finanzvolumina, die insbesondere für den Bereich der settingorientierten Ansätze der Gesundheitsförderung mit dem Präventionsgesetz zur Verfügung stehen, wird ohne ein solches Commitment, im schlechtesten Fall lediglich die Anzahl der Projekte steigen, ohne einen nachhaltigen Struktur- und Kulturwandel erreicht zu haben. Gefordert ist umso mehr, dass ein multiprofessionelles Miteinander etabliert wird und nicht nur viele, sondern jeweils die richtigen Akteur*innen einbezogen werden.

Literatur bei den Verfasserinnen

PROF. DR. BIRGIT BABITSCH & INA PÖCHE-GUCKELBERGER, Abteilung
New Public Health, FB 8 – Humanwissenschaften, Universität Osnabrück,
Barbarastraße 22c, 49076 Osnabrück,
E-Mail: birgit.babitsch@uni-osnabrueck.de;
ina.poecheguckelberger@uni-osnabrueck.de

BÄRBEL-MARIA KURTH

Daten sammeln, auswerten und dann? Analysen zur Kindergesundheit in KiGGS

KiGGS als Deutschlands einzige repräsentative Gesundheitsstudie für Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahren ist Bestandteil des am Robert Koch-Institut (RKI) etablierten und von diesem sowie vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanzierten Gesundheitsmonitorings. Dieses Gesundheitsmonitoring hat die Aufgabe, die Gesundheit aller in Deutschland lebenden Bevölkerungsgruppen im zeitlichen Verlauf zu beobachten, dabei Trends und Veränderungen festzustellen, um dann entsprechende Empfehlungen für gesundheitspolitische Maßnahmen zu entwickeln.

Daten sammeln

Bei der Ersterhebung von KiGGS Basis (2003–2006) war die Auswahl der Gesundheitsthemen geprägt durch die Informationslücken, die damals hinsichtlich Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen bestanden. Dementsprechend waren die Ergebnisse dieser ersten Basiserhebung neu, zum Teil überraschend und hatten von vornherein interessierte Adressat*innen. Bei den weiteren Erhebungen von KiGGS1 (2009–2012) und KiGGS2 (2014–2017) war die »Datensammlung« geprägt durch die drängendsten Fragen nach den Veränderungen im Gesundheitszustand und im Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen. Um vertiefende Forschungsfragen nach der Gesundheit im Lebensverlauf, nach den frühen Weichenstellungen für spätere Entwicklungen, nach »Etagenwechseln« beispielsweise zwischen Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas, vom Heuschnupfen zum Asthma, nach der Wirkung von Risikofaktoren in verschiedenen Zeitfenstern des Lebens beantworten zu können,

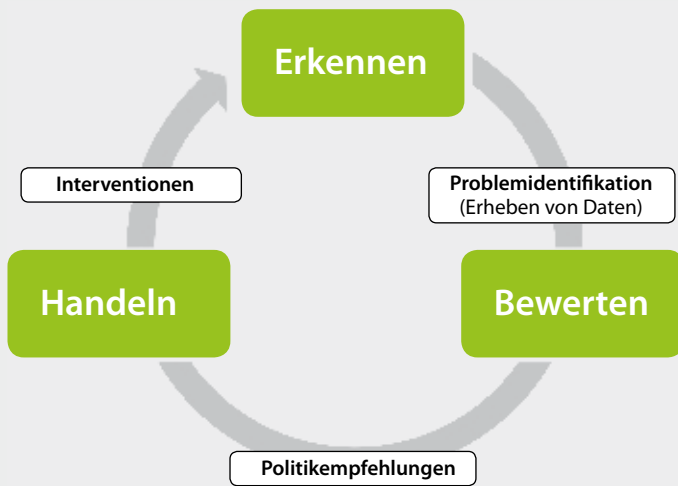
gibt es zudem die »KiGGS-Kohorte«. Dies sind die fast 18.000 Jungen und Mädchen der Basiserhebung, von denen das Robert Koch-Institut (mit deren Einwilligung) immer weiter Informationen sammelt. Nach 15 Jahren sind immerhin noch mehr als 50% dabei.

Daten auswerten

Die Auswertungen von KiGGS erfolgten zu Beginn jeweils zu den Public Health-relevanten Gesundheitsthemen. Sowohl bei KiGGS Basis als auch bei KiGGS1 gab es dazu jeweils Schwerpunktheft des Bundesgesundheitsblattes. Nachfolgend wurden vertiefende multifaktorielle Auswertungen vorgenommen und wissenschaftlich publiziert. (Insgesamt liegen bislang 150 nationale und internationale Publikationen von RKI-Mitarbeiter*innen vor, weitere 146 Arbeiten stammen von externen Autor*innen, die für ihre Auswertungen KiGGS-Daten nutzten.) Die Daten von KiGGS Basis und KiGGS1 gingen ein in die verschiedenen Produkte der Gesundheitsberichterstattung, wie beispielsweise in den »Bericht zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund«, »Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland«, »20 Jahre Deutsche Einheit: Gibt es noch Ost-West-Unterschiede in der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen?«, »Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland«, »Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen« und viele andere mehr. Durch die immer engere Verzahnung des Gesundheitsmonitorings mit der Gesundheitsberichterstattung am Robert Koch-Institut und die zunehmende öffentliche Aufmerksamkeit für Ergebnisse zur Kinder- und Jugendgesundheit wurde für KiGGS2 die Publikationsform der ersten Ergebnisse verändert. In dem 2016 gegründeten »Journal of Health Monitoring« (JoHM) erschienen 2018 in den Ausgaben 1 bis 3 die ersten Ergebnisse aus KiGGS2. Weitere Ausgaben werden die KiGGS-Auswertungen begleiten. Die bei jeder Welle von KiGGS gesammelten Daten wurden und werden zeitnah zur Fertigstellung des qualitätsgeprüften Datensatzes als Public Use Files (PUF) der wissenschaftlichen Öffentlichkeit zur Nutzung bereitgestellt. Bislang wurden 446 »KiGGS-PUFs« herausgegeben. Dies bringt zusätzlich ein sehr breites Spektrum an Auswertungsvorhaben mit sich (zum Teil auch realisiert durch Kooperationsvereinbarungen). Das Ganze führt nicht nur zu einer sehr viel umfassenderen, tiefer gehenden und thematisch breiter angelegten Auswertung der Daten, sondern zudem zu einer Vernetzung der verschiedenen Public Health-Akteur*innen auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendgesundheit. All diese Ergebnisse sowie das Aufzeigen von Handlungsbedarf führen jedoch nicht im Selbstlauf zu erforderlichen Aktionen.

Und dann?

Getreu einem Grundsatz der Informationstheorie, dass gesendete Signale erst dann zu einer Information werden, wenn sie auch einen Empfänger finden, muss sich ebenfalls KiGGS die Empfänger für seine »Nachrichten« suchen. Im Sinne des Public Health Action Cycles (siehe Abbildung, S. 4) sollten dem Erkennen und Bewerten auch Handlungen folgen. Dies ist für KiGGS besser gelungen als bislang für jede andere Studie. Von Beginn an hat sich das Robert Koch-Institut bemüht, die erhobenen Daten adressatenorientiert zu kommunizieren. Der Startpunkt waren jeweils öffentlichkeitswirksame Symposien



(das letzte am 15.03.2018), auf denen Akteur*innen und Multiplikator*innen auf dem Gebiet von Public Health und Kindergesundheit zeitnah über die aktuell ersichtlichen Entwicklungen informiert wurden. Dem folgten neben einer Vielzahl von Vorträgen vor völlig unterschiedlichem Publikum, öffentlichkeitswirksame, da gut verständliche Broschüren sowie die direkte Kommunikation mit der Politik. Die Ergebnisse von KiGGS fanden Eingang in die »Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit«, den Nationalen Aktionsplan des BMG und BMELV »IN FORM«, lieferten Grundlagen für die Nationalen Gesundheitsziele »Gesund aufwachsen« und »Tabakkonsum reduzieren«. Auf Ebene der Bundesländer wurden eigene Ergebnisse zur Gesundheit der dort lebenden Kinder und Jugendlichen zu KiGGS in Relation gesetzt. Für KiGGS ist es gelungen, den Public Health Action Cycle einmal komplett zu durchlaufen und ausgehend vom Status quo die Veränderungen und Trends in Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen zu beeinflussen und im Ergebnis zu erfassen. Nun geht es sozusagen in die nächste Runde, mit alten und neuen Fragen, Methoden, politischen Maßnahmen und motivierten beziehungsweise zu motivierenden Teilnehmer*innen.

Literatur bei der Verfasserin

DR. BÄRBEL-MARIA KURTH, Robert Koch-Institut, Abt. Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, General-Pape-Straße 62–66, 12101 Berlin, E-Mail: kurthB@rki.de

THOMAS LAMPERT, BENJAMIN KUNTZ

Gesundheitliche Chancengleichheit – eine bleibende Herausforderung

Bereits die Ergebnisse der Basiserhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS), die zwischen 2003 und 2006 stattfand, haben deutlich gemacht, wie ungleich die Gesundheitschancen in der heranwachsenden Generation verteilt sind. Zwar wächst in Deutschland der Großteil der Kinder und Jugendlichen gesund auf, Mädchen und Jungen aus sozial benachteiligten

Familien sind aber deutlich häufiger von Gesundheitsproblemen betroffen als Gleichaltrige aus sozial bessergestellten Elternhäusern. Diese Erkenntnisse waren nicht neu, weil zuvor ähnliche Befunde beispielsweise aus der Health-Behaviour in School-aged Children Studie (HBSC) und den Schuleingangsuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes vorlagen. Die KiGGS-Daten machten aber deutlich, dass sich der soziale Status der Familie bereits rund um die Geburt auswirkt und für die gesundheitliche Entwicklung über das gesamte Kindes- und Jugendalter bedeutsam bleibt. Außerdem war bemerkenswert, dass die Unterschiede nach dem sozialen Status der Familie in allen wichtigen Entwicklungsbereichen beobachtet werden konnten. Überraschend war, wie stark diese zum Teil ausgeprägt waren, insbesondere in Bezug auf die psychische Gesundheit und das Gesundheitsverhalten. Mit der zweiten Folgeerhebung der KiGGS-Studie (KiGGS Welle 2) aus den Jahren 2014–2017 liegen nun zum einen aktuelle Ergebnisse vor, zum anderen lässt sich die Frage beantworten, wie sich die sozialen Unterschiede in der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in den letzten zehn Jahren entwickelt haben.

Aktuelle Ergebnisse von KiGGS Welle 2

Nach den Daten von KiGGS Welle 2 beurteilen 96% der Eltern den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder im Alter von 3 bis 17 Jahren als sehr gut oder gut. Lediglich 4% meinen, dass er mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht ist. Mit 8% im Vergleich zu 4% und 1% ist dieser Anteil aber bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus deutlich höher als bei Gleichaltrigen aus der mittleren und hohen Statusgruppe. Auch von gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag sind Kinder und Jugendliche aus der niedrigen Statusgruppe deutlich häufiger betroffen als diejenigen aus der mittleren und hohen Statusgruppe (6% gegenüber 4% beziehungsweise 3%). Gleiches gilt für psychische Auffälligkeiten, die in KiGGS mithilfe des »Strengths and Difficulties Questionnaire« (SDQ), eines international häufig eingesetzten Screeninginstrumentes, ermittelt werden. Legt man den Gesamtproblemwert zugrunde, der auf Angaben zu emotionalen Problemen, Problemen im Umgang mit Gleichaltrigen, Verhaltensproblemen und Hyperaktivität basiert, dann sind 26% der Kinder und Jugendlichen aus der niedrigen, 16% aus der mittleren und 10% aus der hohen Statusgruppe als psychisch auffällig einzustufen. Mit Blick auf das Gesundheitsverhalten zeigen sich deutlich Unterschiede in der Ernährungsweise. Diese lassen sich zum Beispiel an einem geringeren Obstverzehr sowie häufigeren Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke in der niedrigen Statusgruppe festmachen. Gleiches trifft auf das Bewegungsverhalten zu, und zwar insbesondere auf den Freizeitsport. Dazu passt, dass mit 10% ein deutlich größerer Anteil der Kinder und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus stark übergewichtig beziehungsweise adipös ist als in Familien mit mittlerem oder hohem Sozialstatus (5% beziehungsweise 2%). Bezüglich des Substanzkonsums legen die aktuellen KiGGS-Daten in Übereinstimmung mit Daten anderer Studien, zum Beispiel der Drogenaffinitätsstudie oder der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD), nahe, dass Jugendliche aus der niedrigen Statusgruppe häufiger rauchen, während bezüglich des Alkoholkonsums keine beziehungsweise lediglich geringe Unterschiede zwischen den Statusgruppen bestehen.

Zeitliche Entwicklungen und Trends

Der Vergleich mit den Ergebnissen der KiGGS-Basierhebung zeigt, dass sich die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland in den letzten zehn Jahren verbessert hat. So ist der Anteil der Heranwachsenden mit einem nur mittelmäßigen, schlechten oder sehr schlechten Gesundheitszustand zurückgegangen. Gleiches gilt für den Anteil der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten. Positiv zu bewerten ist zudem, dass seltener zuckerhaltige Erfrischungsgetränke konsumiert werden und auch das Rauchen rückläufig ist. Diese positiven Entwicklungen sind zu meist in sämtlichen Statusgruppen zu beobachten. Zum Teil zeichnen sie sich aber bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit mittlerem und hohem Sozialstatus deutlicher ab als bei Gleichaltrigen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus. Zudem gibt es einige Gesundheitsaspekte, bei denen sich eine gegenläufige Entwicklung zeigt. So ist der Anteil Übergewichtiger Jungen und Mädchen in der mittleren und hohen Statusgruppe zurückgegangen, während er in der niedrigen Statusgruppe zugenommen hat.

Fazit

Die aktuellen Ergebnisse der KiGGS-Studie weisen somit auf eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland hin. Das gilt auch und insbesondere für Bereiche, die in den letzten Jahren im Mittelpunkt der Prävention und Gesundheitsförderung standen. Die nach wie vor bestehenden sozialen Unterschiede in der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten machen aber zugleich deutlich, dass nicht alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen von den bisherigen Maßnahmen erreicht werden und bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus erhebliche ungenutzte Präventionspotenziale bestehen.

Literatur bei den Verfassern

PD DR. THOMAS LAMPERT, DR. BENJAMIN KUNTZ, Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Fachgebiet Soziale Determinanten der Gesundheit, General-Pape-Straße 62–66, 12101 Berlin, E-Mail: t.lampert@rki.de, b.kuntz@rki.de

JONAS DAVID FINGER, SUSANNE KRUG

Körperlich-sportliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Genügend körperlich-sportliche Aktivität im Kindes- und Jugendalter ist essenziell für eine gesunde körperliche, psychische und soziale Entwicklung und stellt die Weichen für einen gesunden Lebensverlauf. Die Vermeidung von Bewegungsmangel in frühen Lebensphasen ist daher ein zentrales Anliegen von Public Health, Bestandteil des Globalen Aktionsplans zur Bewegungsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 2018 sowie der Nationalen Empfehlungen zur Bewegung und Bewegungsförderung für Deutschland von 2016. Die zweite Welle der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland 2014–2017 (KiGGS Welle 2) des Robert Koch-Instituts liefert aktuelle Daten zur körperlich-sportlichen Aktivität bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland.



Prävalenz körperlicher Aktivität

Lediglich jedes fünfte Mädchen (22,4%) und jeder dritte Junge (29,4%) im Alter von 3 bis 17 Jahren sind jeden Tag für mindestens 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv und erreichen damit die Bewegungsempfehlung der WHO (Datenbasis: 6.532 Mädchen, 6.449 Jungen). Die WHO-Bewegungsempfehlung wird häufiger von jüngeren Mädchen und Jungen als von älteren erreicht. Innerhalb der letzten fünf Jahre zwischen der KiGGS Welle 1 (2009–2012) sowie der KiGGS Welle 2 (2014–2017) hat der Anteil der Mädchen, die die WHO-Empfehlung erreichen, von 25,9% auf 22,4% abgenommen, bei den Jungen ist der Anteil mit 29,7% und 29,4% gleich geblieben. Werden Mädchen und Jungen betrachtet, die an weniger als zwei Tagen in der Woche für mindestens 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv sind, hat der Anteil der Mädchen und Jungen mit geringer körperlicher Aktivität in den letzten fünf Jahren zugenommen: bei den Mädchen von 8% auf 11,1% und bei den Jungen von 4,6% auf 7%.

Prävalenz sportlicher Aktivität

70,9% der 3- bis 17-jährigen Mädchen und 75,1% der gleichaltrigen Jungen treiben Sport (Datenbasis: n = 6.565 Mädchen, n = 6.413 Jungen). 53,9% der Mädchen und 62,8% der Jungen treiben dabei mindestens 90 Minuten Sport pro Woche. Mindestens 180 Minuten Sport pro Woche erreichen 31,4% der Mädchen sowie 45% der Jungen. Ältere Heranwachsende treiben häufiger Sport als jüngere. Dies ist besonders bei den Jungen zu beobachten. Auch die Eltern der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen wurden nach deren Sportverhalten befragt. 50,6% der Mütter und 47,3% der Väter von teilnehmenden Mädchen geben an, mindestens eine Stunde pro Woche Sport zu treiben. Bei den Jungen belaufen sich die entsprechenden Prozentwerte auf 50,3% und 49,2%.

Einflussfaktoren für die körperlich-sportliche Aktivität

Wird der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status der Eltern und körperlich-sportlicher Aktivität 3- bis 17-jähriger Mädchen und Jungen betrachtet, ergibt sich ein uneinheitliches Bild. Sozioökonomische Unterschiede für das Erreichen der WHO-Bewegungsempfehlung, jeden Tag für

mindestens 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv zu sein, können weder bei Mädchen noch bei Jungen beobachtet werden. Mädchen und Jungen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status sind jedoch häufiger weniger als an zwei Tagen pro Woche mindestens 60 Minuten am Tag körperlich aktiv und treiben seltener Sport als jene mit hohem sozioökonomischen Status. Die Wahrscheinlichkeit, dass Mädchen und Jungen Sport treiben, ist in Familien, in denen die Mutter oder der Vater mindestens eine Stunde pro Woche Sport treibt, doppelt so hoch wie in Familien, in denen die Mutter oder der Vater weniger als eine Stunde pro Woche Sport treibt. Auch die Wohnumgebung nimmt einen Einfluss auf das Sportverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Die Wahrscheinlichkeit, Sport zu treiben, ist bei Mädchen um 36% und bei Jungen um 57% höher, wenn sich ein gut erreichbarer Sportplatz in der Wohnumgebung befindet, als wenn dies nicht der Fall ist.

Fazit

Aktuelle Daten der bundesweiten, bevölkerungsbezogenen KiGGS Welle 2 zeigen für den Erhebungszeitraum 2014–2017, dass nur etwa jeder dritte Junge und jedes fünfte Mädchen die Bewegungsempfehlungen der WHO erreichen. Etwa jedes dritte Mädchen und jeder vierte Junge treiben keinen Sport. Bewegungsmangel hat in den letzten fünf Jahren zugenommen. Deshalb sind zusätzliche Maßnahmen für die Bewegungsförderung im Kindes- und Jugendalter erforderlich. Für einen frühen Ansatz der Bewegungsförderung sollten die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen wie Kindergärten, Schulen sowie ihr häusliches Umfeld bewegungsfreundlicher gestaltet werden. Insbesondere sollten die Lebenswelten sozial benachteiligter Kinder und Jugendlichen fokussiert werden und deren häusliche Wohnumgebung zu mehr körperlicher Aktivität und Sport anregen. Eine gesundheitsorientierte Stadtplanung, die Reduzierung von Gefahren und Umweltbelastungen im Straßenverkehr, ein Ausbau von Fuß- und Radwegenetzen sowie eine kinder- und jugendgerechte Gestaltung von Grünflächen und Freizeitanlagen können dazu ebenfalls einen wichtigen Beitrag leisten.

Literatur bei den Verfasser*innen

DR. JONAS DAVID FINGER & DR. SUSANNE KRUG, Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Fachgebiet 27 – Gesundheitsverhalten, General-Pape-Straße 62–66, 12101 Berlin, E-Mail: FingerJ@rki.de; KrugS@rki.de

BENJAMIN KUNTZ, THOMAS LAMPERT

Rauchen in der Schwangerschaft

Das Rauchen während der Schwangerschaft schadet nicht nur der werdenden Mutter, sondern stellt auch für die Entwicklung des ungeborenen Kindes ein erhebliches Risiko dar. Die im Tabakrauch enthaltenen Schadstoffe beeinträchtigen die fetale Sauerstoffversorgung und hemmen somit zentrale Wachstums- und Reifungsprozesse. Daher sind Neugeborene rauchender Mütter im Durchschnitt sowohl kleiner als auch leichter und weisen bei der Geburt einen geringeren Kopfumfang auf als Kinder von Nichtraucherinnen. Schwangerschaftskomplikationen wie Fehl-, Früh- und Totgeburten treten bei Raucherinnen vermehrt auf. Auch auf lange Sicht kann das mütterliche Rauchen in der Schwangerschaft die gesund-



heitliche Entwicklung von Kindern schädigen. Studien belegen ein erhöhtes Risiko für zahlreiche Krankheiten und Entwicklungsstörungen, darunter Asthma, Mittelohrentzündungen, Übergewicht und Verhaltensauffälligkeiten. Ein Rauchstopp vor oder zu Beginn der Schwangerschaft kann die skizzierten Risiken für Mutter und Kind deutlich reduzieren. Aus Public Health-Sicht kommt der Tabakprävention und -entwöhnung bei Schwangeren und Frauen im gebärfähigen Alter daher ein hoher Stellenwert zu. Um geeignete Maßnahmen zur Verringerung des mütterlichen Rauchens in der Schwangerschaft zu entwickeln sowie deren Wirksamkeit zu evaluieren, bedarf es wiederholt durchgeführter epidemiologischer Studien zur Verbreitung des Tabakkonsums bei Schwangeren. Entsprechende Daten liegen mit der aktuellen Erhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2) vor.

Aktuelle Ergebnisse der KiGGS-Studie

Den Daten aus KiGGS Welle 2 (2014–2017) zufolge haben 10,9% der Mütter von 0- bis 6-jährigen Kindern, die zwischen 2007 und 2016 geboren wurden, während der Schwangerschaft geraucht. Mütter, die bei der Geburt ihres Kindes jünger als 25 Jahre alt waren, rauchten dabei rund zwei- bis dreimal so häufig wie ältere Mütter. Zudem zeigt sich ein deutlich ausgeprägter sozialer Gradient: Je höher der sozioökonomische Status (SES) der Familie, desto geringer ist der Anteil der Kinder, deren Mutter während der Schwangerschaft geraucht hat. Im Vergleich zu Kindern ohne Migrationshintergrund waren Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund etwas seltener sowie Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund deutlich seltener vom Tabakkonsum der Mütter während der Schwangerschaft betroffen.

Zeitliche Entwicklung und Trends

Der Vergleich mit den Daten der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006; 0- bis 6-jährige Kinder, Geburtsjahrgänge 1996–2006) zeigt, dass der Anteil der Mütter, die während der Schwangerschaft geraucht haben, von 19,9% auf 10,9% gesunken ist.

Zwar ist ein Rückgang der Rauchprävalenzen sowohl in sozial bessergestellten als auch in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen festzustellen, die deutlich ausgeprägten sozialen Unterschiede im mütterlichen Tabakkonsum während der Schwangerschaft sind dabei jedoch weitgehend stabil geblieben. Zur Einordnung der KiGGS-Ergebnisse kann in Deutschland auf die Perinatalerhebung zurückgegriffen werden, die im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung unter anderem Daten zum Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft von allen Frauen enthält, die in Krankenhäusern entbinden. Laut Perinatalerhebung hat sich seit Mitte der 1990er-Jahre der Anteil der Schwangeren, die rauchen, fast halbiert: Im Vergleich der Geburtskohorten 1995–1997 und 2007–2011 ist der Anteil der Schwangeren, die rauchen, von 23,5% auf 11,2% gesunken. Internationale Studien zeigen zwar, dass in den meisten westlich geprägten Ländern nach wie vor ein erheblicher Anteil an Frauen während der Schwangerschaft raucht, allerdings deuten auch hier die vorliegenden Daten für viele Länder auf einen Rückgang der Prävalenzen innerhalb der letzten zehn bis zwanzig Jahre hin.

Ausblick: Maßnahmen der Tabakprävention und -entwöhnung bei Schwangeren

Die KiGGS-Ergebnisse sprechen im Einklang mit nationalen und internationalen Studien dafür, dass der Anteil der Frauen, die während der Schwangerschaft rauchen, in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen ist. Unklar bleibt, welche Rolle in diesem Zusammenhang die umgesetzten Maßnahmen einer verstärkten Tabakkontrollpolitik (Tabaksteuererhöhungen, Rauchverbote et cetera) sowie die gesunkene gesellschaftliche Akzeptanz des Rauchens gespielt haben. Ebenfalls offen ist, ob der Rückgang der Rauchprävalenz darauf zurückzuführen ist, dass insgesamt weniger Frauen im gebärfähigen Alter rauchen oder tatsächlich mehr Schwangere aufgehört haben zu rauchen. Das im Rahmen des nationalen Gesundheitszieleprozesses entwickelte und im Jahr 2015 aktualisierte Gesundheitsziel »Tabakkonsum reduzieren« verfolgt als eines von fünf Teilzielen die Verringerung des mütterlichen Rauchens während der Schwangerschaft. Angestrebt wird ein Rückgang bis zu den in den Jahren 2019 bis 2022 Geborenen auf unter 6%. Auch das im Jahr 2017 neu verabschiedete Gesundheitsziel »Gesundheit rund um die Geburt« ist unter anderem darauf angelegt, den Anteil der Frauen zu senken, die während der Schwangerschaft rauchen. Da eine Schwangerschaft per se als geeignetes Zeitfenster für Interventionen zur Verhaltensänderung gilt, sollten Hebammen und Geburtshelfer, Ärzt*innen und weitere Berufsgruppen, die regelmäßig mit Schwangeren arbeiten, sich nach deren Tabakkonsum erkundigen, Raucherinnen über bestehende Risiken aufklären, den Rauchausstieg empfehlen und gegebenenfalls auf entsprechende Unterstützungsangebote hinweisen. Angesichts der Bedeutung der sozialen Lage und des Alters der Mutter bei der Geburt des Kindes sollten zielgruppenspezifische Maßnahmen der Tabakprävention und -entwöhnung zukünftig verstärkt insbesondere junge und sozial benachteiligte Frauen in den Blick nehmen.

Literatur bei den Verfassern

DR. BENJAMIN KUNTZ & PD DR. THOMAS LAMPERT, Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Fachgebiet Soziale Determinanten der Gesundheit, General-Pape-Straße 62–66, 12101 Berlin, E-Mail: b.kuntz@rki.de; t.lampert@rki.de



MICHAEL MUTZ

Sport und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund

Ethnisch-kulturelle Heterogenität in Deutschland

Im Jahr 2017 hatten laut Statistischem Bundesamt 19,3 Millionen Menschen in Deutschland – somit circa jeder Vierte – einen Migrationshintergrund. Bei den unter 15-Jährigen gehören bereits 37% zu dieser Gruppe. Sie sind selbst nicht in Deutschland geboren, haben mindestens einen im Ausland geborenen Elternteil oder eine ausländische Staatsbürgerschaft. Unter diesen Menschen sind zum Beispiel Personen aus EU-Nachbarländern, in Deutschland aufgewachsene Kinder sogenannter »Gastarbeiter« oder Geflüchtete aus Kriegs- und Krisenregionen. Die in Deutschland lebenden Migrant*innen unterscheiden sich entsprechend stark, beispielsweise hinsichtlich Glaubens- und Wertvorstellungen oder ihrer sozioökonomischen Lage: Neben kosmopolitisch orientierten, ökonomisch privilegierten Einwanderergruppen gibt es traditionelle, religiös verwurzelte und Status-niedrige Milieus. Ungeachtet dieser Heterogenität werden in vielen Studien zum Sport- und Gesundheitsverhalten alle Menschen mit Migrationshintergrund als eine Gruppe betrachtet und oft den Personen ohne Migrationshintergrund gegenübergestellt, auch wenn diese Art der Betrachtung die erheblichen »Binnendifferenzen« in der Gruppe der Migrant*innen ausblendet.

Das Sportverhalten von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund

Ein erster Blick auf Auswertungen repräsentativer Surveys zeigt, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund fast genauso häufig wie Altersgleiche ohne Migrationshintergrund Sport treiben und insgesamt mit rund sieben Stunden pro Woche ähnlich große Zeitanteile ihrer Freizeit in sportliche Aktivitäten investieren. Auffallend ist, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund seltener in Sportvereinen aktiv sind. Bereits im Vorschulalter nutzen sie organisierte Sportangebote wie Kinderturnen oder Kinderschwimmen zu deutlich geringeren Anteilen (27%) als Altersgleiche ohne Migrationshintergrund (48%). Diese Unterrepräsentation im Vereinssport schreibt sich im Jugendalter fort. Stattdessen nehmen zugewanderte Kinder und Jugendliche verstärkt an den Sportangeboten der Ganztagschule teil und nutzen Spiel- und Bolzplätze für selbstorganisierte Aktivitäten. Schaut man mit



einem zweiten Blick genauer hin, fallen große Geschlechterunterschiede ins Auge: Die Mehrzahl der Jungen mit Migrationshintergrund ist – nahezu unabhängig von Sozialschicht und Herkunftskultur – sehr sportaffin und treibt genauso regelmäßig Sport wie altersgleiche Jungen ohne Migrationshintergrund. Bei den Mädchen sieht das anders aus. In einigen Herkunftsgruppen sind die Mädchen nur selten sportlich aktiv, gehen zu geringen Anteilen Sportvereinsmitgliedschaften ein und bewegen sich in ihrer Freizeit selten im Freien. Mit 12% ein relativ großer Anteil der Mädchen mit Migrationshintergrund gibt in Befragungen sogar an, »nie« in der Freizeit sportlich aktiv zu sein. Differenzierte Befunde zeigen, dass vor allem jene Mädchen beim Sporttreiben außen vor bleiben, die in sozioökonomisch benachteiligten Sozialschichten aufwachsen oder aus Familien kommen, die sich im Hinblick auf Sprache, Werte und Lebensstile stärker von den in Deutschland verbreiteten Mustern unterscheiden. Sport wird in einigen Herkunftsgruppen stärker als männliche Domäne betrachtet und Mädchen stoßen beim Zugang zum Sport verstärkt auf Widerstände in ihrem sozialen Umfeld. Studien zu verschiedenen Einwanderergenerationen zeigen aber auch, dass sich von Generation zu Generation die anfänglichen Unterschiede mehr und mehr reduzieren. Besondere Aufmerksamkeit hat die Forschung den Mädchen aus muslimisch geprägten Herkunftsländern gewidmet. Wenngleich Studien nahelegen, dass diese Mädchen durchaus den Wunsch zum Sporttreiben haben, gibt es kaum Gelegenheiten, wo Sport unter Rahmenbedingungen angeboten wird, die mit muslimischen Prinzipien der Geschlechtertrennung oder Körperverhüllung vereinbar sind. Vielen Sportvereinen fällt es schwer, ihre Angebote so auszugestalten, dass sie für muslimische Mädchen und Frauen anschlussfähig sind.

Potenziale des Sports für Gesundheit und Wohlbefinden

Zahlreiche Studien verweisen auf Gesundheitsvorteile, die mit regelmäßiger sportlicher beziehungsweise körperlicher Aktivität verbunden sind, zum Beispiel im Hinblick auf kardiovaskuläre Faktoren, die Gesundheit des Bewegungsapparats oder die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas. Darüber hinaus ist regelmäßige sportliche Aktivität mit vielen psychosozialen Aspekten von Gesundheit korreliert: mit Selbstwert sowie Selbstwirksamkeit, Wohlbefinden oder auch einer besseren sozialen Integration in Freundesgruppen. Diese Gesundheits-

effekte zeigen sich, wie anzunehmen ist, bei allen Heranwachsenden – unabhängig vom Migrationshintergrund – in ähnlicher Weise. Auch wenn Studien rar sind, die den Zusammenhang von Sport und Gesundheit bei speziellen Einwanderergruppen in den Blick nehmen, gibt es doch erste Anhaltspunkte zu besonderen Potenzialen des Sports in diesen Gruppen. Beispielsweise schätzen sich jugendliche Migrant*innen, die einem Sportverein angehören, als beliebter und sozial akzeptierter ein, haben häufiger Kontakte zu Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund und fühlen sich besser ins Aufnahmeland integriert. Auf Basis qualitativer Interviews mit muslimischen Wettkampfsportlerinnen konnte herausgearbeitet werden, dass die durch den Sport erzeugten Kontakte zu Gleichaltrigen von den Mädchen als enorme Bereicherung ihrer Sozialwelt erlebt werden. Zugleich kann der Sport aber auch mit familiären Konflikten einhergehen, wenn Sportengagements gegen den Willen der Eltern aufrechterhalten werden. Männliche Hauptschüler aus sozioökonomisch benachteiligten muslimischen Milieus berichten von Anerkennungserfahrungen im Sport, die subjektiv auch deshalb sehr bedeutsam sind, weil sie im Kontrast zu schulischen Misserfolgserlebnissen stehen. Besondere Gesundheitsbelastungen ergeben sich zudem für junge Geflüchtete beziehungsweise Einwanderer mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus. Hier lässt sich Sport zumindest kurzzeitig als Mittel zur Ablenkung beziehungsweise als Auszeit von existenziellen Sorgen einsetzen und wirkt bei der Bewältigung von Belastungen unterstützend.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. MICHAEL MUTZ, Institut für Sportwissenschaft,
Justus-Liebig-Universität Gießen, Kugelberg 62, 35394 Gießen,
E-Mail: michael.mutz@sport.uni-giessen.de

TILL HOFFMANN, MECHTHILD PAUL

Die Entwicklung der Frühen Hilfen

Die Entwicklungen der Frühen Hilfen in Deutschland finden ihren Ausgangspunkt in den dramatischen Kinderschutzverläufen im Jahr 2006. Daraufhin wurden auf allen föderalen Ebenen Anstrengungen unternommen und Programme aufgelegt, die ein frühzeitiges Erreichen und Unterstützen von Familien zum Ziel hatten und haben.

Vom Modellprojekt zum Fonds Frühe Hilfen

Zunächst wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) das Aktionsprogramm »Frühe Hilfen und soziale Frühwarnsysteme für Eltern und Kinder« (2006 bis 2010) aufgelegt, um anhand von Modellprojekten und deren wissenschaftlichen Begleitungen erfolgreiche Praxisansätze zu ermitteln und zu verbreiten. Auch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) wurde als Wissensplattform durch das Aktionsprogramm in Trägerschaft der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut eingerichtet. Die Ergebnisse der Modellprojekte flossen in das Bundeskinderschutzgesetz (BKSchG) ein. Dieses trat zum 01.01.2012 in Kraft. Es beinhaltet eine zeitlich befristete Bundesinitiative Frühe Hilfen (zunächst von 2012–2015, dann verlängert bis Ende 2017), die den flächendeckenden Ausbau von Netzwerken Früher Hil-

fen, den Einsatz von Familienhebammen und vergleichbarer Gesundheitsfachberufe sowie den Einsatz von Freiwilligen in den Frühen Hilfen förderte.

Frühe Hilfen auf Dauer absichern

Ein wesentliches Ziel der Bundesinitiative Frühe Hilfen war die Vorbereitung des im BKiSchG verankerten Fonds Frühe Hilfen, der am 01.01.2018 startete und auf Dauer die Frühen Hilfen absichert. Zur Umsetzung des Fonds Frühe Hilfen schlossen der Bund und die Länder, wie schon zuvor für die Bundesinitiative Frühe Hilfen, eine Verwaltungsvereinbarung mit klaren Förderrichtlinien. Durch die systematische und konsequente wissenschaftliche Begleitung der Modellprojekte und der Bundesinitiative Frühe Hilfen konnten zentrale Erkenntnisse aus den einzelnen Phasen nutzbar gemacht werden. So berücksichtigt der Fonds Frühe Hilfen die Befunde aus den vorhergehenden Phasen und stimmt seine Förderstrategie darauf ab. Stand am Anfang der Diskussion – unter dem Einfluss der gravierenden Kinderschutzfälle – noch der intervenierende Kinderschutz im Fokus, hat sich im Verlauf die Diskussion immer mehr auf die Prävention sowie die frühzeitige Förderung von belasteten Familien und deren Kinder verlagert. Hier ergibt sich eine große Gemeinsamkeit in der Zielsetzung der Frühen Hilfen und der Gesundheitsförderung. Beide Ansätze nutzen die besonders hohen Präventionspotenziale der Phase rund um die Geburt, um einen wesentlichen Beitrag zum gesunden Aufwachsen der Kinder zu leisten.

Frühe Hilfen als Teil integrierter kommunaler Strategien

Durch den flächendeckenden Auf- und Ausbau der Netzwerke sind bundesweit Strukturen entstanden, die auch hinsichtlich integrierter kommunaler Strategien im Rahmen der Gesundheitsförderung ein zentraler Baustein sein können. Diese Bedeutung wird unterstrichen, wenn integrierte kommunale Strategien als Gesamtkonzept zur Schaffung und Stärkung von förderlichen Entwicklungsbedingungen verstanden werden. Dadurch können die während der Betreuung einer Familie durch die Frühen Hilfen erreichten positiven Effekte auch im Übergang in die nächste Lebensphase und der dann zur Verfügung stehenden Unterstützungssysteme nachhaltig gesichert werden. Erstrebenswertes Ziel auf kommunaler Ebene sollte der Aufbau eines schlüssigen und lebensphasenübergreifenden Gesamtnetzwerks sein. Die Netzwerke Frühe Hilfen erweisen sich dabei als anschlussfähig und können als erstes Glied einer Präventionskette fungieren, vor allem auch durch ihre Ausrichtung auf die multiprofessionelle Zusammenarbeit von Akteur*innen verschiedener Systeme. Synergien können sich auch aus den weiteren Entwicklungen in den Frühen Hilfen ergeben. Nach dem flächendeckenden Auf- und Ausbau der Netzwerkstrukturen in den Frühen Hilfen wird nun das Augenmerk verstärkt auf die qualitative Weiterentwicklung gelegt. Ein Beispiel dafür ist das vom NZFH initiierte Projekt der »Kommunalen Qualitätsdialoge Frühe Hilfen«. In diesem Vorhaben sollen die kommunalen Akteur*innen mittels dialogischer Methoden angeregt werden, über die Qualität der Frühen Hilfen vor Ort nachzudenken und diese weiterzuentwickeln. Im Fokus dabei stehen die Bedarfe der Kinder und Eltern, die systematisch in den Prozess eingebunden werden sollen. Damit die oben beschriebenen Effekte tatsächlich eintreten können, braucht es gute Voraussetzungen auf kommunaler Ebene. Diese beschreibt das Leitbild in dem Leitsatz »Frühe Hilfen sind kommunal verankert. Sie sind mit Ressour-



cen für eigenständiges Handeln ausgestattet.« Hier wird neben der notwendigen Verankerung in einem kommunalen Konzept auch die auskömmliche Ausstattung mit hinreichenden Ressourcen angesprochen. Nur wenn dies erfüllt ist, können die Frühen Hilfen ihr Potenzial für sich und als Teil einer integrierten kommunalen Strategie entfalten.

Herausforderungen und Entwicklungsaufgaben

Die Frühen Hilfen entwickelten sich durch die vielfältigen Anstrengungen auf allen föderalen Ebenen in den letzten zehn Jahren sehr erfolgreich. Neben der flächendeckenden Sicherstellung von Netzwerken Früher Hilfen ist auch die Etablierung des Einsatzes von Gesundheitsfachberufen als niederschwelliges Angebot ein großer Erfolg. Zentrale Empfehlungen zur Weiterentwicklung des erfolgreichen Vorgehens formuliert der Bericht 2016 zur Bundesinitiative Frühe Hilfen (NZFH 2016) an den Deutschen Bundestag, in dem unter anderem die Zusammenarbeit von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe näher beleuchtet wird. Diese Kooperation, die einen Kern der Frühen Hilfen darstellt, ist an vielen Stellen vorangebracht worden, stößt jedoch immer noch vor allem aufgrund von Systembarrieren an Grenzen. Deshalb wird es auch zukünftig erforderlich sein, durch Modelle zu erproben, wie mit Systemgrenzen gearbeitet und Möglichkeiten der Überbrückung geschaffen werden können. Vor allem ist aber auch die Politik gefordert, Rahmenbedingungen für die Öffnung von Strukturgrenzen zu schaffen. Eine weitere zentrale Entwicklungsempfehlung für die Frühen Hilfen stellt die Partizipation von Familien dar. Dieses zentrale Qualitätskriterium ermöglicht es, einen Empowerment-Prozess mit den Familien zu gestalten und die Selbsthilfekompetenzen bei Familien in Problemlagen zu stärken. Um diese Entwicklungsempfehlung umzusetzen, sind Investitionen in personelle und fachliche Kompetenzen sowie in die entsprechenden Strukturen erforderlich.

Literatur bei den Verfasser*innen

TILL HOFFMANN & MECHTHILD PAUL, Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Maarweg 149–161, 50825 Köln, Tel.: (02 21) 8 99 25 17, E-Mail: till.hoffmann@nzfh.de



FREIA DE BOCK

Gesundheitsförderung im Kindergarten – was zählt?

Kindergärten sind nicht nur im Rahmen des Präventionsgesetzes wichtige Settings für Gesundheits- und Entwicklungsförderung, sondern auch, weil über 95% der Kinder einen Kindergarten (KiGa) besuchen. Diese fast vollständige Reichweite in die Kinderpopulation ist eine wesentliche Voraussetzung für eine effektive und flächendeckende Gesundheitsförderung in dieser Altersgruppe. Sie ist höher als für jedes andere Setting außerhalb des Bildungssektors. Gesundheitsförderung im Kindesalter lässt sich nicht von Entwicklungsförderung trennen: Eine gute kindliche Entwicklung ist Voraussetzung für ein langfristig gesundes Leben, und Gesundheit ist eine Bedingung für eine gelingende kindliche Entwicklung. Die Leitplanken gesundheitsförderlicher Maßnahmen im KiGa muss basierend auf einem evolutionären Verständnis von Kinderentwicklung heraus also sein, die Lebenswelt KiGa entwicklungsgerecht zu gestalten. So ergibt sich die Motivation von Kindern im Kindergartenalter zu einem bestimmten gesundheitsrelevanten Verhalten vor allem aus der entwicklungsbedingten Motivation zum Spiel. Bezogen auf Bewegungsförderung sollten Kinder im Kindergartenalter also Verhältnisse vorfinden, die sie zum bewegten Spiel anregen (zum Beispiel über Verstecke, Hindernisse et cetera) oder Rollenspiel fördern (etwa durch altersgemischte Gruppen).

Bewegungskultur eines KiGas und der Erzieher*innen ist essenzieller Faktor

Neben dem evolutionären Verständnis als Leitplanke bestehen auch internationale empirische Leitplanken: So konnten spezifische KiGa-Charakteristika identifiziert werden, die Bewegung im KiGa fördern. Diese reichen von der Größe des Außengeländes über die Materialausstattung, die Häufigkeit von Turnstunden und Draußen-Sein, die gelebte Vorbildfunktion von Erzieher*innen und ihr Engagement für Bewegung bis

hin zur Saisonkultur in dem KiGa. Eine in Baden-Württemberg durchgeführte, große epidemiologische Studie zur Relevanz des KiGa für kindliche Bewegung konnte zeigen, dass die Größe des Außengeländes mit 23% mehr objektiv gemessener Bewegung in mittlerer bis hoher Intensität verbunden war und mehr als einmal wöchentliche Turnstunden für 76% mehr Bewegung sorgten. Daneben waren vor allem Faktoren wichtig, die die Bewegungskultur eines KiGas und der Erzieher*innen selbst widerspiegeln: Der freie Zugang zum Spielgelände war für die Kinder mit 38% und ein hohes Engagement von Erzieher*innen bezüglich Bewegung mit einer Steigerung von 68% mehr Bewegung verbunden.

Auf den Kindergarten als Organisation und die Verhältnisse vor Ort schauen

Der KiGa als Organisation und die Verhältnisse vor Ort nehmen einen großen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten von Kindern. Bezogen auf das Bewegungsverhalten zeigen wissenschaftliche Ergebnisse, dass 30% der Varianz der gesundheitsrelevanten kindlichen Bewegung während der KiGa-Zeit durch die KiGa-Verhältnisse selbst erklärt werden. So überrascht es auch nicht, wenn Programme zur Bewegungsförderung am ehesten Erfolg haben, wenn sie die gesamte Einrichtung umfassen, die vorgefundenen Verhältnisse berücksichtigen, Eltern und Familien als Vorbild miteinbeziehen und Aktivitäten mit den Kommunen vernetzen. Programme, die lediglich über den Bewegungsmangel und seine Folgen (zum Beispiel durch Elternabende) aufklären, waren mehrheitlich nicht effektiv.

Wichtige Empfehlungen bei unter fünfjährigen Kindern

Der Einbezug der primären Bezugspersonen ist unerlässlich. Dies gilt nicht nur für Eltern und Familienmitglieder, sondern auch für Erzieher*innen als wichtige Bezugspersonen, Vorbilder und »Hüter des Außengeländes«. So konnte beispielsweise im Rahmen der Ene mene fit-Intervention belegt werden, dass sich Kinder in KiGas signifikant mehr bewegten und eine bessere Schlaf- und Lebensqualität hatten, wenn die Eltern und Erzieher*innen als lokale Expert*innen und als aktive Player miteinbezogen wurden und gemeinsam bewegungsfördernde Projekte entwarfen, entschieden und umsetzten. 64% der umgesetzten Bewegungsprojekte ließen sich auf Elternideen zurückführen und 44% konnten nachhaltig in die Bewegungskultur der KiGa eingebaut werden. Der partizipative Einbezug dieser lokalen Expert*innen ermöglicht es, die lokalen Bedürfnisse und Ressourcen zu berücksichtigen sowie Motivation zu wecken. Universelle Ansätze zur Förderung von Bewegung und Sprache in KiGas genügen nicht, um vulnerable Kinder adäquat zu fördern und Benachteiligung auszugleichen. Ein hohes Interesse und Engagement von Erzieher*innen für Bewegung sind zwei der wichtigsten Gründe für mehr Bewegung bei Kindern. Das Interesse und Engagement für Bewegung zeigten sich daran, wie konkret Erzieher*innen angeben konnten, dafür zu sorgen, dass Kinder gezielt Bewegungserfahrungen machen (zum Beispiel durch Schaukeln, Rutschen). Ausschlaggebend war auch, wie sie herausfanden, für welche Aktivitäten sich die Kinder draußen interessieren und wie sie bewegungsarme Kinder zu Bewegung aufforderten. Diese konkreten, auf das einzelne Kind und seine motorisch-koordinativen Fähigkeiten und Fitness zugeschnittenen Handlungsweisen scheinen nicht nur für die Bewegung aller Kinder wichtig, sondern insbesondere für vulnerable Kinder

mit spezifischen Defiziten (beispielsweise mit motorischen Entwicklungsstörungen). Neben spezifischer Aus- und Weiterbildung hierzu ist eine von der KiGa-Leitung unterstützte, explizit auch die Mitarbeiter*innen auffordernde Bewegungskultur im gesamten KiGa-Alltag wichtig. Prinzipiell gilt für Bewegungsförderung, dass »Verhältnisprävention« effektiver ist als reine »Verhaltensprävention«. Dementsprechend lassen Maßnahmen, die eine nachhaltige Änderung der physikalischen, strukturellen, organisationalen und auch kulturellen Verhältnisse (im Sinne von Einrichtungs»kultur«) in KiGas beinhalten, prinzipiell mehr Effekte erwarten als vielfach angebotene, zeitlich begrenzte Bewegungsprojekte. Dennoch genügt die alleinige Veränderung von räumlichen Verhältnissen nicht: Nicht das bloße Vorhandensein eines Bewegungsraums war in einer Studie ausschlaggebend für die Bewegung der Kinder, sondern die Zugänglichkeit und damit die Nutzung eines Bewegungsraums. Somit sind verhältnispräventive mit verhaltensorientierten Maßnahmen zu integrieren. Kinder verbringen in deutschen KiGas zu wenig Zeit in gesundheitsrelevanter mittlerer bis hoher körperlicher Aktivität. Dadurch werden die zur Förderung von Entwicklung und Gesundheit der Kinder zur Verfügung stehende Zeit sowie die Gelegenheiten des kindlichen Alltages nicht intensiv genug genutzt. Sowohl bei den räumlichen Voraussetzungen als auch bei den Kompetenzen, das heißt der Verankerung von Förderansätzen in der Einrichtungskonzeption und »in den Köpfen« der pädagogischen Fachkräfte, muss angesetzt werden.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. FREIA DE BOCK, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Maarweg 149–161, 50825 Köln,
E-Mail: freia.debock@medma.uni-heidelberg.de

ELKE BRUNS-PHILIPPS, BETTINA LANGENBRUCH

Schuleingangsuntersuchungen in Niedersachsen – mehr als nur ein Screening!

Vor Schulbeginn findet für alle Kinder in Niedersachsen eine verpflichtende Schuleingangsuntersuchung (SEU) durch die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (KJGD) des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) statt. Im Rahmen der Untersuchung wird der Entwicklungs- und Gesundheitszustand aller Kinder vor der Einschulung ärztlich überprüft, die Entwicklung des Kindes erfragt, schulelevante Stärken und Schwächen des Kindes ermittelt sowie eventueller Förderbedarf festgestellt. Die Eltern werden nach Bedarf über Förder- und Unterstützungsangebote beraten, gegebenenfalls werden weitere diagnostische und therapeutische Schritte empfohlen. Die Schulen erhalten nur schulelevante Informationen zu jedem Kind. Diese werden für die individuelle Förderung der Kinder genutzt (zum Beispiel Empfehlung der Hausaufgabenbetreuung, Sitzplatzgestaltung bei Hörminderung) aber auch für die jahrgangsbezogene Planung, beispielsweise bei der Zusammensetzung der Klassen. In Niedersachsen gibt es zwei Anwendergemeinschaften: »SOPHIA« (Sozialpädiatrisches Programm Hannover Jugendärztliche Aufgaben) sowie »Weser-Ems« – ein in Anlehnung an das Bielefelder Modell entwickeltes Programm im ehemaligen Regierungsbezirk Weser-Ems.



Durch eine freiwillige Kooperation der Anwendergemeinschaften mit dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt wurden die Arbeitsrichtlinien in Inhalt und Standardisierung so weit in Übereinstimmung gebracht, dass eine zusammenfassende, landesweite Datenauswertung ab dem Einschulungsjahr 2010 möglich ist.

Ergebnisse des aktuellen Berichts

Die meisten Auffälligkeiten, die einer weiteren fachärztlichen Abklärung bedürfen, wurden im Bereich des Sehvermögens diagnostiziert (11,3%), weitere 10,7% der Kinder befanden sich bereits in augenärztlicher Behandlung. Beim Hörvermögen wurden 91% der Kinder als unauffällig eingestuft. Ein Viertel der Kinder zeigte zumindest leichte Auffälligkeiten im Bereich Feinmotorik (25,8%) und etwa 20% der Kinder im Bereich Grobmotorik und Körperkoordination. Die Verteilung von Über- und Untergewicht erweist sich in den letzten Jahren mit jeweils 10% der Kinder als relativ stabil und entspricht der statistisch erwarteten Prävalenz. Unterschiede werden deutlich, wenn man differenziert nach sozialem Status und Migrationshintergrund der Familien auswertet. So sind Übergewicht und Adipositas bei den Kindern häufiger, wenn die Eltern keinen oder einen gering qualifizierenden beruflichen Ausbildungsgrad besitzen (7,6% übergewichtig und 7,8% adipös). Bei Kindern mit Migrationshintergrund waren insgesamt 6,6% übergewichtig und 6,0% adipös. Kinder mit einem türkischen Migrationshintergrund waren zu 19,2% übergewichtig/adipös, gefolgt von Kindern mit einem afrikanischen Migrationshintergrund mit 18,4%. Am Beispiel der Sprachentwicklung scheint sich eine in anderen Zusammenhängen beobachtete Entwicklung abzuzeichnen (kindliche Sprachentwicklung als Indikator für oftmals vielschichtige, auch psychosoziale Problematiken). Wiesen im Jahr 2010 noch 81,6% der Kinder einen unauffälligen Sprachbefund auf, so sind es im aktuellen Auswertungsjahrgang 2017 nur noch 77,8%. Der Anteil der Kinder mit einem behandlungsbedürftigen Befund ist von 4,4% auf nun 6,4% gestiegen, der Anteil behandelter Kinder von 13,7% auf 14,4%.

Darüber hinaus ...

Immer wieder wird insbesondere aus Gründen der Personalressourcen diskutiert, ob eine flächendeckende, ärztliche Untersuchung aller Kinder vor Schulbeginn erforderlich ist. Be-



gründet wird dies unter anderem mit der Ausweitung der freiwilligen Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) sowie den Beobachtungen in den skandinavischen Ländern, welche eine SEU so nicht vorsehen und dennoch bei den erreichten Bildungsabschlüssen ein gerechteres System haben. Hier sind sich der KJGD und die niedergelassenen Kinderärzt*innen einig, dass sich die Untersuchungen in den jeweiligen Inhalten und im Zeitablauf sinnvoll ergänzen und insbesondere die SEU (als verbindliche Untersuchung für alle Kinder) auch diejenigen sieht, die nicht oder nicht vollständig an den freiwilligen U-Untersuchungen teilnehmen. Hinsichtlich des skandinavischen Vorgehens ist anzumerken, dass die medizinische Versorgung und Begleitung der physiologischen Entwicklung der Kinder in viel höherem Maß – in Finnland sogar vollständig – über eine ärztliche Versorgung in der Bildungseinrichtung erfolgt. Die Kinder werden also mehrfach und im Verlauf vom zuständigen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst gesehen. In Niedersachsen ist – anders als in anderen Bundesländern – lediglich die SEU rechtsverbindlich vorgeschrieben. Dabei zeigt sich, dass bei allen Kindern unabhängig vom Bildungsstand der Eltern, einem Migrationshintergrund oder einem stattgehabten Kindergartenbesuch ein für das Kind wichtiger Beratungsbedarf bestehen kann. Empfiehlt die schulärztliche Beratung hier eine weitergehende ärztliche Untersuchung, so wird dies auch erfasst und ausgewertet. Betrifft die Beratung allerdings Empfehlungen zum Umgang mit kindlichen Verhaltensbesonderheiten, dem Umgang mit Medien, Hinweise auf und Vermittlung von altersgemäßen Freizeitangeboten oder Ähnliches, so taucht diese für die Familie wichtige Leistung nicht in der Datenbank und damit auch nicht in den Berichten auf.

SEU als wichtiges Instrument für kommunale Politik und Verwaltung

Die SEU bietet als Alleinstellungsmerkmal eine, die komplette Jahrgangskohorte umfassende, standardisierte Untersuchung mit validen epidemiologischen Erkenntnissen über den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme präventiver Angebote. Sie umfasst individualmedizinische, sozialkompensatorische, aber auch epidemiologische und arbeitsmedizinische

Aspekte. Aufgrund der standardisierten Durchführung sind die vor Ort kleinräumig auswertbaren Ergebnisse sowohl wertvolle Instrumente für die kommunale Politik und Verwaltung im Sinne von Steuerungsinstrumenten für gezielte Präventionsprogramme wie für deren Evaluation.

Chancengleichheit zum Schulbeginn unterstützen

Die SEU ist eine Chance, kindliche Gesundheits- und Entwicklungsrisiken spätestens vor Schulbeginn zu erkennen und gemeinsam mit den Eltern und der aufnehmenden Schule zu besprechen. Sie hilft dabei, allen Schulanfänger*innen so weit wie möglich dieselben Startchancen zu ermöglichen. Angesichts der »Neuen Morbidität« (weniger akute, somatische Erkrankungen, mehr chronische Krankheiten, Entwicklungsprobleme und Handicaps) ist eine Vermittlung des individuellen kindlichen Bedarfs an die aufnehmende Schule von großer Bedeutung für die Bildungsbiografie des Kindes. Eine Empfehlung der Gesundheitsministerkonferenz 2017 zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen spricht sich deshalb ausdrücklich für die Fortsetzung der schulärztlichen Untersuchungen einschließlich der zahnärztlichen Untersuchung zur Mundgesundheit aus.

DR. ELKE BRUNS-PHILIPPS, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt,

E-Mail: elke.brun-philipps@nlga.niedersachsen.de,

Internet: www.nlga.niedersachsen.de

DR. BETTINA LANGENBRUCH, Sprecherin des Fachausschusses Kinder- und Jugendgesundheits im Landesverband NDS der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD e.V.,

E-Mail: Bettina.langenbruch@landkreishildesheim.de

SABINE ANDRESEN

Alles in Ordnung? Sechs- bis elfjährige Kinder und ihr Lebensalltag in Deutschland

Was erfahren wir von Kindern über ihr Leben und ihr Wohlbefinden? Diesen Fragen gehen seit einigen Jahren verschiedene Studien nach. In diesen werden, wie in den World Vision Kinderstudien, Kinder selbst auf der Basis eines Fragebogens und/oder durch ausführliche Interviews befragt. Hierin ist auch ein Beitrag der Forschung selbst zu sehen: der Stimme von Kindern mehr Gewicht zu verleihen sowie den Vorbehalten, junge Menschen könnten uns nicht über sich selbst und ihr Leben Auskunft geben, etwas entgegenzusetzen. Die World Vision Kinderstudien schlossen 2007 an das Well-Being Konzept von UNICEF an, folgen jedoch mit ihrer Verortung in der sozialwissenschaftlichen Kindheitsforschung der Einsicht, dass Kinder als Expert*innen über eigene Wissensbestände und Erfahrungen verfügen. Diese sind mit denjenigen der Erwachsenen nicht einfach gleichzusetzen.

Child Well-Being im Mittelpunkt

Die World Vision Kinderstudien folgen von Beginn an einer systematischen Rahmung durch den Capability Approach und stellen die Frage nach den Fähigkeiten und Möglichkeiten von Kindern zu einem selbstbestimmten Handeln ins Zentrum ihrer Untersuchungen. Dies hat sich im Fragebogen etwa darin niedergeschlagen, dass Kinder nach ihrer Selbstwirksamkeit (2010) oder ihren Mitbestimmungsmöglichkeiten (2013; 2018)

befragt wurden. In qualitativen Einzelinterviews wurden sie gebeten, fünf Dinge zu nennen, die für jedes Kind, egal wo es aufwächst, zu einem guten Leben gehören. So konnte ein enger Zusammenhang zwischen einer hohen Selbstwirksamkeit und der Erfahrung, dass die Meinung des Kindes bei Entscheidungen sowohl im Elternhaus, der Schule als auch im Freundeskreis einbezogen wird, nachgewiesen werden. Auch die jüngste Studie, die 4. World Vision Kinderstudie (2018) schließt hier an und thematisiert die Perspektive der Sechs- bis Elfjährigen auf das Thema Flucht und deren Erfahrungen mit geflüchteten Kindern. Es geht um:

- » die Orientierung am Alltag von Kindern und den dafür zentralen Orten wie dem eigenen Zimmer in der Familie, dem Wohlbefinden in der Schule,
- » die Einbettung von Kindern in die generationale Ordnung – hier fokussiert auf die Beziehungen zu Erwachsenen und zum Beispiel auf die Frage, wie Kinder wertgeschätzt werden,
- » die Orientierung an Peer-Beziehungen innerhalb von Kindergruppen – hier fokussiert auf Freundschaften und Einstellungen bezogen auf geflüchtete Kinder,
- » die Orientierung an Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit und dafür notwendigen Spielräumen der Teilhabe von Kindern,
- » die normative Orientierung an Kindern als Träger*innen von Rechten.

Um für die Bedeutung von Selbst- und Mitbestimmung sowie die fatalen Folgen von Armut im Erleben von Kindern zu sensibilisieren, werden im Folgenden ausgewählte Ergebnisse der aktuellsten Studie vorgestellt. Gerade bei diesen Themen ist die Stimme der Kinder wegweisend.

Ausgewählte Ergebnisse der 4. World Vision Kinderstudie

Wie so oft in den Studien zeigt sich auch 2018: Das Wohlbefinden von Kindern ist insgesamt recht hoch. Eine skeptische Lesart dieser positiven Ergebnisse zeigt jedoch, dass hinsichtlich der Frage, inwieweit Kinder selbstbestimmt leben können und sollen, Ambivalenzen bestehen. Zwar scheinen Kinder grundsätzlich bereit zu sein, sich an den Erwachsenen zu orientieren, und auch Erwachsene beziehungsweise Eltern sind grundsätzlich bereit, sich an den Bedürfnissen und Rechten von Kindern zu orientieren. Gleichwohl erleben sich Kinder in vielen Bereichen nicht als selbstbestimmt und scheinen unhinterfragt die Erwachsenen als »Bestimmer« zu akzeptieren – wie in unseren qualitativen Befragungen deutlich wurde. Die große Mehrheit der Kinder kann zu Hause über eine Reihe von Dingen und Entscheidungen mitbestimmen. Bei der Hälfte der von uns abgefragten Selbst- und Mitbestimmungsbereiche sagen 80% der sechs- bis elfjährigen Kinder, dass sie eher selbst bestimmen können. 89% der Kinder dürfen entscheiden, mit welchen Freund*innen sie sich treffen, 85% was sie in ihrer Freizeit machen und 82% was sie anziehen. Die Selbstbestimmung wird jedoch geringer bei Fragen, die die Schule betreffen. Hier dürfen 36% der Kinder selbst entscheiden, wann sie ihre Hausaufgaben machen. Auch im Hinblick auf die Sicherheit wird die Selbstbestimmung geringer. Das bedeutet etwa, dass der Anteil der Kinder, die selbst entscheiden dürfen, ob sie ohne Erwachsene draußen spielen, mit 74% zwar immer noch hoch ist, aber insgesamt scheint dies für die Aushandlungen in der Familie ein größeres Thema darzustellen. Erfahrungen der Selbst- und Mitbestimmung sind essenziell, weil sich auch diese Altersgruppe – neben dem großen Wunsch nach Zeit, Zuwendung und Fürsorge seitens

der Eltern und anderer Erwachsener – Autonomie wünscht. Sie wollen über Spielräume verfügen und sich darin erproben. Aus diesem Grund ist die Frage nach den Rechten und der Wertschätzung der eigenen Meinung auch derart wichtig. Sie liefern entscheidende Informationen über das Verhältnis der Generationen miteinander. Neben der*dem besten Freund*in, rangiert die Mutter ganz weit oben, denn zwei Drittel der Kinder fühlt sich durch die Mutter wertgeschätzt.

Armut schränkt Entscheidungs- und Handlungsspielräume ein

In der Studie haben 19% der Kinder Armutserfahrungen innerhalb ihrer Familie gemacht. In der Gruppe, deren eigene Entscheidungs- und Handlungsspielräume eingeschränkt sind, sind Kinder in Armut häufig vertreten. Jeder Lebensbereich, in den wir mit dem Instrument der Kinderbefragung blicken, verweist bei Kindern in Armut auf eine deutliche Benachteiligung sowie auf eklatante Barrieren bei der Entfaltung von Fähigkeiten, Begabungen und Wohlbefinden. Sie erfahren in sämtlichen Lebensbereichen Einschränkungen. Armut geht bei ihnen auch mit einem geringen Selbstvertrauen einher. Außerdem sagen 17% der Kinder mit konkretem Armutserleben über sich selbst, dass sie keine guten Schüler*innen sind, und 28% dieser Gruppe beklagen Ausgrenzung und Mobbing. Eltern allein können dies nicht ausgleichen – hier ist die Verantwortung aller gefragt.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. SABINE ANDRESEN, Goethe-Universität Frankfurt am Main, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Institut für Sozialpädagogik und Erwachsenenbildung, Theodor-W.-Adorno-Platz 6, 60323 Frankfurt am Main, E-Mail: S.Andresen@em.uni-frankfurt.de

SOPHIE KLAES, THORA EHLING, KATHINKA BECKMANN

Der Einfluss des Allgemeinen Sozialen Dienstes auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Wie funktioniert das kommunale Hilfe- und Unterstützungssystem in Deutschland? Welches System wird benötigt, um Kindern ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen? Was brauchen die Fachkräfte in den Allgemeinen Sozialen Diensten (ASD) der Jugendämter, um den Anforderungen gerecht zu werden? Bis zur Veröffentlichung der ersten bundesweiten Bottom-up-Studie »Berufliche Realität im Jugendamt: der ASD in strukturellen Zwängen« lag kaum belastbares Datenmaterial zu konkreten Arbeitsbedingungen der Fachkräfte in den Allgemeinen Sozialen Diensten (ASD) vor. In Expert*innenrunden zum Kinderschutz wurde meist fachfremd über die Tätigkeiten des ASD diskutiert. Dies führte im Frühsommer 2016 zu dem Entschluss, die pädagogischen Fachkräfte selbst zu befragen. Die Studie umfasste eine Fragebogenerhebung sowie Interviews. Insgesamt beteiligten sich in einem Erhebungszeitraum von neun Monaten Fachkräfte aus 175 der 563 Jugendämter.

Ergebnisse der bundesweiten Studie

Mit der Untersuchung lässt sich aufzeigen, dass Fachkräften im ASD der Jugendämter vier essenzielle Bedingungen fehlen:



» **Erstens** eine fundierte Einarbeitung: Die Einschätzung von (Lebens-)Situationen ist eine der Hauptaufgaben im ASD. Um diese verantwortungsvolle Aufgabe professionell bewältigen zu können, bedarf es besonders qualifizierter Mitarbeiter*innen. Durch die Studie wurde deutlich, dass 56% der Fachkräfte eine unzureichende Einarbeitungszeit von weniger als drei Monaten erlebt haben. In vielen Jugendämtern (32%) liegt kein Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter*innen vor oder die Zuständigkeiten sind nicht geklärt.

» **Zweitens** eine angemessene räumliche Ausstattung: Familien, die in Kontakt mit dem Jugendamt stehen, befinden sich meist in schwierigen Lebenslagen oder haben gar traumatische Erfahrungen durchlebt. Für den Aufbau einer vertrauensvollen Basis zur zukünftigen Zusammenarbeit erweist sich ein geschützter Gesprächsrahmen als notwendig. Jedoch hat ein Drittel der Fachkräfte kein Einzelbüro und kann häufig auch nicht auf Besprechungsräume ausweichen.

» **Drittens** ausreichend Zeit in der konkreten Arbeit mit den Adressat*innen: Die Arbeit mit den Familien wird durch drei Entwicklungen besonders belastet: Zunächst betreuen die meisten Fachkräfte pro Vollzeitstelle 50 bis 100 Fälle statt der von der Bundesarbeitsgemeinschaft Allgemeiner Sozialer Dienst/Kommunaler Sozialer Dienst (BAG ASD/KSD) empfohlenen Fallzahl von 35 Fällen. Überdies muss in vielen Teams aufgrund von Fluktuation und/oder Langzeiterkrankungen fehlendes Personal kompensiert werden. Hinzu kommt, dass die Fachkräfte zwei Drittel ihrer Arbeitszeit mit Dokumentation statt im Klient*innenkontakt verbringen. Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass 40% der Fachkräfte mindestens die Hälfte der Dokumentation als überflüssig einschätzen. In den Interviews wurde deutlich, dass der Fokus häufig auf der rechtlichen Absicherung statt auf der professionellen Falleinschätzung liegt.

» **Viertens** Beteiligungsstrukturen für die Klient*innen: Generell zeigt sich in den Ergebnissen, dass den Fachkräften eine Beteiligung der Klient*innen (Kinder und Sorgeberechtigte) ein großes Anliegen ist. Gelebte Beteiligung ist stets auch von der Haltung und vom pädagogischen Repertoire der Fachkräfte abhängig. Häufig wird der Grad der Beteiligung von Kindern am Alter und Entwicklungsstand festgemacht. Doch selbst nach fundierter Falleinschätzung ist es nicht immer möglich, ihnen eine bedarfsgerechte Maßnahme anzubieten.

Dies liegt unter anderen darin begründet, dass laut einem Viertel der Befragten geeignete Träger vor Ort fehlen oder spezialisiertes Fachpersonal nicht vorhanden ist.

Das Verhältnis von Jugendamt und Kindergesundheit

Nach § 1 SGB VIII hat jedes in Deutschland lebende Kind ein Recht auf Erziehung, Elternverantwortung und Jugendhilfe. Insbesondere Absatz 3 des Gesetzes stellt die präventiven und unterstützenden Aufgaben der Jugendhilfe heraus. Die Rolle der Jugendämter ist es, den Anspruch auf Unterstützung und Förderung zu prüfen und diese gegebenenfalls zu gewähren. Dabei steht die finanzielle und personelle Ausstattung der Jugendämter im Zusammenhang mit der kommunalen Selbstverwaltung, da das Vorhalten von Jugendämtern Teil der kommunalen Aufgaben ist (§ 79 SGB VIII). Das Bundeskinder-schutzgesetz fasst die Deutung des Terminus »Kinderschutz« so weit, dass dem Kindeswohl dienend alle Bedingungen des Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen zugehörig sind. Wenngleich es sich bei Kindergesundheit nicht um ein Synonym für Kindeswohl handelt, so ist doch offensichtlich, dass das eine untrennbar mit dem anderen verbunden ist. Es stellt sich die Frage: Was benötigen Kinder, um gesund aufwachsen zu können und was hat das mit dem ASD zu tun?

Zeit, Vertrauen und Netzwerke zählen zu den notwendigen Grundlagen

Die Grundlage einer professionellen, an den Bedürfnissen der Klient*innen orientierten Jugendhilfe ist eine sorgfältige sozialpädagogische Diagnostik. Diese erfordert neben der fachlichen Kompetenz der Mitarbeiter*innen vor allem Zeit. Um die notwendigen Ressourcen zu gewährleisten, ist es unumgänglich, die Fallzahlbelastung der Fachkräfte zu reduzieren sowie eine Obergrenze von maximal 35 Fällen festzulegen. Eine neu strukturierte Dokumentation, die einem sozialpädagogischen Fallverstehen dient und mit allen Kooperationspartnern abgestimmt ist, kann Zeit freisetzen. Professionalität und Methodenkompetenz beginnen mit einer guten und angemessenen Einarbeitung. Dazu gehört auch die Möglichkeit für alle Fachkräfte, sich den Anforderungen entsprechend in berufs begleitenden Weiterbildungen zu qualifizieren. Bedürfnisorientierte Fallarbeit benötigt das Vertrauen aller Beteiligten. Ein geschützter Raum ist ebenso grundlegend wie eine kontinuierliche Betreuung durch eine (Bezugs-)Fachkraft. Aus diesem Grund ist es essenziell, die Fluktuation im ASD einzudämmen. Eine wirksame Arbeit ist lediglich dann möglich, wenn die Bedürfnisse der Klient*innen Berücksichtigung finden. Dabei gilt es zu beachten, dass jede Alters- und Entwicklungsstufe individuelle Anforderungen an die Beteiligungsstrategie stellt. Zudem ist ein zentraler Punkt im Kinderschutzgesetz (KKG) die Vorhaltung eines möglichst frühzeitigen, koordinierten und multiprofessionellen Angebots hinsichtlich einer gesunden Entwicklung von Kindern (§ 1 KKG). Diese rechtliche Vorgabe verdeutlicht die Notwendigkeit, Netzwerke zu gründen und zu pflegen sowie eine geeignete Trägerlandschaft zu etablieren, um präventive und unterstützende Angebote vorhalten zu können.

Literatur bei den Verfasserinnen

SOPHIE KLAES, M.A., THORA EHLTING, M.A. & PROF. DR. KATHINKA BECKMANN, Hochschule Koblenz, Fachbereich Sozialwissenschaften, Konrad-Zuse-Straße 1, 56075 Koblenz, E-Mail: klaes@hs-koblenz.de



SABINE WAGENBLASS

Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie – gemeinsam in der Verantwortung für Kinder psychisch kranker Eltern

Psychische Erkrankungen stellen schwerwiegende Herausforderungen dar – nicht nur für die Erkrankten selbst, sondern auch für ihre Familien. Die Betroffenen sind in ihrem körperlichen Befinden, ihrem Denken, ihrer Gestimmtheit und in ihren Gefühlen beeinträchtigt. Welche Auswirkungen dies auf die Angehörigen hat, ist mittlerweile gut erforscht. Waren zunächst nur die erwachsenen Angehörigen im Fokus, so ist in den letzten Jahren zunehmend auch die Lebenssituation der Kinder in den Blick der Forschung gerückt. Im Ergebnis zeigt sich, dass eine psychische Erkrankung eines Elternteils deren Kinder immer in vielfältiger Weise (mit-)betrifft.

Die Mitbetroffenheit der Kinder bei einer elterlichen Erkrankung

Obwohl die elterliche Erkrankung großen Einfluss auf das kindliche Leben hat, wird in vielen Familien nicht offen darüber gesprochen. Die Kinder nehmen Veränderungen im Verhalten des erkrankten Elternteils wahr, können diese ohne Erklärung jedoch lediglich zu einem diffusen, unvollständigen Bild zusammensetzen. Desorientierung ist die Folge. Wo nachvollziehbare Erklärungen fehlen, versuchen die Kinder, eigene Antworten zu finden und fühlen sich häufig schuldig. Findet in der Familie keine offene Kommunikation statt, erleben die Kinder die Krankheit als Tabu, über das sie auch außerhalb der Familie nicht sprechen dürfen. Als Folge der Tabuisierung wissen die Kinder nicht, an wen sie sich mit ihren eigenen Problemen im Zusammenhang mit der Erkrankung der Eltern wenden können. Hilfe von außen anzunehmen, käme einem Verrat gleich. Viele Kinder ziehen sich zurück und versuchen, die Herausforderungen allein zu bewältigen, auch wenn das oftmals über die Grenzen ihrer Belastbarkeit hinausgeht. Wie sich die elterliche Erkrankung auf die Kinder auswirkt, ist allerdings nicht allein von der Symptomatik selbst, sondern ebenso von der subjektiven Bewertung der Situation sowie den zur Verfügung stehenden Ressourcen abhängig. Dort, wo familiäre Ressourcen nicht ausreichen, ist es umso bedeutsamer, dass institutionelle Unterstützungsangebote zur Verfügung stehen.

Geringe freiwillige Inanspruchnahme von Jugendhilfeleistungen

Hilfeleistungen werden nur selten freiwillig in Anspruch genommen – die Gründe sind vielfältig: Auf der einen Seite herrscht bei vielen Familien Unwissenheit über das Bestehen und die Erreichbarkeit entsprechender Hilfsangebote. Auf der anderen Seite führt die Angst um das Sorgerecht häufig dazu, dass der Kontakt zum Jugendamt bewusst vermieden wird. Aufgrund eines großen Informationsdefizits wird die Leistungsfähigkeit der Kinder- und Jugendhilfe verkannt. Ein Lösungsansatz könnte hier in einer guten Kooperation mit der Erwachsenenpsychiatrie liegen, da diese psychisch erkrankte Elternteile frühzeitig erreichen und somit als Schnittstelle fungieren kann. Eine gelingende Zusammenarbeit setzt allerdings voraus, dass beide Hilfesysteme Patient*innen in ihrer Elternrolle sowie Kinder und Jugendliche in ihrer Rolle als betroffene und unterstützungswürdige Angehörige gleichermaßen wahrnehmen und auf dieser Basis verbindliche Formen der Kooperation entwickeln. Beides erfolgt im Alltag leider noch viel zu selten.

Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie

Häufig ist das Verhältnis eher von Vorbehalten und wechselseitigen Befürchtungen gekennzeichnet. Hinzu kommt, dass die psychiatrischen und jugendhilfespezifischen Hilfen unterschiedlichen Vorschriften mehrerer Sozialgesetzbücher folgen. Hilfen, die das gesamte »System Familie« in den Blick nehmen und über das jeweilige Sozialgesetzbuch hinausgehen, sind kaum vorhanden. Die aktuelle Versorgungssituation der Familien ist deshalb oftmals von Versorgungslücken und fragmentierten Hilfen durch unterschiedliche Hilfesysteme geprägt. Erschwerend wirkt das doppelte Mandat der Kinder- und Jugendhilfe, welches immer wieder zu Konflikten führt. Gesetzlicher Auftrag der Jugendhilfe ist es, Eltern bei der Erziehung ihrer Kinder zu unterstützen (Hilfedimension) und gleichzeitig das Wohl der Kinder zu wahren, indem diese vor Gefahren geschützt werden (Kontrolldimension). Ein Dilemma ergibt sich auch daraus, dass aus Sicht der Psychiatrie der Familie und somit auch den Kindern bei einer psychischen Erkrankung eines Angehörigen eine wichtige Rolle zugeschrieben wird. Die Familie soll – wo immer dies geht – als stabilisierender Faktor für die Erkrankten erhalten bleiben und damit einen Beitrag zur Gesundung leisten. Gerade Kinder nehmen hierbei eine essenzielle Funktion ein. Die Jugendhilfe sieht hierin allerdings auch die Gefahr einer Instrumentalisierung der Kinder, wenn deren eigene Befindlichkeiten und Belastungen nicht ausreichend in den Blick genommen werden. Dies verdeutlicht, dass Konflikte in der Kooperation strukturell angelegt sind.

Anregungen für eine gelingende Kooperation

Kooperation gelingt also nicht zwangsläufig, wenn mehrere Hilfesysteme mit derselben Familie arbeiten, vielmehr müssen die notwendigen Voraussetzungen geschaffen werden. Grundlegend sind ein wertschätzender und gleichberechtigter Umgang der beteiligten Professionen und Institutionen – eine Begegnung auf Augenhöhe. Dies setzt die Anerkennung der Fachkompetenz des Gegenübers voraus. Akteur*innen benötigen darüber hinaus die Fähigkeit, sich auf die unterschiedlichen Logiken des jeweils anderen Systems einzulassen. Wenn mehrere Kostenträger innerhalb eines Familiensys-

tems Leistungen anbieten, sind die Kosten für Abstimmung, Absprachen und gemeinsame Zielvereinbarungen oftmals nicht miteinberechnet. Teils wird aus persönlichem Engagement heraus eine Zeit lang zusammengearbeitet, was bei personellen Änderungen schnell dazu führen kann, dass die Zusammenarbeit unvermittelt endet. Es bedarf folglich der Bereitstellung zeitlicher und finanzieller Mittel, um diese Kooperationen (dauerhaft) gestalten zu können. Kooperation muss als regulärer Bestandteil der Arbeit definiert sein und darf nicht vom Engagement Einzelner abhängen. Sparmaßnahmen, Kostendruck sowie Mittelkürzungen sind das Ende gelingender Kooperationsbeziehungen. Innovative Modellprojekte, wie »Begleitete Elternschaft – Hilfen aus einer Hand« des Caritasverbandes für den Kreis Coesfeld zeigen, dass jenseits der versäulten Hilfesysteme auch neue Formen der Zusammenarbeit möglich sind. Hier arbeiten Fachkräfte aus den Bereichen ambulant begleitetes Wohnen und der ambulanten Erziehungshilfe in einem Team zusammen. Gemeinsame Fallarbeit, Supervisionen und Weiterbildungen sind regulärer Bestandteil der Arbeit mit den Familien. Zentral ist abschließend, dass sich Kooperation für alle Beteiligten lohnt und die Verknüpfung unterschiedlicher Kompetenzen neue Wege entstehen lässt, Lösungen vorantreibt und in erster Linie zur Entlastung der Familien beiträgt. Auch wenn in der Praxis bereits einige positive Konzepte und Kooperationsvereinbarungen bestehen, sollte die Schnittstellenarbeit weiterhin ausgebaut, gefördert und insbesondere finanziert werden.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. SABINE WAGENBLASS, Hochschule Bremen,
Neustadtwall 30, 28199 Bremen, Tel.: (04 21) 59 05 37 71,
E-Mail: Sabine.Wagenblass@hs-bremen.de

RICARDA HENZE

Leben zwischen Überforderung, Geheimhaltung und sozialer Ungleichheit Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien

»Ich wünsche mir, dass wir einfach eine normale Familie sind.«

Dies ist vielleicht noch die harmloseste Aussage von einem Kind, das sich an KidKit, ein Informations- und Beratungsangebot für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien, gewandt hat. Dennoch sagt sie viel über die schwierige und ambivalente Situation von Kindern und Jugendlichen aus, von denen mindestens ein Elternteil eine Suchterkrankung hat. In suchtbelasteten Familien ist vieles nicht »normal«. Sie sind häufiger von Arbeitslosigkeit und einem niedrigeren sozioökonomischen Status sowie von ungünstigeren Wohn- und Nachbarschaftsverhältnissen betroffen. Im Schnitt zeigen betroffene Kinder zudem schlechtere Schulleistungen als unbelastete Gleichaltrige. Besonders kritisch sind die psychischen Belastungen dieser Kinder. Sie erleben öfters Trennungen und Scheidungen, den Tod eines Elternteils, Fremdunterbringungen, instabile Beziehungen zu den Eltern sowie Traumatisierungen. Das Erziehungsverhalten von abhängigkeitskranken Eltern kann – wie bei allen Eltern – eher günstig oder eher un-



günstig sein, doch suchtbelastete Eltern haben ein erhöhtes Risiko für unpassende, schädigende und traumatisierende Verhaltensweisen. Dabei kann es sich um Vernachlässigung, einen unpassenden Kommunikationsstil, unberechenbares oder gewalttägliches Verhalten handeln.

Mutter, Vater, Sucht

Dieser Titel eines Buchs für erwachsene Kinder suchtkranker Eltern illustriert, wie das Familiengefüge in einer suchtbelasteten Familie funktioniert. Die Suchterkrankung ist wie ein Familienmitglied, das immer wieder die volle Aufmerksamkeit des betroffenen Elternteils fordert. Dies stellt einen Teil der Erkrankung dar. Kinder sind in diesen Situationen zweitrangig und müssen zurückstehen. Viele Eltern wollen trotz ihrer Erkrankung gute Eltern sein und schämen sich, wenn sie ihren Kindern nicht das geben können, was diese eigentlich brauchen. Geheimhaltung nach außen erweist sich in diesem Konstrukt als wichtig. Das setzt betroffene Kinder unter enormen Druck und bringt sie in Loyalitätskonflikte gegenüber Freund*innen, Lehrkräften sowie Nachbar*innen. Während betroffene Kinder in ihrem sozialen Umfeld häufiger von Ausgrenzung und Stigmatisierung betroffen sind, versuchen sie, innerhalb ihrer Familie stabilisierend zu wirken. Die älteren Kinder übernehmen oft die Versorgung jüngerer Geschwister, des Haushalts und teilweise auch des Suchtkranken. Jüngere Kinder besetzen eher die Rollen des Sündenbocks, um die (negative) Aufmerksamkeit von der Familie abzulenken, oder die des Clowns, um etwas Leichtigkeit in den Familienalltag zu bringen. Andere Kinder ziehen sich stark in sich zurück, fühlen sich bedeutungslos und fügen sich in die Situation, ohne Aufmerksamkeit zu erregen. Konservative Schätzungen gehen davon aus, dass circa 3 Millionen Kinder und Jugendliche mindestens zeitweise mit mindestens einem suchtkranken Elternteil aufwachsen. Die weitreichenden Folgen sind untersucht und bekannt: »Eine elterliche Abhängigkeitserkrankung gilt innerhalb aller bekannten Risikofaktoren als ein besonders negativer Gefährdungsfaktor für eine gesunde körperliche und psychische Entwicklung des Kindes«, heißt es im Jahresbericht 2017 »Kinder aus suchtbelasteten Familien« der Drogenbeauftragten der Bundesregierung. Gefährdungen liegen für alle Altersphasen vor und reichen von Störungen im Rahmen einer Fetalen Alkoholspektrumstörung über psychische und soziale Entwicklungsstörungen bis hin zum stark

erhöhten Risiko, als Erwachsene*r selbst eine Suchterkrankung oder eine andere psychische Erkrankung zu entwickeln oder sich eine*n suchtkranken Partner*in zu suchen.

»Ich hätte Hilfe gebraucht«

Das sagt Cacau, der ehemalige deutsch-brasilianische Fußballnationalspieler, als Kind einer betroffenen Familie auf dem Poster zum Projekt »Trampolin – Kinder aus suchtbelasteten Familien entdecken ihre Stärken«. Doch Hilfeangebote für betroffene Kinder und Jugendliche und deren Familien sind konzeptionell höchst anspruchsvoll. Sie müssen umfassend und vom Kind beziehungsweise der Familie aus gedacht werden, Akzeptanz finden und dürfen nicht stigmatisierend sein. Im letzten Jahrzehnt wurden verschiedene Unterstützungsstrategien entwickelt. Zum einen werden Kinder und Jugendliche direkt angesprochen und mit Gruppenprogrammen (zum Beispiel Trampolin) und/oder (Online-)Beratungsangeboten (beispielsweise www.kidkit.de, www.nacoa.de) unterstützt. Darüber hinaus werden Fachkräfte – insbesondere Erzieher*innen und Lehrkräfte – zur Problematik geschult und ermutigt, betroffene Kinder im Alltag und ihrer Lebenswelt zu unterstützen. Dabei geht es insbesondere darum, die individuellen Schutzfaktoren auszubauen und somit die betroffenen Kinder und Jugendliche zu stärken. Auf das Kind bezogene Schutzfaktoren sind hohe Selbstwirksamkeitserwartung, angemessene Bewältigungsstrategien, hohe Problemlösungskompetenzen, kindgerechte Erlebnisse sowie altersangemessene Informationen über die Erkrankung der Eltern beziehungsweise des Elternteils. Innerhalb der Familien wirken die Wärme und verlässliche Fürsorge von mindestens einem Elternteil schützend. Eine elterliche Abstinenz wirkt – bei allen Schwierigkeiten, diese zu erreichen und zu halten – auf die Kinder sehr stabilisierend. Betroffene Kinder profitieren ganz besonders von stabilen Beziehungen zu Außenstehenden wie zum Beispiel Erzieher*in, Lehrer*in, Trainer*in, Familienangehörige. Sie können Halt, Orientierung, Verlässlichkeit und Berechenbarkeit vermitteln und dafür sorgen, dass die in der Familie eingenommene Rolle nicht auch in anderen Lebenswelten wie der KiTa oder der Schule gefördert wird, sondern dass das Kind Kind sein darf. Last but not least bedarf es einer verbesserten Abstimmung und Zusammenarbeit der kommunalen Hilfsstrukturen. Ein gutes Beispiel ist das Projekt »Schulterschluss«, bei dem es darum geht, die Unterstützung von Kindern beziehungsweise Familien zwischen Suchthilfe, Suchtprävention und Jugendhilfe systematisch abzustimmen. Bislang sind solche Angebote eher projekthaft und punktuell. Dass es hier mehr Anstrengungen braucht, hat auch die Politik verstanden: Der Deutsche Bundestag hat am 22.06.2017 einstimmig dem interfraktionellen Antrag »Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern« zugestimmt. Unter anderem wurde die Bundesregierung aufgefordert, eine interministerielle Arbeitsgruppe mit Beteiligung von Fachverbänden und Expert*innen einzusetzen, um Vorschläge zur Verbesserung der Situation von Betroffenen zu erarbeiten. Kinder aus suchtbelasteten Familien werden hier explizit erwähnt. Dennoch sind auf allen Ebenen weiterhin deutlich mehr Anstrengungen notwendig, damit der eingangs formulierte Wunsch eines Kindes nach einer »normalen Familie« in Erfüllung gehen kann.

Literatur bei der Verfasserin

RICARDA HENZE, Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen, Grubenstraße 4, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 62 62 66 17, E-Mail: henze@nls-online.de

IMPRESSUM



» Herausgeberin: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Fensckeweg 2, 30165 Hannover
Tel.: (05 11) 3 88 11 89-0, Fax: (05 11) 3 88 11 89-31

E-Mail: info@gesundheit-nds.de

Internet: www.gesundheit-nds.de

» Twitter: @LVGundAFS

» ISSN: 1438-6666

» V.i.S.d.P.: Thomas Altgeld

» Redaktion: Thomas Altgeld, Dr. Birte Gebhardt, Sophia Gottschall, Martina Kipp, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Christina Kruse, Angelika Maasberg, Isabelle Rudolph, Alexandra Schüssler

» Beiträge: Yvonne Adam, Thomas Altgeld, Till Amelung, Prof. Dr. Sabine Andresen, Prof. Dr. Birgit Babitsch, Prof. Dr. Kathinka Beckmann, Ullrich Böttinger, Sven Brandes, Dr. Elke Bruns-Philipps, Prof. Dr. Freia De Bock, Marie-Kristin Dunker, Jennifer Ebert, Thora Ehling, Janna Fabian, Dr. Jonas David Finger, Dr. Nina Fleischmann, Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff, Antje Funcke, Tanja Gangarova, Sophia Gottschall, Celina Gräf, Ricarda Henze, Ines Heuer, Till Hoffman, Nicola Jacobs, Sophie Klaes, Dr. Susanne Krug, Christina Kruse, Dr. Benjamin Kuntz, Prof. Dr. Bärbel-Maria Kurth, Dr. Thomas Lampert, Dr. Bettina Langenbruch, Angelika Maasberg, Isabel Meier, Prof. Dr. Michael Mutz, Christa Niemeier, Dr. Meike Nitschke-Janssen, Lea Oesterle, Sandra Pape, Mechthild Paul, Kerstin Petras, Ina Pöche-Guckelberger, Nicole Pottharst, Dr. Maren Preuß, Elena Reuschel, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Lena Rother, Isabelle Rudolph, Wiebke Sannemann, Martin Schumacher, Alexandra Schüssler, Lennart Semmler, Dr. Ute Sonntag, Dr. Antje Tannen, Dr. Moritz von Gliszczynski, Ruben Vormeier, Marcus Wächter-Raquet, Prof. Dr. Sabine Wagenblass, Berit Warrelmann, Anna Westermann, Dr. Simone Weyers, Birgit Wolff

» Redaktionsschluss: Ausgabe Nr. 102: 15.01.2019

Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

» Auflage: 10.000

» Gestaltung: Homann Güner Blum, Visuelle Kommunikation

» Druck: Druckerei Hartmann GmbH & Co. KG

» Erscheinungsweise: 4 x jährlich, im Quartal

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autor*innen wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

» Titelbild: © Fotolia.com: Sergey Novikov

» Fotos: © Fotolia.com: © Christian Schwier (S. 2), © Shmel (S. 5), © stockpics S. (6, 28), © Robert Kneschke (S. 7, 8, 12, 20), © Kristin Gründler (S. 9), © Nichizhenova Elena (S. 10), © Racle Fotodesign (S. 11), © BillionPhotos.com (S. 14), © mizina (S. 15), © PMDesign (S. 16), © fotofabrik (S. 18), © Chinnapong (S. 19), © Nichizhenova Elena (S. 21), © nadezhda1906 (S. 22, 23), © JackF (S. 24), © makis7 (S. 27), © Rido (S. 29), © Michael Tieck (S. 31), © Karin & Uwe Annas (S. 32), © takasu (S. 34)

» Liebe Leser*innen, wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihre Daten (Name, Anschrift, E-Mail-Adresse), die Sie uns zugeleitet haben, für den Bezug der Impulse speichern und verarbeiten. Wenn Sie dies nicht mehr möchten, können Sie dem jederzeit unter info@gesundheit-nds.de widersprechen.

» Die LVG & AFS wird institutionell gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.



ANTJE FUNCKE, CHRISTINA KRUSE

Kinderarmut überwinden – wie eine Existenzsicherung gelingen kann, die jedem Kind gesundes Aufwachsen und Teilhabe ermöglicht

Mehr als zwei Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind in Deutschland von Armut betroffen, viele von ihnen dauerhaft oder immer wieder. Auch wenn die elementare Grundversorgung dieser Kinder in der Regel gelingt, gehören für sie Mangel und Verzicht zum Alltag. Ihr Recht auf ein gutes, gesundes Aufwachsen, auf Bildung und Teilhabe ist vielfach nicht gewährleistet. Zudem stehen arme Kinder und Jugendliche auch schlechteren Zukunftsperspektiven gegenüber. Sie haben oft nur unzureichenden Zugang zu sozialen und kulturellen Angeboten sowie zu Leistungen der Gesundheitsversorgung. In der Folge wachsen sie mit deutlich verringerten Chancen auf Bildung und Gesundheit auf. Das schlägt sich – wie die Artikel in dieser Ausgabe ausführlich beschreiben – nicht nur im Gesundheitsstatus und -verhalten nieder, sondern hat negative Effekte für ihr weiteres Leben und ihr Eingebundensein in die Gesellschaft. Kinderarmut hat damit heute wie morgen Folgen für unsere Gesellschaft als Ganzes.

Kinderarmut – leider ein Dauerthema

Obwohl in den letzten Jahren zahlreiche Studien wiederholt die Folgen von Kinderarmut aufgezeigt haben, ist es bisher nicht gelungen, sie deutlich zu verringern. Zwar gibt es viele Leistungen und Maßnahmen für Kinder, Jugendliche und ihre Eltern – sie sind aber oft wenig transparent und nicht gut aufeinander abgestimmt. So müssen Eltern bei unterschiedlichsten Ämtern Anträge auf Unterstützungsleistungen wie den Kinderzuschlag, Leistungen des Bildungs- und Teilhabepa-

kets, Wohngeld oder den Unterhaltsvorschuss stellen. Zudem führen wechselseitige Anrechnungen der Leistungen mitunter zu nicht nachvollziehbaren Ergebnissen. So führt die im vergangenen Jahr beschlossene Ausweitung des Unterhaltsvorschusses letztendlich im Zusammenspiel mit den eben genannten anderen Leistungen mitunter zu einer Schlechterstellung alleinerziehender Familien. Für viele Familien reicht das eigene Einkommen nicht aus, um über die Runden zu kommen. Sie nehmen dann – oft trotz Erwerbstätigkeit – SGB-II-Leistungen (Hartz IV) in Anspruch. Mit diesen Leistungen existiert in Deutschland zwar eine Grundsicherung, die auch Kindern und Jugendlichen armer Eltern zugutekommt. Allerdings orientiert sich dieses Existenzminimum an dem, was Familien am unteren Einkommensrand der Gesellschaft ausgeben – und die Ausgaben speziell für Kinder und Jugendliche werden dabei nur sehr begrenzt erfasst. Das Ergebnis ist ein Existenzminimum, das Kindern und Jugendlichen im Grundsicherungsbezug oftmals soziokulturelle Teilhabe vorenthält und zu Ausgrenzung und Beschämung beiträgt. Es gewährleistet nicht das, was junge Menschen eigentlich benötigen würden, um gesund, aktiv und selbstbestimmt aufwachsen zu können.

Ein Paradigmenwechsel ist nötig: Was brauchen Kinder und Jugendliche?

Notwendig ist daher ein Paradigmenwechsel hin zu einer kind- und bedarfsorientierten Politik, die Kinder und Jugendliche als eigenständige Individuen in den Blick nimmt! Ein neues Konzept zur Existenzsicherung, das tatsächlich Teilhabe für alle ermöglicht, muss sich an dem orientieren, was eine »gute Kindheit« beziehungsweise eine »gute Jugend« in Deutschland ausmacht. Dazu sind die Bedarfe, Interessen und Wünsche von jungen Menschen in verschiedenen Altersphasen zu berücksichtigen. Was Kinder und Jugendliche brauchen, beschreiben folgende vier zentrale Bedarfsdimensionen:

» Rechte, Beteiligung und gute Interaktion:

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Sie haben besondere Schutz-, Beteiligungs- und Freiheitsrechte. Ihre Mitwirkung und Mitbestimmung müssen konsequenter als bislang in sämtlichen gesellschaftlichen Bereichen Einzug finden und rechtlich abgesichert werden. Voraussetzung dafür sind eine wertschätzende Interaktion und Kommunikation zwischen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Dafür braucht es ausreichend Ressourcen (Zeit, Personal, Räumlichkeiten) und Fachkompetenz – und zwar nicht nur in pädagogischen Einrichtungen.

» Absicherung finanzieller Bedarfe:

Geld dient zur Sicherung existenzieller Bedürfnisse, eröffnet Familien wie Kindern aber auch Handlungs- und Entscheidungsspielräume. Zudem ist es für eine gesunde Ernährung, für Freizeitaktivitäten, für Kostenbeiträge in Kita und Schule oder Unternehmungen mit Familie und Freunden notwendig. Es ist daher entscheidend, dass die finanziellen Bedarfe von Kindern und Jugendlichen je nach Alter

und Lebenssituation gedeckt sind. Gerade Jugendlichen ist es wichtig, über eigenes Geld zu verfügen, um Jugendkultur unabhängig von ihren Eltern leben zu können.

» **Zeit, Zuwendung und Fürsorge:**

Je nach Lebensphase und Situation benötigen Kinder und Jugendliche unterschiedlich viel Aufmerksamkeit, Zeit und Fürsorge von ihren Eltern, anderen Bezugspersonen oder Gleichaltrigen. Neben geplanten Tätigkeiten beziehungsweise Routinen brauchen sie auch ungeplante, frei verfügbare Zeit. Ihre diesbezüglichen Wünsche und Bedarfe sind ernst zu nehmen. Das bedeutet, ihnen Autonomie über ihre Zeit zu gewähren und sie nicht nur in das Zeitkorsett der Erwachsenen (aufgrund von Erwerbstätigkeit der Eltern, in Bildungsinstitutionen et cetera) zu zwingen.

» **Zugänge zu guter und bedarfsgerechter Infrastruktur:**

Die Bedeutung von Infrastruktur für Kinder, Jugendliche und Familien (Kitas und Schulen, Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitssystem, Vereine, et cetera) ist hoch. Diese Angebote eröffnen Zugänge zu Bildung, Gesundheit, Sport und Kultur. Sie müssen allen Kindern und Jugendlichen offenstehen, was bislang beispielsweise aufgrund von Kosten, Anfahrtswegen, Sprachbarrieren nicht immer der Fall ist. Notwendig sind daher niedrigschwellige (zum Beispiel kostenfreie, gut erreichbare) sowie bedarfsgerechte Angebote.

Teilhabe gewährleisten:

Drei Bausteine für eine neue Existenzsicherung

Um allen Kindern und Jugendlichen diese vier grundlegenden Bedarfsdimensionen zu gewähren sowie Kinderarmut gezielt zu vermeiden, braucht es konkret drei Maßnahmen:

1. Eine Bedarfserhebung mit und für Kinder und Jugendliche:

Um die nach Altersgruppen unterschiedlichen Bedarfe und Interessen von jungen Menschen zu erheben, müssen sie regelmäßig und repräsentativ befragt werden. Mit der Aussage »fragt uns – auch was ihr fragen sollt« fordern Kinder und Jugendliche ihr Recht auf Beteiligung ein. Denn in einigen Bereichen können nur sie selbst Auskunft darüber geben, was für ihr Leben aktuell wichtig ist beziehungsweise ab wann sie Ausgrenzung und Beschämung erleben. Daher ist eine neue, andersartige Bedarfserhebung unerlässlich. Sie gibt Auskunft darüber, was eine gute Kindheit und Jugend in Deutschland ausmacht (Mobilität, Freizeit, Kleidung, Bildung, Medien, Taschengeld et cetera).

2. Das Teilhabegeld:

Das Teilhabegeld stellt eine neue, transparente finanzielle Leistung für Kinder und Jugendliche dar. Es ersetzt einige bisherige Leistungen (zum Beispiel Kindergeld, SGB-II-Regelbedarfe für Kinder, Kinderzuschlag und in Teilen das Bildungs- und Teilhabepaket). Anspruchsberechtigt sind Kinder und Jugendliche selbst. Mit steigendem Einkommen der Eltern wird das Teilhabegeld abgeschmolzen, um gezielt arme junge Menschen zu unterstützen. Die Höhe des Teilhabegelds orientiert sich an den in der Bedarfserhebung ermittelten altersspezifischen Bedarfen.



3. Ein erreichbares, kompetentes und unbürokratisches Unterstützungssystem:

Kinder und Jugendliche benötigen zum einen gute und ausreichende Kitas und Schulen, die ihnen vielfältige und individuelle Bildungs- und Teilhabechancen sowie Möglichkeiten zur Partizipation bieten. Zum anderen benötigen sie und ihre Eltern Rat, unbürokratische Unterstützung und Hilfe aus einer Hand. Dazu müssen sowohl für Eltern als auch für Kinder und Jugendliche vor Ort lebensweltnahe, vertrauensvolle Anlaufstellen eingerichtet werden, an die sie sich mit allen Belangen wenden können und die sie informieren und unterstützen.

Mut, Durchhaltevermögen und alle gesellschaftlichen Akteur*innen sind gefragt

Die Umsetzung dieser drei Bausteine und eine Haltung gegenüber Kindern und Jugendlichen, die Beteiligung konsequent ermöglicht, sind kein einfaches Unterfangen. Sie erfordern finanzielle Ressourcen, ein Hinterfragen bisheriger Denkmuster und altgedienter Maßnahmen sowie einen langen Atem. Wir sollten aber endlich den Mut aufbringen, diese Veränderungen politisch und praktisch auf den Weg zu bringen!

*Das beschriebene Konzept wurde in einem mehrjährigen Prozess mit einem interdisziplinären, wissenschaftlichen Beirat entwickelt, mit politischen Vertreter*innen diskutiert und durch ein »JugendExpertenTeam« geprüft und ergänzt. Weitere Informationen dazu finden Sie unter: www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/familie-und-bildung-politik-vom-kind-ausdenken*

Literatur bei den Verfasserinnen
 Anschrift siehe Impressum
 ANTJE FUNCKE, Senior Expert, Bertelsmann Stiftung, Carl-Bertelsmann-Straße 265, 33311 Gütersloh, E-Mail: antje.funcke@bertelsmann-stiftung.de

MEIKE NITSCHKE-JANSSEN

Niedrigschwellige Versorgung geflüchteter und migrierter Kinder und Jugendlicher in Hamburg. Das Psychosoziale Zentrum SEGEMI e.V.

Seit der jüngsten Migrationswelle der Jahre 2015/2016 sind gut 50.000 Menschen nach Hamburg gekommen, unter ihnen viele Familien mit Kindern. Ihre Fluchtgründe sind mannigfaltig: Die meisten waren in ihrer Heimat kriegerischer oder interpersoneller Gewalt ausgesetzt, manche lebten in absoluter Armut, nicht wenige waren Zeit ihres Lebens auf der Flucht. Hier angekommen sehen sie sich neuen Herausforderungen gegenüber: Am Ende des zum Teil lebensgefährlichen und strapaziösen Fluchtweges erfordert das Ringen um Anerkennung als Schutzbedürftige ein weiteres erhebliches Maß an mentaler Energie. Dass auf diesem Weg die Belastung nicht spurlos an den Kindern und Jugendlichen vorübergeht, ist leicht vorstellbar. Viele bekommen durch die Orientierung auf die neue Kultur, den Schulbesuch und das Erlernen der neuen Sprache »Boden unter den Füßen«. Manche haben es allerdings besonders schwer – dies gilt vor allem für Kinder und Jugendliche mit intensiv belasteten Eltern oder für Kinder, die viel zu früh selbstständig und selbstverantwortlich werden mussten. Bisweilen tragen sie die seelischen Verletzungen der Eltern mit. Studien aus Deutschland sprechen davon, dass 30 bis 50% der Kinder und Jugendlichen unter psychischen Belastungssymptomen leiden.

Das Beratungsangebot im Psychosozialen Zentrum SEGEMI e.V. (PSZ)

Für diese und andere migrierte junge Menschen, die aufgrund ihrer Symptome große Schwierigkeiten haben, im Kindergarten, Schulalltag oder in der Ausbildung Fuß zu fassen, unterhält der Verein »Seelische Gesundheit Migration« in seinem PSZ eine fachärztliche Kinder- und Jugendlichenprechstunde. Hier können sich die Jugendlichen selbst anmelden oder über eine Bezugsperson einen Beratungstermin vereinbaren. Binnen des neunzigminütigen Erstkontakts und der vier Folgetermine werden die Art der Belastung(en) als auch kurz- und mittelfristige Lösungswege aus der psychischen Krise erarbeitet. Häufig geht es um depressive Episoden im Rahmen von Erschöpfungssyndromen, um stark ausgeprägte Angstsymptome und – vor allem bei Jugendlichen in einem beträchtlichen Teil der Fälle – um eine manifeste posttraumatische Belastungsstörung. Neben den spezifischen kriegs- und fluchtbedingten Folgesymptomen weisen auch migrierte Kinder und Jugendlichen das übliche Spektrum kinder- und jugendpsychiatrischer Störungsbilder auf, beispielsweise emotionale Störungen im Kinder- und Jugendalter.

Sprachmittlung in der Kinder- und Jugendlichenprechstunde – auch im interkulturellen Kontext

Jedes Gespräch wird von einem*r muttersprachlichen Sprachmittler*in begleitet, damit die ohnehin komplizierten Zusammenhänge von Erlebtem, Gefühltem und Befürchtetem möglichst barrierefrei ausgedrückt werden können. Die Sprach-



mittler*innen erhalten sowohl Fortbildung als auch Supervision durch den Verein. Dank eines Modellprojekts in Kooperation mit der Psychotherapeutenkammer Hamburg sowie dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Hamburg können sämtliche niedergelassene psychotherapeutische und psychiatrische Fachkräfte Sprachmittler*innen kostenfrei einsetzen. Die Förderung erfolgt durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg. Kulturelle Besonderheiten zeigen sich vor allem in Begrüßungs- und Abschiedsritualen, in Bewertungsmustern von psychischen Symptomen oder in Irritationen im Hinblick auf kulturelle Vorstellung von medizinischer Behandlung und »Heilung«. Das Bedürfnis nach Empathie, Anerkennung und Zuwendung sowie Entlastung von Stimmungsschwankungen, Gereiztheit und Alpträumen stellt sich kulturunabhängig dar und ermöglicht eine Begegnung »von Mensch zu Mensch«.

Empfehlungen – oder: Wie geht es dann weiter?

In die Beratungsgespräche werden von Anbeginn störungsabhängig psychosoziale, therapeutische oder medizinische Unterstützungsoptionen einbezogen. Im »einfachsten Fall« kann ein Kind oder Jugendlicher bei einem*r niedergelassenen Therapeut*in angebunden werden. Weitau häufiger handelt es sich um komplexe Problemlagen, welche eine Anbindung an Familienhelfer*innen, Beratungslehrer*innen und Jugendämter erfordern. Eltern werden in einer Erwachsenensprechstunde des PSZ unterstützt. Alle Patient*innen werden mit dem Ziel beraten, ihnen den Weg in die Regelversorgung der niedergelassenen Fachkräfte zu ebneten.

Literatur bei der Verfasserin

DR. MED. MEIKE NITSCHKE-JANSSEN, SEGEMI Seelische Gesundheit Migration und Flucht e.V., Adenauerallee 10, 20097 Hamburg, E-Mail: kj@segemi.org, www.segemi.org

LENA ROTHER

Das Handbuch zu Schutz- und Spielräumen für Kinder

Jedes Kind hat das Recht auf eine Zukunft. Save the Children setzt sich als weltweit größte unabhängige Kinderrechtsorganisation dafür ein, dass Kinder einen guten Start ins Leben haben, gesund aufwachsen, lernen können und vor Gewalt und Ausbeutung geschützt werden.

Handlungsgrundlage für Save the Children

Hinsichtlich der Situation von Kindern mit Fluchterfahrung in Deutschland sind zwei Seiten in den Blick zu nehmen: jene des Rechtsrahmens und jene der Lebensrealität der Kinder. Immer wieder wird ein mangelndes Bewusstsein für die Rechte von Kindern mit Fluchterfahrung beobachtet, die sich aus Völker- und Europarecht sowie nationalen Regelungen ergeben. Zum anderen muss im direkten Abgleich die Alltagsrealität der Kinder betrachtet werden: In welchen Strukturen leben sie tatsächlich, zu welchen Dienstleistungen und institutionellen Räumen, zum Beispiel Kindertagesstätten und Schulen, haben die Kinder Zugang? Wo müssen innerhalb des Unterkunfts-kontexts als meist primärer Lebensraum der Kinder (Übergangs-) Lösungen gefunden werden, um unmittelbare Bedarfslücken zu schließen sowie die Kindesinteressen trotz herausfordernder Bedingungen tatsächlich ins Zentrum zu rücken?

Schutz- und Spielräume – ein international etabliertes Konzept

Save the Children setzt seit Sommer 2015 Projekte für die Unterstützung von Kindern mit Fluchterfahrung in mehreren Bundesländern um. Ziel ist die Verbesserung ihres Lebensalltags sowie die Realisierung ihrer bestehenden Kinderrechte auf verschiedenen Ebenen der Praxis und Politik. Um spezifisch das Kinderrecht auf Schutz innerhalb von Unterkünften zu stärken und umzusetzen, setzt Save the Children das international etablierte Konzept der Schutz- und Spielräume (im englischen Sprachraum als »Child-Friendly Spaces« bekannt) ein. Schutz- und Spielräume geben Kindern einen geschützten Raum, Struktur und Stabilität und ermöglichen ihnen vor allem eines: wieder Kind zu sein. In den letzten drei Jahren hat Save the Children in enger Kooperation mit Unterkunftsbetreibern in Deutschland 13 Schutz- und Spielräume etabliert oder entlang des Konzepts bestehende Kinderbetreuungen beraten, um Kindern mit Fluchterfahrung einen sicheren Ort zum Spielen zu bieten, wie er ihnen laut Kinderrechtskonvention zusteht. Das »Handbuch zu Schutz- und Spielräumen« fasst das Wissen von Save the Children über die Zielsetzung des Konzepts, die Zusammenarbeit im Team und mit relevanten Akteuren, die räumlichen Bedingungen sowie wichtigen Strukturen für den Praxisalltag zusammen. Dabei bündelt es bewährte Erfahrungen, wie unter dynamischen Bedingungen dennoch planvoll und im Interesse der Kinder gehandelt werden kann.

Das Handbuch – viele Impulse für die Praxis

Im Interview erzählt hierzu Johanna Žukova, Psychologin und ehemalige Mitarbeiterin von Save the Children, die zwei Jahre Schutz- und Spielräume mit aufgebaut und betrieben hat: »Kinder, die sich nach ihrer oft monatelangen Flucht in Lager-situationen wiederfinden, brauchen ganz besonders einen Raum, in dem sie sich sicher fühlen, Spaß haben und spielen dürfen. Sie brauchen zuverlässige und liebevolle Ansprechpartner und das alles finden sie in den Schutz- und Spielräumen. [...] In der gemeinsamen Zeit mit den Kindern und Eltern, haben wir viele Kinder »auftauen«, sich erholen und wieder zu lustigen kleinen Leuten werden sehen.« Zu ihrer Erfahrung der praktischen Anwendung des Handbuchs erklärt Frau Žukova weiter: »In meinem [aktuellen] Arbeitsalltag als Koordinatorin einer Berliner Erstaufnahmeeinrichtung empfinde ich das Handbuch als gute Unterstützung. Es erleichtert den Prozess, sich von »Erziehungs- und Bildungsaufträgen«



zu lösen und hilft dabei, Sensibilität für die besondere Situation zu entwickeln, ohne gleich bei jedem Kind ein Trauma zu diagnostizieren. So können sich alle Mitarbeiter*innen auf das Wesentliche konzentrieren: »Spaß haben, für umfassenden Schutz sorgen und jedes Kind mitmachen lassen!« Das »Handbuch zu Schutz- und Spielräumen für Kinder« soll allen Menschen, die mit Kindern nach belastenden Situationen arbeiten, Impulse geben und neue Ideen wecken. Es ist online verfügbar unter www.savethechildren.de/schutzundspielraeume und auf Nachfrage auch in gedruckter Form bei der Verfasserin erhältlich.

Literatur bei der Verfasserin

LENA ROTHER, Referentin Migration und Flucht, Save the Children Deutschland e.V., Seesener Straße 10–13, 10709 Berlin, E-Mail: lena.rother@savethechildren.de

CHRISTA NIEMEIER

SCHULTERSCHLUSS in Baden-Württemberg. Eine Qualifizierungs- und Kooperationsoffensive für Kinder aus suchtbelasteten Familien

»SCHULTERSCHLUSS« wurde von 2013 bis 2015 in einer Kooperation zwischen der Landesstelle für Suchtfragen und dem KVJS-Landesjugendamt durchgeführt. Im Kern besteht das Konzept aus einer Qualifizierungs- und Kooperationsoffensive für Fachkräfte aus der Jugend- und Suchthilfe. Ziel war es, ein gemeinsames Handeln beider Systeme zu initiieren und nachhaltig auszubauen. Dies wurde in Inhouseseminaren, bestehend aus vier Modulen, vor Ort umgesetzt.

Kinderschutz in Familien mit Suchtbelastung

Das erste Modul »Kinderschutz in Familien mit Suchtbelastung« war so angelegt, dass es den Austausch der Fachkräfte in einer Verantwortungsregion anregt und intensiviert. Darüber hinaus sollten Beschäftigte aus der Jugend- und Suchthilfe ihre Handlungssicherheit in der Gefährdungseinschätzung stärken und die Kooperations- und Kommunikationsregeln untereinander reflektieren und weiterentwickeln. Außerdem wurde das Konzept zum Umgang mit Kindeswohlgefährdungen, einschließlich verbindlicher Verfahrensstandards und Vereinbarungen, überprüft und fortgeschrieben.



Lebenslagen von Kindern aus suchtblasteten Familien

Zum Thema »Lebenslagen von Kindern aus suchtblasteten Familien« lud das zweite Modul ein, um den in der Jugendhilfe Beschäftigten diesbezüglich Grundkenntnisse zu vermitteln. Mitarbeitende aus der Jugendhilfe sollten befähigt werden, diese Problematik bei Familien respektive bei den Kindern und Jugendlichen zu erkennen und spezifische präventive Maßnahmen einzuleiten und zu unterstützen. Ergänzt wird die Wissensvermittlung durch die von den Teilnehmenden aus der Suchthilfe eingebrachten Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit Suchtfamilien. Im Gegenzug werden Verfahrensweisen der Jugendhilfe auf anschauliche Weise dargestellt.

Zusammenarbeit mit suchtkranken Eltern

Im dritten Modul sollte für die Suchtstörung bei Eltern sensibilisiert und für die Problematik der Elternrolle im Hilfeprozess vermittelt werden. Inhaltlich sollten sich die Fachkräfte damit auseinandersetzen, wie sich Eltern mit Suchtstörungen in ihrer Elternrolle ansprechen und erreichen lassen. Hier zeigen sich die Bedeutung der unterschiedlichen Aufgaben von Jugend- und Suchthilfe sowie die Notwendigkeit einer Intensivierung der gemeinsamen Kooperation.

Kooperationsbeziehungen zwischen Jugend- und Suchthilfe

Modul vier verfolgt die zentralen Ziele, Erfordernisse für eine gelingende Kooperation zu kennen, Transparenz über unterschiedliche Aufträge und Rechtszusammenhänge herzustellen und die bisherigen Kooperationsstandards zu überprüfen sowie die Handlungs-, Kooperations- und Netzwerkkompetenzen weiterzuentwickeln. Dabei erstreckt sich das Spannungsfeld in beiden Hilfesystemen von Erwachsenen- bis Kindeswohl, Prävention bis Intervention, Niedrigschwelligkeit bis Komm-Strukturen sowie Spezialisierung bis Basishilfen.

Evaluation des Konzeptes

Die Ergebnisse der Evaluation sind ermutigend, denn das Konzept hat sich eindeutig bewährt. Die Hypothese, dass Zusammenarbeit Handlungssicherheit verschafft, wird mit »SCHULTERSCHLUSS« bestätigt. Im Mai 2017 erfolgte eine Nachbe-

fragung bei den Projektbeteiligten. Die Hälfte der Befragten findet, dass die Problematik von Kindern suchtkranker Eltern besser erkannt wird und 67% erleben die Unterstützung in der Region besser als vorher. Als zentrale Wirkfaktoren lassen sich die persönlichen Kontakte sowie das daraus resultierende Wissen über die Fachlichkeit und die Angebote anderer Dienste herausstellen. 2017 wurde vom Land Baden-Württemberg ein erneuter Anreiz gegeben und SCHULTERSCHLUSS II mit einer Laufzeit bis Ende 2018 aufgelegt. Für die bisherigen Standorte bietet sich die Möglichkeit, einen ganztägigen, vertiefenden Workshop zu einem der vier bekannten Modultemen oder zu dem neuen Vertiefungsthema »Institutionsübergreifende Fallarbeit« in ihren Netzwerken anzubieten. Für neue Standorte wird das bewährte SCHULTERSCHLUSS-Konzept weiterhin gefördert. Die Inanspruchnahme ist überwältigend und zeigt, dass der Bedarf richtig eingeschätzt wurde: Von 28 SCHULTERSCHLUSS-Standorten haben 19 einen Vertiefungsworkshop in Anspruch genommen – davon 17 das Modul »Institutionsübergreifende Fallarbeit«. Sieben Standorte sind neu dabei. SCHULTERSCHLUSS findet in Baden-Württemberg derzeit somit an 35 Standorten statt. Der Beitrag basiert überwiegend auf einem Artikel aus KJug 4/2017: Niemeier, Wijnvoord; Gesundheitsrisiko Suchtfamilie – Prävention durch Kooperation. Wir bedanken uns bei KJug für die freundliche Genehmigung, die Auszüge zu zitieren.

Literatur bei der Verfasserin

CHRISTA NIEMEIER, Landesstelle für Suchtfragen der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V., Stauffenbergstraße 3, 70173 Stuttgart, Tel.: (07 11) 6 19 67 32, E-Mail: niemeier@suchtfragen.de

TANJA GANGAROVA

Potenziale und Grenzen der Beteiligung von Communities an der diversity-orientierten Entwicklung der Suchthilfe

Durch die Beteiligung sozial benachteiligter Communities lassen sich Zugänge zu Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention so gestalten, dass diese sich an deren Bedürfnissen orientieren und dadurch besser genutzt werden. Der Einbezug hat zudem das Potenzial, die beteiligten Gruppen zu empowern und gesellschaftliche Teilhabe zu verbessern. Im Folgenden werden fördernde und hindernde Bedingungen für die Beteiligung migrantischer Communities an einer diversity-orientierten Entwicklung der Suchthilfe aufgezeigt. Dieser Artikel basiert auf den Erfahrungen des Projekts PaSuMi (Diversity-orientierte und partizipative Entwicklung der Suchtprävention und Suchthilfe für und mit Migrant*innen).

Das bundesweite Modellprojekt PaSuMi

PaSuMi (2017–2019) verfolgt als partizipatives Projekt das Ziel, die Beteiligung von Migrant*innen an der Entwicklung von Angeboten der Suchtprävention und Suchthilfe zu stärken und eine diversity-orientierte Arbeitsweise in den anbietenden Einrichtungen zu etablieren. Das Projekt wird von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. in Zusammenarbeit mit acht Einrichtungen (Aidshilfen, Suchthilfen, einer Fachstelle für Sucht und einem Prostitutionsprojekt) an fünf Standorten in Deutschland durchgeführt. Beteiligt sind geflüchtete, sexarbeitende, drogenkon-



sumierende, substituierte und/oder HIV- und/oder HCV-positive Migrant*innen. Das Projektdesign orientiert sich an den Prinzipien des Community-based Participatory Research, das heißt an der gleichberechtigten Zusammenarbeit von Wissenschaft, Praxis und Communities in allen Phasen des Prozesses.

Aktueller Projektstand

Zunächst wurden Peers aus Communities, die bislang keinen Kontakt zum Gesundheits- beziehungsweise Suchthilfesystem hatten, in lokale Netzwerke und Arbeitsgruppen der beteiligten Einrichtungen eingebunden und gemeinsam Handlungsbedarfe und Ziele identifiziert. Mithilfe von partizipativen Methoden wurden lokale Projekte initiiert, wie zum Beispiel Peer-Forschung in Communities, Selbstorganisation von Präventionsveranstaltungen in Kulturvereinen und Flüchtlingsunterkünften, Freizeitangebote wie Sport- und Kochevents sowie die Planung von kunst-basierten Projekten wie Objekttheater. Begleitende Workshops fokussierten die Konzepte Partizipation und Diversity und die Reflexion der Haltung zu Migration und Sucht.

Wodurch wurde Partizipation befördert und was hat sie behindert?

Grundlegend für die Durchführung eines partizipativen Projektes ist die Offenheit des Zuwendungsgebers, eine angemessene Projektdauer und finanzielle Ausstattung. Dadurch können Community-Partner*innen Aufwandsentschädigungen und Supervisionen erhalten und als Mitarbeitende in den Einrichtungen eingestellt werden. Für die Zusammenarbeit mit Communities ist zudem das Vorhandensein von selbstorganisierten Gruppen von Migrant*innen an den Standorten von zentraler Bedeutung. Eine gute Zusammenarbeit, im Sinne von Mitbestimmung aller, kann vor allem auch durch die Anwendung partizipativer Methoden der Bedarfserhebung und Projektentwicklung (beispielsweise Community Mapping, Theater) gelingen. Als hemmend haben sich Aspekte der Zuwendung erwiesen, wie ein arbeitsintensiver monatlicher Mittelabruf und die Unmöglichkeit, Honorare anonymisiert auszus zahlen – eine Voraussetzung für die Beteiligung von Migrant*innen in der Sexarbeit oder ohne Papiere. Auf Ebene der Suchthilfeeinrichtungen zeigten sich die Personalfluktu- ation sowie die teilweise unzureichend ausgeprägten Diversity-Kompetenzen wegen fehlender Diversität der Mitarbei-

tenden in den beteiligten Einrichtungen als herausfordernd. Die Teilhabe von Communitypartner*innen wurde durch diskriminierende rechtliche Strukturen behindert. So haben viele Beteiligte keinen gesicherten Aufenthaltsstatus und somit eingeschränkten Zugang zum Arbeitsmarkt (das heißt auch der Arbeit in Suchthilfen) oder zur Gesundheitsversorgung (beispielsweise Substitution, HCV-Therapie). Einigen engagierten Communitypartner*innen drohte während der Projektlaufzeit die Abschiebung.

Schlussfolgerungen

Partizipation in der Suchthilfe eröffnet neue Möglichkeiten, ist aber voraussetzungs- voll. Zu den Voraussetzungen gehören: angemessene finanzielle Ausstattung, bestimmte Grundwerte und Einstellungen und vor allem Diversity-Kompetenzen aller Beteiligten. Das meint auch die Bereitschaft der Suchthilfe, sich gegen Stigmatisierung und Diskriminierung von Migrant*innen und für ein gemeinsames Zusammenleben in Deutschland einzusetzen.

TANJA GANGAROVA, Deutsche AIDS-Hilfe, Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin, Tel.: (0 30) 69 00 87 18, E-Mail: tanja.gangarova@dah.aidsilfe.de, www.aidsilfe.de

ANTJE TANNEN, JENNIFER EBERT, YVONNE ADAM

Schulgesundheitspflege: ein Beitrag zur Gesundheitsförderung in der Schule

Schulgesundheitspflege (englisch: School Nursing) ist seit geraumer Zeit in vielen Ländern ein etabliertes Angebot sowohl zur Gesundheitsförderung und Prävention als auch zur Gesundheitsversorgung an allgemeinbildenden Schulen. Als eine Spezialisierung innerhalb der professionellen Pflege reagiert die Schulgesundheitspflege auf eine bestehende Versorgungslücke an der Schnittstelle zwischen dem Bildungssystem (mit eher geringer Gesundheitsexpertise) und dem Gesundheitssystem (mit eher geringem Lebensweltbezug und traditionell stärkerer Krankheitsorientierung). Die internationalen Erfahrungen von School (Health) Nursing aufgreifend sowie den Ergebnissen einer Machbarkeitsstudie folgend, wurden seit Anfang 2017 bis Ende 2018 in einem länderübergreifenden Modellprojekt in Brandenburg und Hessen jeweils zehn Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende zu Schulgesundheitsfachkräften weitergebildet. Diese befinden sich seitdem an insgesamt 30 Grund- und Sekundarschulen im Einsatz.

Vertrauensperson mit einem breiten Aufgabenfeld

Die Schulgesundheitsfachkräfte nehmen in den Schulen unterschiedliche Aufgaben wahr, darunter Erste Hilfe bei akuten Beschwerden und Verletzungen, Unterstützung von chronisch kranken Kindern im Schulalltag oder Beratung bei gesundheitsbezogenen Fragen oder Unsicherheiten. Neben den persönlichen Kontakten zu Schüler*innen, Eltern und Lehrer*innen, führen die Schulgesundheitsfachkräfte auch diverse gesundheitsfördernde Projekte in den Schulen durch und bauen dabei interne und externe Kooperationsstrukturen aus. Dadurch tragen sie wesentlich zur Schulqualitätsentwicklung bei. Die wissenschaftliche Begleitevaluation ermittelte einen

hohen Bedarf an Gesundheitsförderung und Prävention in den Schulen, etwa in Bezug auf ein ungünstiges Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen, aber auch im Hinblick auf eine partiell unzureichende Gesundheitskompetenz aller Zielgruppen (inklusive Lehrer*innen und Eltern). Aus zahlreichen Einzelinterviews mit Schüler*innen und Gruppendiskussionen mit Eltern und Lehrenden wurde eine hohe Akzeptanz der Schulgesundheitsfachkräfte deutlich. Sie schätzen die Pflegenden als Ansprech- und Vertrauensperson für konkrete Erkrankungen ebenso wie für psychosoziale Problemlagen. Schüler*innen finden bei ihnen einen Rückzugsort aus dem Schulstress. Eltern fühlen sich beruhigt und vertrauen auf eine gute Versorgung. Die Lehrenden äußerten eine wahrnehmbare Entlastung, da sie fachfremde, gesundheitsbezogene Aufgaben abgeben können.

Niedrigschwellige Erreichbarkeit mit engem Lebensweltbezug

Die intensive Inanspruchnahme der Schulgesundheitspflege und die breit gefächerten Kontaktpunkte verdeutlichen, dass im Setting Schule eine generalistische, medizinisch-pflegerische Expertise benötigt wird, um eine erste fachlich abgesicherte Einschätzung der von den Schüler*innen angezeigten Beschwerden vornehmen zu können. Darauf aufbauend erfolgen Entscheidungen über die weitere Behandlung innerhalb der Schule, eine Überweisung an ambulante Akteur*innen der Gesundheitsversorgung oder aber – in vielen Fällen – auch eine Rückkehr in den Unterricht. Zwar adressiert das Konzept auch chronisch kranke und behinderte Kinder und Jugendliche, jedoch waren die betroffenen Familien anfänglich zurückhaltend (beispielsweise in der Inanspruchnahme) und in ihrer Bewertung auch tendenziell skeptischer. Anders als punktuelle externe Angebote zu Prävention und Gesundheitsförderung, ist die Schulgesundheitspflege institutionell innerhalb der Bildungseinrichtungen etabliert. Die Schulgesundheitsfachkräfte sind niederschwellig erreichbar und können dank fachlicher Expertise und persönlicher Kompetenzen auf die jeweiligen Bedarfe sowohl unmittelbar persönlich als auch langfristig strategisch reagieren. Durch einen engen Lebensweltbezug lassen sich Kinder und Jugendliche aus unterschiedlichen sozialen Schichten und mit unterschiedlichen gesundheitsbezogenen Bedarfslagen konstant erreichen. Ihre verlässliche Anwaltschaft für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen machen die Schulgesundheitsfachkräfte bereits nach vergleichsweise kurzer Projektlaufzeit zu einer unverzichtbaren Instanz innerhalb der Schulen. Das Projekt wurde in Brandenburg von dem AWO Bezirksverband Potsdam und in Hessen von der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAGE e.V.) gesteuert. Eine enge Kooperation mit den zuständigen Landesministerien war notwendig und hilfreich, um die Implementierung dieses neuen Berufsprofils in das Schulsystem zu ermöglichen. Die Finanzierung erfolgte zum Großteil durch die AOK Hessen und die AOK Nordost.

Literatur bei den Verfasserinnen

PD DR. ANTJE TANNEN MPH, JENNIFER EBERT MSc., YVONNE ADAM M.A.,
Charité Universitätsmedizin Berlin, Institut für Gesundheits- und
Pfl egewissenschaft, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin,
E-Mail: antje.tannen@charite.de, jennifer.ebert@charite.de,
yvonne.adam@charite.de



BERIT WARRELMANN

Gesundheitsfachkräfte an Bremer Schulen: Modellprojekt gestartet

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention erweisen sich insbesondere dann als erfolgsversprechend, wenn sie frühzeitig im Kindesalter ansetzen. Zudem sollten sie in den Lebenskontext der Zielgruppe eingebettet werden. Vor diesem Hintergrund erweist sich die Lebenswelt Schule als besonders geeignet, um einerseits Schüler*innen in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen zu erreichen und andererseits eine Brücke zu den Eltern zu schlagen.

Rahmen des Modellprojektes

Im Bremer Modellprojekt werden seit Beginn des Schuljahres 2018/2019 insgesamt sieben Gesundheitsfachkräfte an zwölf Grundschulen in Stadtteilen mit besonderen sozialen Herausforderungen in Bremen und Bremerhaven eingesetzt. Die Fachkräfte verfügen über eine abgeschlossene Ausbildung zur Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger*in und über einen Studienabschluss im Bereich Public Health oder Vergleichbarem. Geleitet wird das Projekt gemeinsam von der LVG & AFS in Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V. und dem Gesundheitsamt Bremen. Die Finanzierung erfolgt im Rahmen der Umsetzung des Präventionsgesetzes durch das Land Bremen (Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz) und die gesetzlichen Krankenkassen im Land Bremen.

Ziele und Inhalte des Modellprojektes

Ziel der Arbeit der Gesundheitsfachkräfte ist es, das Thema Gesundheit an den Schulen systematisch in den Blick zu nehmen sowie Gesundheitsressourcen von Schüler*innen, Lehrkräften und Eltern zu stärken. Zudem wirken die Gesundheitsfachkräfte an der Schaffung einer gesundheitsfördernden Schulumgebung mit und fördern eine Öffnung der Schule hin zu gesundheitsbezogenen Angeboten in den Stadtteilen. Die Gesundheitsfachkräfte, die vor ihrem Einsatz an den Schulen eine vierwöchige Qualifizierungsphase durchliefen, arbeiten an den Schulen im Rahmen eines vorgegebenen Aufgabenprofils sehr bedarfsorientiert. In den ersten Wochen an den Schulen standen Gespräche mit den an der Schule Tätigen und Hospitationen in verschiedenen Bereichen (Unterricht, Pausen, Mittagessen) im Mittelpunkt der Arbeit. Auf dieser Grundlage wurden Schwerpunkte für erste Maßnahmen an den Schulen festgelegt, zum Beispiel:

- » Entspannungsangebot für die Zeit nach dem Mittagessen, unter anderem durch Traumreisen
- » Beratung zur bewegungsfreundlichen Umgestaltung des Schulhofes
- » Initiierung einer Bewegungs- und Tanzgruppe für Mütter, Zugang über Eltern-Café
- » Einführung von Ritualen für das Mittagessen und die Frühstückspause, um eine ruhigere und entspanntere Atmosphäre zu schaffen und Reizüberflutung zu vermeiden
- » Mitarbeit im Mensaausschuss
- » Sensibilisierung von Schüler*innen und Lehrkräften für das Thema Lüften und Lärm mithilfe von Luft-Lärm-Ampeln
- » Angebot einer AG für die 4. Klassen zum Thema »Freizeitverhalten und Umgang mit Bildschirmmedien«
- » Übungen mit Schüler*innen zum richtigen Händewaschen und zum richtigen Niesen und Husten
- » Individuelle Beratungen von Schüler*innen, Eltern und Lehrkräften zu gesundheitsbezogenen Themen und Weitervermittlung an außerschulische Angebote

Die Fachkräfte stehen über regelmäßige Austauschtreffen im engen Kontakt miteinander und erarbeiten gemeinsam in Abstimmung mit der Projektkoordination Konzepte. Evaluiert wird das Projekt vom Institut für angewandte Versorgungsforschung (inav) in Berlin.

Literatur bei der Verfasserin
Anschrift siehe Impressum

**MARIE-KRISTIN DUNKER, SOPHIA GOTTSCHALL,
SANDRA PAPE**

Gesundheitsförderung in Berufsbildenden Schulen

Knapp 266.000 Schüler*innen wurden im Jahr 2017 in Niedersachsen schulisch in Vollzeit oder in Teilzeit im dualen System unterrichtet. Die Landschaft der Berufsbildenden Schulen weist dabei eine große Heterogenität an Schulformen und Trägerchaften auf: Berufsschulen, Berufseinstiegsschulen, Berufsfachschulen, Berufsoberschulen, Fachoberschulen, berufliche Gymnasien, Fachschulen sowie Schulen des Gesundheitswesens – die Bildungspalette ist breit aufgestellt. So heterogen wie die Landschaft der Berufsbildenden Schulen ist auch die Schülerschaft in diesem Bildungssektor. Diese Vielfalt spiegelt sich ebenso in den individuellen Vorerfahrungen und Lebenskompetenzen der Schüler*innen sowie in den damit verbundenen Chancen und Herausforderungen wider, insbesondere auch in Bezug auf ihre Gesundheit.

Übergang von der Schule in den Beruf:

Eine herausfordernde Lebensphase für die Gesundheit

In einer bundesweiten Untersuchung von 2017, in der Berufsschulen näher betrachtet wurden, zeigen die Ergebnisse unter anderem, dass diese häufig mit einem schlechten Ruf zu kämpfen haben. Der diesbezügliche Bildungsweg wird häufig als »Notlösung« verstanden, wenn der direkte Weg über das Gymnasium und Abitur zum Studienplatz nicht möglich ist. Gleichzeitig werden Berufsschulen oft auch als letzte Bildungschance wahrgenommen. Nur etwa die Hälfte der jungen Erwachsenen mit Hauptschulabschluss bekommt überhaupt noch einen Ausbildungsvertrag und findet sich mit Glück in

berufsvorbereitenden Maßnahmen wieder, um den Sekundarabschluss zu erlangen. Starten junge Erwachsene auf diesem Weg in die Ausbildung, haben viele von ihnen bereits Erfahrungen mit schulischen Misserfolgen oder Rückschlägen bei der Ausbildungsplatzsuche gemacht. Dies zeigt, dass gerade der Übergang von der Schule in die Berufsausbildung und Arbeitswelt eine Lebensphase darstellt, die sich nicht nur für die körperliche, sondern auch für die seelische Gesundheit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen potenziell als herausfordernd erweisen kann.

Potenzial für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung an Berufsschulen

Beispielsweise zeigen Auswertungen der gesetzlichen Krankenkassen, dass Auszubildende insgesamt fast doppelt so häufig wie Berufstätige krankgeschrieben werden. Auch deutet die Datenlage darauf hin, dass es wie bei Berufstätigen auch bei Auszubildenden zu einer Zunahme psychischer Probleme gekommen ist. Werden Auszubildende im Handwerk fokussiert, zeigt sich, dass die Ausbildung häufig auch körperlich sehr herausfordernd ist. Die Veränderungen in den Lern- und Arbeitsbedingungen im Handwerk sind für viele Berufsschüler*innen gerade im Vergleich zum Alltag in Sekundarschulen oft sehr deutlicher spürbar. Der Präventionsbericht der Krankenkassen von 2017 legt dar, dass bereits viele gute Ansätze im Setting Schule bestehen. Er zeigt jedoch auch, dass Berufsschulen im Vergleich zu anderen Schulformen wie Gymnasien oder Grundschulen unterdurchschnittlich an primärpräventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen teilnehmen. Somit ist auch die Anzahl der erreichten Personen in dieser Lebenswelt deutlich geringer als in anderen Settings.

Projekte der LVG & AFS zur Unterstützung eines gesunden Einstiegs in den Beruf

Damit ein gesunder Start ins Berufsleben gelingt, sollten auch während der beruflichen Ausbildung gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen geschaffen und die Gesundheitsressourcen der Schüler*innen beziehungsweise Auszubildenden in der Berufsbildenden Schule gestärkt werden. Mit diesem Ziel initiierte die LVG & AFS im Frühjahr 2018 zwei Projekte zum Thema »Gesundheitsförderung in Berufsbildenden Schulen«. In Kooperation mit der Techniker Krankenkasse stehen Berufsbildende Schulen im Allgemeinen und Schulen des Gesundheitswesens im Fokus. Berufsbildende Schulen des Handwerks werden in Kooperation mit der IKK classic in Niedersachsen und Westfalen-Lippe (Nordrhein-Westfalen) näher betrachtet. Zum Auftakt der Projekte erfolgte eine übergreifende Befragung aller Berufsbildenden Schulen in Niedersachsen. Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass viele Berufsbildende Schulen bereits Projekte zum Thema Gesundheitsförderung durchgeführt haben (82%) – von einmaligen Aktionen wie einem Gesundheitstag bis hin zu umfassenden Gesundheitsmanagement-Programmen. Gleichzeitig zeigt sich, dass ein Bedarf in der Bearbeitung der Themen Bewegungsförderung, psychische Gesundheit, Stressbewältigung und Entspannung besteht und Berufsbildende Schulen sich zu diesen Themen mehr Inhalte und Projekte wünschen. Mehr Informationen unter www.gesundheit-nds.de/index.php/arbeitschwerpunkte-lvg/bildungseinrichtungen/931-berufsbildende-schulen-niedersachsen.

Literatur bei den Verfasserinnen
Anschrift siehe Impressum

ANGELIKA MAASBERG

Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe in der Kita

Seit mehr als 15 Monaten berät und begleitet das »Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung in Kitas« Einrichtungen, Fachkräfte, Träger und Interessierte in Niedersachsen und Bremen. Auf der Grundlage des Präventionsgesetzes nimmt es die Lebenswelt Kita in den Blick und versteht Gesundheit als umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden. Gesundheitsfördernde Lebenswelten in diesem Sinne zeichnen sich durch die Nutzung partizipativer Beteiligungsformen, die Einbindung aller Beteiligten sowie den Abbau belastender Arbeitssituationen aus.

Gesunde Entwicklung unterstützen

Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 2017 des Landesgesundheitsamtes Niedersachsen (NLGA) weisen erneut auf einen direkten Gesundheitseffekt hin. Es lässt sich ein Zusammenhang zwischen regelmäßigem KiTa-Besuch und motorischen, kognitiven und psychosozialen Fertigkeiten und Fähigkeiten erkennen. Die Gründe hierfür sind vielfältig und liegen auch in der Qualität der pädagogischen Arbeit und den Rahmenbedingungen im Kita-Alltag. Deshalb ist es essenziell, pädagogische Fachkräfte darin zu unterstützen, die Stärken eines jeden Kindes zu erkennen, um es in seinen Kompetenzen und seiner Entwicklung zu begleiten. Hier setzt das Kompetenzzentrum an. Ziel ist es, passgenaue Strategien zur Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Kita zu entwickeln, die an der Situation der Einrichtung und des Teams sowie an den Bedürfnissen der Kinder und ihrer Familien ansetzen und die vorhandenen Bedingungen vor Ort berücksichtigen. Hierzu erhalten die Fachkräfte auf Anfrage individuelle Unterstützung, Qualifizierung und Prozessbegleitung durch das Kompetenzzentrum. Möglich ist es, gemeinsam:

- » professionelle Handlungsstrategien zur Gesundheitsförderung mit Kitas zu entwickeln,
- » Impulse für die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung in der Kita zu setzen,
- » Qualifizierungsangebote und Fachtagungen zu konzipieren sowie
- » Möglichkeiten zu schaffen, um Erfahrungen und Informationen auszutauschen.

Entwicklungen und konkrete Vorhaben

Häufig suchen Pädagog*innen, Einrichtungsleitungen, Fachberatungen und kommunale Vertreter*innen eigenständig den Kontakt zum »Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung in Kitas« und fragen nach Unterstützungs- und Beratungsangeboten. In einem persönlichen Gespräch wird gemeinsam analysiert, welche Themen von Bedeutung sind und wie sich diese zum Beispiel in der Einrichtung bearbeiten lassen. Ziel ist es, Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen und »Gesundheit« unter Beteiligung von Beschäftigten, Kindern und Eltern zu einer Konstante im Kita-Alltag werden zu lassen. Um zu erfahren, was Fachkräfte, Eltern und Träger bewegt, führt das Kompetenzzentrum zudem in unregelmäßigen Abständen kurze Umfragen durch, die Tendenzen, Vorstellungen, Erwartungen und Wünsche zum Bereich Kita und Gesundheit aufzeigen. Die so gewonnenen Erkenntnisse fließen in



die weiteren Aktivitäten des Kompetenzzentrums ein und können von Interessierten ebenfalls genutzt werden. Die neu erstellte Homepage www.kogeki.de informiert über die bisherigen Aktivitäten und Inhalte des Kompetenzzentrums. Darüber hinaus bietet diese Basisinformationen zu gängigen Begriffen im Themenfeld der Gesundheitsförderung sowie Wissenswertes zu Studien, Netzwerken, Datenbanken, Links, Materialien, Fortbildungen und Fachtagungen.

Fazit

Um Gesundheitsförderung in Kitas wirkungsvoll umsetzen zu können, muss sie im Arbeitsalltag dauerhaft fest verankert sein. Sie darf nicht nebenher oder als weitere Zusatzaufgabe erfolgen und erst recht sollte sie nicht als Belastung und als »on top«-Aufgabe empfunden werden. Entsprechend ihrer individuellen Ausgangssituation können Kitas von spezialisierten Beratungsangeboten mit einem partizipativen Ansatz profitieren, um Gesundheitsförderung im pädagogischen KiTa-Alltag zu leben.

Literatur bei der Verfasserin

Kontakt siehe Impressum

ELENA REUSCHEL, ISABELLE RUDOLPH

Niedersächsischer Gesundheitspreis 2018

Zukunftsweisende Ansätze in der Gesundheitsversorgung und -förderung

Im Jahr 2018 wurde der Niedersächsische Gesundheitspreis zum achten Mal durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, das Niedersächsische Ministerium für Wirtschaft, Arbeit, Verkehr und Digitalisierung, die AOK Niedersachsen, die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen sowie die Apothekerkammer Niedersachsen ausgeschrieben. Dabei prämierte eine Fachjury in drei Preiskategorien erfolgsversprechende Ansätze im Bereich der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Versorgung. Die Schirmherrin des mit insgesamt 15.000 Euro dotierten Preises ist Dr. Carola Reimann, Niedersächsische Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.

Preisträger*innen in der Kategorie:

Gesund Aufwachsen in der digitalen Welt

In dieser Preiskategorie wurde das Projekt »Mädchen*KLUB – Bauchgefühle durch soziale Medien« des Mädchenhauses Oldenburg ausgezeichnet. Soziale Medien wie zum Beispiel Facebook oder Twitter postulieren körperliche Idealvorstel-

lungen und Trends, die vor allem Jugendliche stark in ihrer Selbstwahrnehmung, ihren Gefühlen und ihrer Gesundheit beeinflussen können. Nicht selten werden Heranwachsende mit diesen Eindrücken allein gelassen und haben wenig Raum, sich selbst und gemachte Erfahrungen in einem geeigneten Rahmen zu reflektieren. Das Mädchenhaus Oldenburg bietet dafür umfangreiche Einzel- und Gruppenangebote an. Über Informationsvermittlung, Austausch und Reflexion sollen die Mädchen und jungen Frauen dabei unterstützt werden, einen selbstbewussten Umgang mit diesen hochaktuellen Themen zu erlernen und ein positives Körpergefühl zu entwickeln. Hervorzuheben ist, dass das niedrigschwellige und zielgruppenspezifische Angebot professionell begleitet wird, sodass bestehende und sichtbar werdende Probleme Einzelner aufgefangen und weiterverfolgt werden können.

**Preisträger*innen in der Kategorie:
Nachwuchsgewinnung und Fachkräftesicherung
im Gesundheitswesen**

Das Kooperationsprojekt »BBS Wildeshausen – Hauptschule – Realschule« der Gesundheitsregion Landkreis Oldenburg wusste in dieser Preiskategorie zu überzeugen. Das Projekt hebt sich durch einen sehr frühzeitigen Ansatz ab, der Schüler*innen bereits im Setting Schule erreicht und somit vor der Berufswahl sensibilisieren kann, um auf Berufe im Pflegesektor aufmerksam zu machen. Durch die wöchentliche Schüler*innen-AG in der berufsbildenden Schule sowie die Kooperation mit den umliegenden Pflegeeinrichtungen, wird es möglich, umfangreich über Pflegeberufe zu informieren, thematisch in den Bereich Pflege einzusteigen, Ängste abzubauen und die Nachwuchsgewinnung voranzutreiben. Besonders ist hierbei die Zusammenarbeit grundsätzlich konkurrierender Pflegeeinrichtungen, die sich gemeinsam dem Problem des Fachkräftemangels stellen und die Türen ihres Hauses für Schüler*innen öffnen.

**Preisträger*innen in der Kategorie:
eHealth – Innovative Lösungen zur Verbesserung
der Versorgung und Gesundheitskompetenz**

Mit dem Modellprojekt »HAT – Hausarzt mit Telemedizin« konnte sich in dieser Preiskategorie der Gesundheitsdienst für Landkreis und Stadt Osnabrück durchsetzen. Dieses Projekt versteht es auf eine innovative Weise die hausärztliche Versorgung in ländlichen Bereichen, gerade auch für mobilitätseingeschränkte und chronisch erkrankte Menschen, sicherzustellen und darüber hinaus die Ärzteschaft zu entlasten. In diesem Rahmen wurden Praxismitarbeitende zu »TeleVERAHs« fortgebildet, die mithilfe eines geprüften Vitaldatenmonitorings und eines Tablets die Patient*innen vor Ort betreuen und bei Bedarf ein Konsil per gesicherter Videoübertragung mit der hausärztlichen Praxis veranlassen können. Die Gesundheitsdaten werden digital gespeichert und gebündelt. Somit werden deutlich zeitliche und personelle Ressourcen gespart, ohne dass durch den digitalen Fortschritt der direkte Kontakt zwischen Fachpersonal und Patient*innen verloren geht. Weitere Informationen zu den prämierten Projekten sowie zum Gesundheitspreis erhalten Sie unter: www.gesundheitspreis-niedersachsen.de.

Literatur bei den Verfasserinnen
Anschrift siehe Impressum

Kommunales



SIMONE WEYERS

Die Schuleingangsuntersuchung – alles schon gewusst? Zur Analyse der Prävention und sozialen Lage

Schuleingangsuntersuchungen (SEU) werden für die einzuschulenden Kinder bundesweit und in den meisten Ländern verpflichtend durchgeführt. Ziel der SEU ist, relevante Gesundheits- und Entwicklungsstörungen für den Schulbesuch frühzeitig zu erkennen sowie die Eltern zu Fördermaßnahmen zu beraten. Zu diesem Zweck erheben die Untersuchungsteams der kommunalen Kinder- und Jugendgesundheitsdienste bei den künftigen Erstklässlern eine Reihe von Daten wie Körpermaße, Erkrankungsbefunde und Behinderungen, Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und Therapien. Darüber hinaus werden schulische Vorläuferfähigkeiten wie selektive Aufmerksamkeit, Körperkoordination und Sprachentwicklung erfasst.

Vorliegender Beitrag widmet sich zwei Fragen: 1. Inwiefern wird in der SEU die Nutzung präventiver Maßnahmen erhoben? 2. Inwiefern sind die Voraussetzungen für eine sozial-differenzielle Auswertung gegeben? Standardmäßig erhebt der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst die Nutzung präventiver Maßnahmen, indem er die Vollständigkeit der U-Untersuchungen und Impfungen prüft. Dies schlägt sich in einem vergleichsweise hohen Anteil von Studien nieder, welche die Durchimpfungsraten oder Teilnahme an U-Untersuchungen bei Kindern auf Basis der SEU wissenschaftlich evaluieren. Allerdings vernachlässigt die Fokussierung auf medizinische Prävention die Bedeutung kommunaler Angebote. Diese werden in den verschiedenen Settings vorgehalten, in denen sich Kinder und junge Familien aufhalten. Die Angebote sollen soziogene oder Lebensstil-assoziierte Gesundheitsprobleme beeinflussen wie Verhaltensauffälligkeiten oder Übergewicht. Im Rahmen der SEU wird mitunter der Besuch von Sportvereinen oder Kindergärten mit Förderschwerpunkt erhoben, selten jedoch die Nutzung von Beratungsangeboten, Kursen oder Familienkarten. Dabei zählen diese Angebote zum Standard-



Repertoire der kommunalen Leistungserbringer wie Ämter, Wohlfahrtsverbände oder private Träger. Bisher ist wenig zur Nutzung solcher Angebote bekannt, geschweige denn zu deren Wirkungen. Laut unserem Wissen überprüfte eine bayerische Studie aus München und Kaufbeuren auf Basis zusätzlicher Befragungen bei der SEU Effekte einer kitabasierten Intervention zur Verminderung von Übergewicht.

Schuleingangsuntersuchungen eignen sich gut für Zusatzbefragungen

Die SEU eignet sich besonders gut für Zusatzbefragungen, weil sie durch ihren verpflichtenden Charakter Familien aus allen sozialen Lagen einschließt und damit auch solche, die normalerweise für die Public Health-Forschung schwer erreichbar sind, wie Familien mit geringer Bildung oder Migrationshintergrund. Eine solche freiwillige Zusatzbefragung zur Nutzung kommunaler Prävention haben wir bisher in zwei Kommunen an die SEU gekoppelt. Die bisherigen Auswertungen zeigen, dass potenziell schwer erreichbare Familien in ausreichendem Umfang an einer Zusatzbefragung teilnehmen. Dies erfordert freilich einigen Rekrutierungsaufwand, vor allem in Form persönlicher Ansprache sowie mehrsprachiger Erhebungsinstrumente. Auf dieser Basis lässt sich dann beispielweise überprüfen, welche kommunalen Präventionsangebote besonders häufig oder selten nachgefragt werden.

Differentielle Betrachtung erweist sich als essenziell

Angeichts der viel dokumentierten gesundheitlichen Ungleichheiten im Kindesalter ist eine sozial differentielle Betrachtung sowohl bei der SEU als auch bei Zusatzbefragungen wichtig, um zu untersuchen, welche Kinder von spezifischen Gesundheitsproblemen betroffen sind, von entsprechenden Präventionsangeboten profitieren könnten oder diese genutzt haben. So wird etwa auf Basis der Daten des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (vergleiche den Beitrag von Finger & Krug in dieser Ausgabe) deutlich, dass Mädchen und Jungen mit niedrigem sozioökonomischen Status (SES) häufiger von Bewegungsarmut betroffen sind als ihre Altersgenossen mit höherem SES. Demgegenüber zeigt sich in eigenen Analysen, dass viele kommunale Bewegungsangebote von schwer erreichbaren Familien deutlich seltener genutzt werden. Fokusgruppen mit Eltern in sozialräumlich belasteten Stadtteilen weisen im Übrigen darauf hin, dass die allgemeine Angebotsnutzung durch eine bessere Bewerbung und übersichtlichere Information gesteigert werden könnte.

Aus Datenschutzgründen erfolgt keine standardisierte Erhebung von Sozialdaten

Aufgrund des Datenschutzes verzichten viele Kommunen darauf, Sozialdaten standardisiert zu erheben sowie für eine differenzierte Analyse zu nutzen. So erfassen nur circa zwei Drittel der Kreise und kreisfreien Städte in Nordrhein-Westfalen soziodemografische Daten für einen Bildungsindex auf Basis der elterlichen beruflichen und schulischen Ausbildung. Die Kommunen vergeben dabei die Chance der evidenzbasierten Planung zielgruppenspezifischer Prävention für Kinder. Zusammenfassend sollten die soziale Lage und kommunale Präventionsnutzung der Einschüler*innen bei der SEU verstärkt erhoben werden, damit Kommunen Prävention zielgruppenspezifisch planen und evaluieren können.

Literatur bei der Verfasserin

DR. SIMONE WEYERS, Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum – Centre for Health and Society (CHS), Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Postfach 10 10 07, 40001 Düsseldorf, E-Mail: Simone.Weyers@uni-duesseldorf.de

JANNA FABIAN, NICOLE POTTHARST

Lücken schließen: Präventionsketten im Landkreis Osnabrück

Gesundes Verhalten wird bereits im Kindesalter geprägt, Ressourcen werden aufgebaut. Die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen, die Reduktion von Belastungen, die Förderung der Bewegung sowie der gesunden Ernährung sind Bestandteile des nationalen Gesundheitsziels »gesund aufwachsen«. Allerdings zeigt sich deutschlandweit, dass die Schere zwischen hilfsbedürftigen und wohlhabenden Familien immer weiter auseinandergeht: Soziale Ausgrenzungsprozesse verstärken sich. Daher ist eine langfristige Strategie gefordert, um junge sozial benachteiligte und arme Menschen durch integrierte Handlungskonzepte zu unterstützen. Der Landkreis Osnabrück (LK OS) fördert das nationale Gesundheitsziel vor Ort in den Kommunen und verfolgt eine bedarfsgerechte Gesundheitsförderung für Kinder. Dafür braucht es gesicherte Erkenntnisse über ihre gesundheitliche Situation, über die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen sowie über Angebote im Rahmen der Prävention und Gesundheitsförderung für und mit Familien mit Kindern. Darüber hinaus sind individuelle Förderung und nachhaltig bessere Unterstützung im sozialen Umfeld wichtige Ansätze, die der LK OS verfolgt.

Präventionsketten im Landkreis Osnabrück

Mit seiner Beteiligung am Programm »Präventionsketten Niedersachsen« forciert der LK OS die strategische Auseinandersetzung mit dem Thema Armutsprävention für Kinder und möchte bereits vorhandene Strukturen und Hilfesysteme für Kinder bis 10 Jahren neu strukturieren. Im Fokus steht dabei eine systematische Angebotsanalyse, wobei die Partizipation der Zielgruppe eine zentrale Rolle spielt. Schlussendlich sollen eine zielgerichtete Vernetzung, eine bessere Zusammenarbeit der beteiligten Akteur*innen und ein leichter Zugang für benachteiligte Kinder und ihre Familien zu Angeboten der Armutsprävention erreicht werden.

Erste Schritte

Um dieses Ziel zu verwirklichen, wurde eine fachbereichsübergreifende Arbeitsgruppe Präventionsketten etabliert, die sich zuerst mit der datenbasierten Bedarfslage zur Kinderarmut beschäftigte. Aufgrund der Größe des LK OS mit seinen 21 Kommunen wurde ein systematisches Vorgehen beim Aufbau von Präventionsketten favorisiert: Die Angebotsanalyse erfolgte zunächst auf Verwaltungsebene, um Handlungsoptionen für landkreisfinanzierte Angebote zu ermitteln. Längerfristiges Ziel ist es, die erprobte Angebotsanalyse auf eine Modellkommune im LK OS zu übertragen.

Bedarflagen der 21 Kommunen

Zwei landkreisfinanzierte Angebotsanalysen wurden erarbeitet: Eine stellt Angebote dar, die in allen Kommunen verfügbar sind, die andere bildet gemeindespezifische Angebote ab. Systematisiert wurde, wie auch im »Werkbuch Präventionskette« vorgeschlagen, nach Lebensphasen (Schwangerschaft, 0–3 Jahre, 3–6 Jahre, 6–10 Jahre sowie die Übergänge) und nach den aus der Armutsforschung bekannten Lebenslagedimensionen Materielles, Gesundheit, Soziales und Kulturelles. Hier wurde deutlich, dass kaum Angebote in den biografischen Übergängen existieren, die als entscheidend für den Lebens- und Bildungsverlauf von Kindern gelten. Die gemeindespezifische Analyse zeigte, dass keine Kommune Angebote in der materiellen Lebenslage vorhält; hingegen bestehen in der Lebensphase 0–3 Jahre deutlich mehr Maßnahmen als in allen anderen Altersgruppen. Zur Identifizierung der kommunalen Bedarfslagen wurden folgende Daten betrachtet: Kinder unter 10 Jahren, die in SGB-II-Bedarfsgemeinschaften leben, die Anzahl der Kinder unter 10 Jahren je Kommune, Daten zur Zahngesundheit sowie verschiedene Daten aus der Schuleingangsuntersuchung, die einen nachgewiesenen Zusammenhang zu Armut aufweisen (Familiensprache, Übergewicht/Adipositas und sprachliche Auffälligkeiten). Die 21 Kommunen weisen bei der Betrachtung der Datenlage deutliche Unterschiede auf.

Ausblick

Die dargestellten Daten dienen als Kriterien zur Auswahl einer Modellkommune, in der exemplarisch der Aufbau einer lückenlosen Präventionskette durchgeführt werden soll. Dafür müssen, zusätzlich zur Analyse der dortigen Angebote, die Bedürfnisse der Zielgruppe erhoben werden. Auf Basis der verwaltungsinternen Angebotsanalyse sowie der Datenlage können im LK OS vorhandene Strukturen und Prozesse angepasst und ausgebaut werden. Künftig ist die Inanspruchnahme der landkreisfinanzierten Angebote ein zentrales Thema.

Literatur bei den Verfasserinnen

JANNA FABIAN, Koordination Präventionsketten, Landkreis Osnabrück,
Tel.: (05 41) 5 01 35 74, E-Mail: Janna.Fabian@lkos.de

NICOLE POTTHARST, Gesundheitsdienst für Landkreis und Stadt Osnabrück,
Tel.: (05 41) 5 01 31 28, E-Mail: Nicole.Pottharst@lkos.de



ULLRICH BÖTTINGER, KLAUS FRÖHLICH-GILDHOFF

Vom Projekt zur Verstetigung – das Präventionsnetzwerk Ortenaukreis (PNO) als erfolgreiche Umsetzung einer kommunalen Gesundheitsförderungsstrategie in Lebenswelten von Kindern

Seit 2014 setzt der Ortenaukreis (Offenburg, Baden-Württemberg) das vierjährige Modellprojekt »Präventionsnetzwerk Ortenaukreis« (PNO) um, welches gemeinsam mit dem Zentrum für Kinder- und Jugendforschung (ZfKJ) an der Evangelischen Hochschule Freiburg entwickelt und als bundesweites Modellprojekt vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) bis Oktober 2018 gefördert wurde. Damit wurde ein systemübergreifendes Netzwerk zur Förderung der körperlichen und seelischen Gesundheit sowie der sozialen Teilhabe von Kindern im Alter von drei bis zehn Jahren und ihren Familien aufgebaut. Gemeinsam mit den Frühen Hilfen hat der Ortenaukreis damit eine kommunale Präventionsstrategie im Sinne einer Präventionskette von der Schwangerschaft bis zum zehnten Lebensjahr aufgebaut. Kernpunkt des Konzeptes stellt die Kombination einer kommunal verankerten und gesteuerten Strategie der Prävention und Gesundheitsförderung mit der konkreten Gesundheitsförderung in Lebenswelten dar. Grundlegend für die Umsetzung ist die Verbindung einer kreisweiten Planungs- mit einer regional ausgerichteten Umsetzungsstrategie in den fünf Regionen (Raumschaften) des Ortenaukreises. Charakteristisch sind dabei eine zentrale und fünf regionale Präventionsbeauftragte, die in ihrer jeweiligen Raumschaft als Ansprechperson und fachliche Begleitung für alle Bildungseinrichtungen und Netzwerkpartner*innen zuständig sind.

Wesentliche Ergebnisse

Insgesamt wurden 100% aller Bildungseinrichtungen im Landkreis kontaktiert und zum Beispiel durch Fachtage erreicht. Über 70% aller Kindertageseinrichtungen sowie rund 40% der Schulen für Kinder bis zu zehn Jahren haben bereits an einem der intensiven PNO-Angebote (18-monatige, curriculumsgestützte Organisationsentwicklung zur gesundheitsförderlichen Kindertageseinrichtung beziehungsweise Schule sowie bedarfsorientierten Fortbildungen zu relevanten Gesundheits-

themen) teilgenommen und eine große Anzahl weiterer Anfragen liegt vor. Einrichtungen in besonders belasteten Stadtteilen werden bei den Kitas überdurchschnittlich gut erreicht, bei den Schulen mit deutlich steigender Tendenz. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation zeigen die Breite der Netzwerkentwicklung auf. Als förderlich für die Beteiligung von Schulen in den großen Kreisstädten haben sich Ergebnisse der im Rahmen des PNO durchgeführten Gesundheitsberichterstattung erwiesen. Bei der Analyse der Organisationsentwicklungsprozesse ließen sich im Vergleichsgruppendesign mit mehreren Messzeitpunkten positive Auswirkungen auf die Kompetenzentwicklung der Fach- und Lehrkräfte, positive Erfahrungen auf der Elternseite sowie Verbesserungen der seelischen Gesundheit bei den Kindern nachweisen.

Verstetigung und Perspektive

Bereits im Dezember 2017 hat der Kreistag des Ortenaukreises aufgrund der guten Erfahrungen und Ergebnisse die dauerhafte Weiterführung des PNO über den Förderzeitraum hinaus beschlossen. PNO hat dafür mit Sozialversicherungsträgern ein innovatives Finanzierungsmodell auf Grundlage des Präventionsgesetzes erarbeitet. Die Sicherung der kommunalen Umsetzungsstruktur wird durch die zentralen und regionalen Präventionsbeauftragten gewährleistet. Die Organisations- und Schulentwicklung sowie bedarfsorientierte Fortbildungen stärken die Gesundheitsförderung in diesem Setting und werden durch die Finanzierung der Sozialversicherungsträger auf Grundlage des Präventionsgesetzes auch zukünftig möglich sein. Vereinbart wurden zudem die gemeinsame Neu- und Weiterentwicklung weiterer Angebote sowie die Durchführung netzwerkstärkender systemübergreifender Maßnahmen, wie zum Beispiel gemeinsame Fachtage. Entscheidend für dieses Weiterführungskonzept ist der erkennbare Mehrwert sowohl für die Kommune als auch für die Sozialversicherungsträger. Unabdingbar sind das Vorhandensein guter und wissenschaftlich evaluierter Angebote und Produkte sowie eine personell abgesicherte und flächendeckend ausgerichtete kommunale Umsetzungsstruktur durch die Präventionsbeauftragten.

Literatur bei den Verfassern

ULLRICH BÖTTINGER, Landratsamt Ortenaukreis, Amt für Soziale und Psychologische Dienste, Lange Straße 51, 77652 Offenburg,

E-Mail: ullrich.boettinger@ortenaukreis.de

PROF. DR. KLAUS FRÖHLICH-GILDHOFF, Zentrum für Kinder und Jugendforschung an der Evangelischen Hochschule Freiburg, Bugginger Straße 38, 79114 Freiburg, E-Mail: froehlich-gildhoff@eh-freiburg.de

MAREN PREUSS, LEA OESTERLE

Kinder- und Jugendgesundheit in den Gesundheitsregionen Niedersachsen

Die Weichen für die Gesundheitschancen im Lebensverlauf werden maßgeblich in der Kindheit und Jugend gestellt. Kommunen können als Orte, an denen gelebt, gespielt und gelernt wird, einen essenziellen Beitrag dazu leisten, auch für die Jüngsten gesundheitsförderliche Lebensbedingungen zu schaffen. Als Verantwortliche für die Sicherstellung der kommunalen Daseinsvorsorge sind sie hierzu vom Gesetzgeber verpflichtet, die Umsetzung gestaltet sich aber sehr unterschiedlich.

Gesundheitsregionen als Plattformen für die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen für Kinder und Jugendliche

Mit der Etablierung der Gesundheitsregionen Niedersachsen sollen Kommunen dabei Unterstützung erfahren, ihre Rolle als aktive Gestalterinnen der Gesundheitsbedingungen vor Ort – auch für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen – noch weiter auszubauen. Hierzu

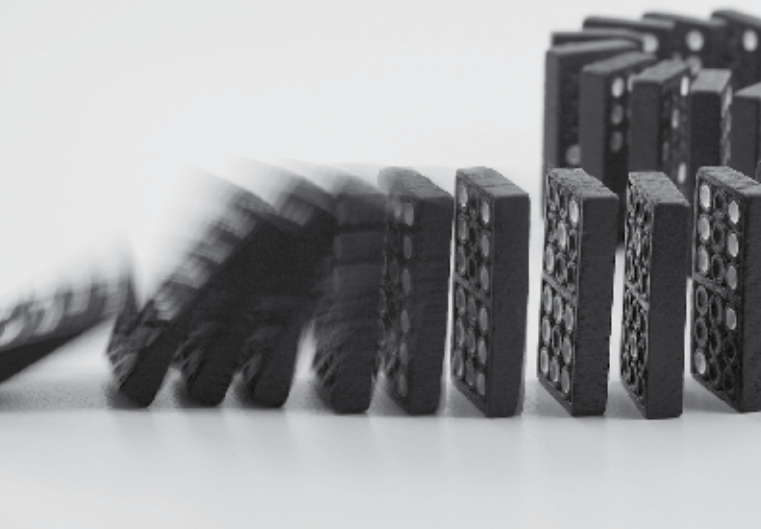
» **bilden** sie gemeinsam mit allen wichtigen Gesundheitsakteur*innen vor Ort Steuerungsgruppen, die an den regionalen Bedarfen orientierte Gesundheitsziele und Gesundheitsstrategien entwickeln,

» **rufen** sie themenspezifische Arbeitsgruppen ins Leben, die Konzepte zur Fortentwicklung der örtlichen Gesundheitsstrukturen und -angebote erarbeiten, und

» **wirken** als Vernetzungsinstanzen, Moderatorinnen und Schafferinnen von Transparenz über bestehende Angebote. Im Fokus steht dabei die Gesundheit der Bürger*innen über die gesamte Lebensspanne. Kinder- und Jugendgesundheit ist dabei jedoch ein zentrales Handlungsfeld, das in nahezu jeder der derzeit 35 Gesundheitsregionen bearbeitet wird.

Umsetzungsbeispiele aus den Gesundheitsregionen

Einen wichtigen Beitrag zur partizipationsorientierten Analyse der Bedarfe und Bedürfnisse vor Ort leisten die regelmäßigen Gesundheitskonferenzen. Das Ziel dieser Fachveranstaltungen ist, die bestehenden Strukturen und Projekte vorzustellen sowie eine Plattform für die Diskussion weiterführender Bedarfe zu bieten. Gesundheitskonferenzen werden häufig themenbezogen veranstaltet. Die Gesundheitsregionen Braunschweig, Celle und Gifhorn widmen sich in diesem Jahr explizit der Kinder- und Jugendgesundheit und bieten in diesem Rahmen Fachforen (teilweise mit daraus resultierenden Arbeitsgruppen) an, in denen Bedarfe identifiziert werden. Häufig münden die Bedarfsermittlungen dann in Projekte, welche über die Kooperationspartner*innen der Gesundheitsregionen Niedersachsen gefördert werden: Leer entwickelte beispielsweise einen in die Arbeit der Erziehungsberatungsstellen integrierten Ansatz zur Traumatherapie bei Kindern und deren Eltern. Er begegnet damit dem Umstand, dass Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen oft auf Traumata zurückzuführen sind, die in den Regelstrukturen bisher noch wenig bearbeitet werden. Lüneburg konzipierte das Projekt »Lüneburger Kinderlotse«, das darauf abzielt, eine nachhaltige kooperative Struktur zwischen den Versorgungspartner*innen psychisch kranker Kinder zu etablieren sowie Anlauf- und Versorgungspfade für Patient*innen aus der Kinderpsychiatrie aufzubauen. In Peine steht die seelische Gesundheit in Schulen im Fokus. Für die Jahrgangsstufen vier bis elf wird ein Praxis- und Methodenhandbuch für den Unterricht entwickelt, das Wissen über psychische Erkrankungen sowie Präventions- und Interventionsmaßnahmen vermittelt und Zugangswege zu regionalen Hilfsangeboten aufzeigt. Die im Rahmen der Gesundheitsregionen aufgebauten Vernetzungsstrukturen bieten Kommunen auch die Möglichkeit, aufwendige Modellprojekte zu stemmen (außerhalb der Förderung der Gesundheitsregionen), die das Mitwirken vieler Gesundheitsakteure voraussetzen. Unter anderem beteiligen sich die Gesundheitsregionen Celle und



Braunschweig an dem Projekt »Kontextcheck« der BKK Mobil Oil und der LVG & AFS. Es unterstützt Kommunen bei der systematischen Analyse von Rahmenbedingungen für kommunale Gesundheitsförderung. Celle konzentriert sich dabei auf die psychische Gesundheit von Schüler*innen unter dem Einfluss digitaler Medien und Braunschweig widmet sich der gesundheitlichen Chancengleichheit bei der Einschulung.

Literatur bei den Verfasserinnen
Anschrift siehe Impressum

WIEBKKE SANNEMANN, SVEN BRANDES

Begleitung von Kommunen beim Aufbau eines Wirkungsorientierten Monitorings Erfahrungen aus der 1. Förderphase des Programms »Präventionsketten in Niedersachsen«

Im Programm »Präventionsketten in Niedersachsen: Gesund aufwachsen für alle Kinder!« ist für alle beteiligten Kommunen in der dreijährigen Förderphase ein Wirkungsorientiertes Monitoring vorgesehen. Aufgrund unterschiedlicher Ausgangssituationen der Kommunen beim Auf- und Ausbau von Präventionsketten sowie verschiedenen Kenntnis- und Wissensständen der Koordinator*innen und kommunalen Akteur*innen bei den Themen Evaluation, Monitoring beziehungsweise einer wirkungsorientierten Arbeitsweise, ist dieses Feld häufig mit Befürchtungen wie »Mehrarbeit«, »Praxisuntauglichkeit« oder »theoretischer Komplexität« verbunden. Deswegen ist es umso wichtiger, dass die beteiligten Kommunen an das Thema herangeführt sowie bei der Umsetzung kontinuierlich unterstützt werden. Nur so kann aufgezeigt werden, welchen praktischen Nutzen ein Wirkungsorientiertes Monitoring, zum Beispiel über die partizipative Formulierung von Zielen und die Bildung von Indikatoren, für den gesamten Prozess des Auf- und Ausbaus von Präventionsketten hat.

Schritte zur Umsetzung eines Wirkungsorientierten Monitorings

Im ersten Schritt finden mit den Kommunen Vor-Ort-Gespräche zur Vorbereitung statt. Neben einer theoretischen Einführung in die Thematik und die Grundlagen der Arbeit mit Wirkungsmodellen wird geklärt: Wo steht die Kommune? Welche Erfahrungen gibt es in diesem Bereich schon? An welche kommunalen Prozesse lässt sich gegebenenfalls das Monitoring anknüpfen? Wie könnte ein bedarfsgerechter Workshop zum Wirkungsorientierten Monitoring aussehen (unter anderem zeitlicher Umfang, inhaltlicher Rahmen, methodische Vorgehensweise)? Welche kommunalen Akteur*innen und Fachkräfte sollten beteiligt werden (Anzahl und Kreis der Teilnehmenden)? Nach Klärung dieser Fragen wird ein individuelles, an den Bedarfen der Kommune ausgerichtetes Workshopkonzept entwickelt und mit den Beteiligten abgestimmt. Im zweiten Schritt findet der eigentliche Workshop in der jeweiligen Kommune, der kreisfreien Stadt beziehungsweise dem Landkreis statt. Dieser wird dokumentiert und im Nachgang zusammen mit der*dem Koordinator*in ausgewertet. Offene Aspekte, zum Beispiel fehlende Indikatoren, oder punktuelle Schärfungen von Zielen werden dabei gegebenenfalls noch ergänzt. Zur Schaffung von Transparenz wird das Modell beispielsweise im Steuerungskreis oder in der Planungsgruppe der kommunalen Präventionskette vorgestellt und diskutiert. Im weiteren Prozess reflektieren und ergänzen die Kommunen das Modell (beispielsweise Aufnahme neuer Ziele und Indikatoren) und nutzen es kontinuierlich zur Reflexion der Arbeit vor Ort und im Sinne einer wirkungsorientierten Steuerung. Bei Fragen steht die Landeskoordinierungsstelle Präventionsketten Niedersachsen fortlaufend zur Verfügung.

Praxiserfahrungen aus den Kommunen

Die Kommunen der 1. Förderphase haben diese Schritte zur Umsetzung eines Wirkungsorientierten Monitorings bereits erfolgreich durchlaufen und erste Erfahrungen gesammelt. Auch im Bereich des Wirkungsorientierten Monitorings zeigt sich – wie im gesamten Programm – ein heterogenes Bild in den beteiligten kreisfreien Städten und Landkreisen. Obwohl die Ausgangsbedingungen sehr unterschiedlich sind, sind das Interesse und Engagement in den Kommunen – trotz anfänglichen Respekts vor dem Wirkungsorientierten Monitoring – hoch. Erste Rückmeldungen zeigen, dass der Nutzen des Wirkungsmodells für die eigene Arbeit als hilfreich eingeschätzt wird, unter anderem weil in den Workshops eine intensive Auseinandersetzung mit der Zielsetzung initiiert wird und diese dort gemeinschaftlich und fachübergreifend abgestimmt werden kann. Beides wird gerade zu Beginn des Aufbauprozess als unterstützend betrachtet. Trotzdem ist das Wirkungsorientierte Monitoring mit einem hohen personellen und zeitlichen Ressourcenaufwand verbunden und nimmt einen nicht zu unterschätzenden Anteil der Arbeit beim Auf- und Ausbau von Präventionsketten ein. Somit muss auch künftig darauf geachtet werden, dass der Mehrwert des Wirkungsorientierten Monitorings für die Kommunen in Relation zu dem damit verbundenen Aufwand realistisch geplant, umgesetzt und begleitet wird.

Literatur bei den Verfasser*innen
Anschrift siehe Impressum



Diabetes und psychische Auffälligkeiten

»Es gibt Zeiten, da kann es mit der Diabetestherapie ziemlich schwierig werden«, schreibt das Autorenteam und bezieht sich dabei auf das notwendige hohe Maß an Disziplin im Alltag, welches im Teenageralter häufig eine besondere Herausforderung darstellen kann. Mitunter bedarf es einer kurzfristigen psychotherapeutischen Intervention oder auch einer Erziehungsberatung (zum Beispiel bei Spritzverweigerung oder familiären Krisensituationen.) Um die gegenseitige Bedingtheit von somatischen und psychiatrischen Erkrankungen zu berücksichtigen, fordern die Autor*innen eine Verbesserung der kooperativen Betreuung seitens der beteiligten Berufsgruppen. Der Diabetologie bietet das Buch Hilfestellungen bei Fragen nach dem geeigneten Umgang mit dem Kind/Jugendlichen in schwierigen Behandlungssituationen. (kp)

BÉLA BARTUS, DÖRTE HILGARD, MICHAEL MEUSERS: Diabetes und psychische Auffälligkeiten. Diagnose und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2016, 226 Seiten, ISBN 978-3-17-026856-2, 49,00 Euro

Worauf Kinder und Jugendliche ein Recht haben

Kinderrechte sind nicht von geringerer Bedeutung als die Rechte erwachsener Menschen. Sie zielen auf das, was Kindern und Jugendlichen zusteht, damit sie ihre Potenziale bestmöglich entwickeln und auf Herausforderungen im Lebensverlauf vorbereitet sind, kurz: auf ein »gutes Leben«. Bildungsinstitutionen wirken wesentlich daran mit, dies zu verwirklichen. Sie dürfen sich nicht mit der Weitergabe kognitiven Wissens und tradierter Wissensbestände begnügen. Die Herausgeber sprechen Schulen vielmehr eine zentrale Funktion bei der Realisierung des guten Lebens für möglichst alle Kinder zu und sie stützen sich dabei auf Kinderrechte, die aus ihrer Sicht eine Vielzahl von Anregungen enthalten, Schulen anders zu gestalten als üblich. Das vielstimmige Manifest nennt aktuelle Herausforderungen wie soziale Ungleichheit oder Demokratiefeindlichkeit, skizziert die notwendigen pädagogischen Anforderungen sowie praktische Ansätze und wirbt für Partnerschaften zur Entwicklung einer kindgerechten Schule. (ark)

LOTHAR KRAPPMANN, CHRISTIAN PETRY (HRSG.): Worauf Kinder und Jugendliche ein Recht haben. Kinderrechte, Demokratie und Schule. Ein Manifest. Debus Pädagogik Verlag, Schwalbach/Ts., 2016, 301 Seiten, ISBN 978-3-95414-054, 23,80 Euro

Bewegung in Schule und Unterricht

Bewegung hat positive Auswirkungen auf alle Lernprozesse. Insbesondere bezogen auf den Rückgang der motorischen Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen ist eine bewegungsorientierte Schulentwicklung essenziell. Das Buch zeigt, wie Bewegungsmöglichkeiten verstärkt in den Schulalltag integriert werden können. Dafür wird zunächst an das Konzept von Bewegung im pädagogischen Kontext und an die Dringlichkeit einer Bewegungsförderung in Schule und Unterricht herangeführt sowie die konzeptionelle Entwicklung der »Bewegten Schule« dargestellt. Ferner erörtert der Autor weitere Handlungsfelder speziell für Ganztagschulen, in denen Bewegungsaktivitäten in Schule und Unterricht gefördert werden können und unterstützt Lehrkräfte und Schulleiter*innen somit bei der Reflexion und Gestaltung von bewegungsförderlichen Maßnahmen. (nj)

RALF LAGIG: Bewegung in Schule und Unterricht. Anregungen für eine bewegungsorientierte Schulentwicklung. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2017, 166 Seiten, ISBN 978-317-029763-0, 29,00 Euro

Selbstwirksamkeit aufbauen

Kennen Sie das nicht auch? »Ich schaffe das nicht!« oder »Wenn das mal gut geht!« sind Gedanken, die einem durch den Kopf gehen und somit Hürden für einen selbst darstellen. Auf der Grundlage verschiedener Theorien, wie der Salutogenese von Aaron Antonovsky oder des Inneren Kritikers von Roberto Assagioli, liefert das Buch direkte Bezüge aus der Wissenschaft in den Alltag und holt die Leser*innen dort ab, wo sich Selbstwirksamkeit aufbauen lässt. Ergänzend dazu liefert das Taschenbuch einfache strukturierte Übungen, um die Kraftquellen zu fördern. Das alltagstaugliche Buch ist in leichter Sprache und praxisnah geschrieben, so dass es alle anspricht. (rv)

INGRID BAROUTI (HRSG.): Selbstwirksamkeit aufbauen – Wie Sie Herausforderungen aus eigener Kraft bewältigen. Haufe-Verlag, Freiburg, 2018, 128 Seiten, ISBN 978-3-648-10759-1, 7,95 Euro

Was Sie über Pflegeberatung wissen sollten

Der gesetzliche Anspruch auf eine kostenfreie Pflegeberatung verpflichtet Pflegekassen und private Pflegeversicherungsunternehmen zur Schaffung von entsprechenden Angebotsstrukturen. Überdies wird Pflegeberatung in verschiedenen Pflegeeinrichtungen für Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörige angeboten. Dementsprechend groß ist der Wissensbedarf bei den zuständigen Fachkräften und Organisationen. Die Autorin des vorliegenden Fachbuchs kommt aus der Praxis und verfügt somit über umfangreiches Erfahrungswissen. Gut strukturierte Kapitel informieren leicht verständlich über alle für diesen Bereich wesentlichen Themen. (bw)

SONJA FRÖSE: Was Sie über Pflegeberatung wissen sollten. Grundlagen, Kompetenzen und professionelle Dokumentation. Schlütersche Verlag, Hannover, 2017, 169 Seiten, ISBN 978-3-89993-386-4, 34,95 Euro

Beteiligtsein von Menschen mit Demenz

Dieser vom »Demenz Support Stuttgart« herausgegebene Sammelband zeigt anhand der drei Hauptkapitel »Hinführung«, »Praxisbeispiele und Projekte« und »Handlungsanregungen« Impulse für eine gelingende Partizipation von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in gesellschaftlichen Bezugssystemen. Zielgruppen des Sammelwerks sind vor allem Betroffene, Mitarbeitende aus der Senior*innenarbeit und Angehörige. Das erste Kapitel thematisiert aus Sicht eines Demenzbetroffenen die Erkrankung sowie die damit verbundenen Veränderungen. Die Relevanz der Einbindung von Betroffenen verdeutlicht das zweite Kapitel anhand von verschiedenen Beispielen und Projekten. Zudem werden Anregungen für ein beteiligungsorientiertes Vorgehen beschrieben. (ih)

DEMENTZ SUPPORT STUTTGART (HRSG.): Beteiligtsein von Menschen mit Demenz. Praxisbeispiele und Impulse. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2017, 154 Seiten, ISBN 978-3-86321-332-9, 16,95 Euro

Yussef und die Erinnerungsgeister

Dieses Kinderbuch ermutigt Kinder und Jugendliche, die traumatische Erfahrungen gemacht haben sowie deren Begleiter*innen, sich therapeutischer Hilfe zu öffnen. In dem ausdrucksstark illustrierten Buch wird die Geschichte des traumatisierten Jungen Yussef und seiner Familie erzählt, die in ein sicheres Land geflohen sind. Obwohl die Familie in Sicherheit ist, lösen bedrohliche Erlebnisse sowie schmerzliche Erinnerungen immer wieder Schrecken, Angst und Wut bei Yussef aus. Dies macht ihm und seiner Umwelt das Leben schwer. Doch Yussef findet Hilfe bei einer Psychotherapeutin und gewinnt langsam die Kontrolle über die Bilder in seinem Kopf zurück. Das Begleitmaterial zum Downloaden bietet zusätzlich hilfreiche Informationen und erläutert die Symptomatik einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und mögliche therapeutische Ansätze. (cg)

SUSANNE ZELTNER, BARBARA TSCHIRREN, BRUNO LEUENBERGER: Yussef und die Erinnerungsgeister. Kindern und Jugendlichen PTBS erklären. Psychiatrie Verlag GmbH, Köln, 2018, 40 Seiten, ISBN 978-3-86739-129-0, 17,00 Euro

Fehlzeiten-Report 2017

Der Fehlzeiten-Report liefert jährlich ein umfassendes, branchenuntergliedertes Bild über Struktur und Entwicklung des Krankenstandes. Die diesjährige Ausgabe nimmt das Themenfeld »Krisen und Gesundheit« in den Fokus. In diesem Zusammenhang wird beleuchtet, welche Rolle dem Gesundheitsmanagement in Bezug auf Art, Prävention sowie Bewältigung von Krisen zuteilwird. Die umfassenden und eingängigen Daten dienen Verantwortlichen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes als praxisnahe Arbeitsgrundlage. Ergänzend werden Konzepte vorgestellt, die auch Arbeitnehmer*innen im Umgang mit persönlichen und unternehmerischen Krisen unterstützen sollen. (ir)

BERNHARD BADURA, ANTJE DUCKI, HELMUT SCHRÖDER, JOACHIM KLOSE, MARKUS MEYER (HRSG.): Fehlzeiten-Report 2017. Krise und Gesundheit – Ursachen, Prävention, Bewältigung. Springer-Verlag, Berlin, 2017, 541 Seiten, ISBN 978-3-662-54631-4, 54,99 Euro

Sozialgesetzbuch V Lehr- und Praxiskommentar

Die Neuauflage des Gesetzeskommentars beinhaltet sämtliche Änderungen des SGB V durch die Reformgesetze seit 2014 sowie die entsprechende Fachliteratur. Insbesondere das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, das Präventionsgesetz, das Krankenhausstrukturgesetz, das Hospiz- und Palliativgesetz und das Gesetz für die sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen stellt die fünfte Auflage dieser Kommentierung umfangreich und anschaulich dar. Ergänzt durch einen Ausblick über die zu erwartenden Gesetzesvorhaben bietet diese Fassung ein aktuelles Nachschlagewerk für Lehre und Praxis der gesetzlichen Krankenversicherung. (nj)

PROF. DR. ANDREAS HÄNLEIN, DR. ROLF SCHULER: Sozialgesetzbuch V. Gesetzliche Krankenversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. 5. Auflage. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2016, 1976 Seiten, ISBN 978-3-8487-1915-0, 148,00 Euro

Rechtswissenschaftliche Fragen an das neue Präventionsgesetz

Der Tagungsband des Instituts für Europäische Gesundheitspolitik und Sozialrecht (ineges) diskutiert organisatorische und finanzielle Regelungen des neuen Präventionsgesetzes aus verfassungsrechtlicher Perspektive. In Beiträgen und Kommentaren verschiedener Autoren erfolgt eine Einordnung der gesetzlichen Präventionspflichten und -maßnahmen in verhaltensökonomische Modelle. Zudem wird die staatliche Gesundheitsprävention zwischen Paternalismus und Selbstbestimmung erörtert. Dieser Sammelband bietet eine Grundlage für die fortlaufende rechtswissenschaftliche Debatte zum Präventionsgesetz. (nj)

INDRA SPIECKER GENANNT DÖHMANN, ASTRID WALL-RABENSEIN (HRSG.): Rechtswissenschaftliche Fragen an das neue Präventionsgesetz. Schriften zur Gesundheitspolitik und zum Gesundheitsrecht. Peter Lang GmbH, Frankfurt am Main, 2016, 155 Seiten, ISBN 978-3-631-67484-0, 42,00 Euro



Beratung und Therapie mit Vätern

Viele Väter gehen mit Kindern anders um als Mütter und ermöglichen ihnen damit wichtige Erfahrungen. So sind die Beratungen und Therapie mit Vätern in verschiedenen Kontexten von besonderer Bedeutung. In diesem Buch verschaffen die Autoren den Leser*innen zunächst einen groben Überblick über Konzepte und Forschungsergebnisse der Thematik. Es folgen breit gefächerte Einblicke in die bewährte Praxis beispielsweise im Bereich der Frühen Hilfen, der Suchtberatung, der Behinderung oder der Gewalt. Neben Tipps für die praktische Beratungs- und Therapiearbeit werden systemische Ansätze und konzeptionelle Überlegungen dargestellt. (rv)

ANDREAS EICKHORST, ANSGAR RÖHRBEIN (HRSG.): »Wir freuen uns, dass Sie da sind!« Beratung und Therapie mit Vätern. Carl-Auer Verlag, Heidelberg, 2016, 285 Seiten, ISBN 978-3-8497-0110-9, 29,95 Euro

Person-Sein zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Im Mittelpunkt der Publikation stehen Interaktion und Kommunikation zwischen professionell Pflegenden, Betreuenden und Personen mit Demenz sowie die Konzepte »Basale Stimulation« und »Integrative Validation«. Eine qualitative Studie zur Anwendung der Konzepte wird entlang der Fragestellungen, unter anderem bezüglich des Einsatzes sowie der Wirkungen der Konzepte, des Forschungsdesigns und der Ergebnisse dargestellt. Dabei werden wesentliche Schwierigkeiten in der Umsetzung offenbart. Das Buch richtet sich primär an wissenschaftliches Fachpersonal. (aw)

MATTHIAS DAMMERT, CHRISTINE KELLER, THOMAS BEER, HELMA BLESES: Person-Sein zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Eine Untersuchung zur Anwendung der Integrativen Validation und der Basalen Stimulation in der Begleitung von Personen mit Demenz. Beltz Juventa, Weinheim und Basel, 2016, 101 Seiten, ISBN 978-3-7799-3309-0, 19,95 Euro

Die E-Zigarette

Dient die E-Zigarette dem Ausstieg aus dem Rauchen oder dem Einstieg in selbiges? Wie ist sie hinsichtlich ihrer Wirkungen auf die Gesundheit einzuschätzen? Mit diesem Band wird erstmalig eine wissenschaftlich fundierte Übersicht über aktuelle Erkenntnisse zu Konsumverbreitung und -verhalten sowie den Chancen und Risiken des Rauchens gegeben. Der Herausgeber plädiert dafür, die zum Teil unsachlich und emotional geführten Debatten um die E-Zigarette mit mehr Evidenz zu unterfüttern sowie die Gewinne der Risikoverminderung für Rauchende (Harm Reduction) stärker zu fokussieren. Dabei kommen nicht nur Wissenschaftler*innen, sondern auch Rauchende selbst zu Wort und geben Einblicke, die in der suchttherapeutischen Literatur bislang kaum zu finden waren. In dieser Hinsicht eröffnet der Band zahlreiche neue Perspektiven. (ms)

HEINO STÖVER (HRSG.): Die E-Zigarette. Geschichte – Gebrauch – Kontroversen. Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main, 2016, 285 Seiten, ISBN 978-3-943787-62-7, 22,00 Euro

Sexuelle Sucht

Das Buch handelt von exzessivem sexuellem Verhalten. Was früher mit Don Juanismus oder Nymphomanie bezeichnet wurde, wird jetzt sexuelle Sucht genannt. Dieser ausgeweitete Suchtbegriff ist umstritten, setzt sich aber immer mehr durch. Die Störung wird ausführlich beschrieben. Das lerntheoretische Modell und neurobiologische Perspektiven bilden den Analysehintergrund. Weitere Kapitel widmen sich der Diagnostik sowie den Behandlungsmöglichkeiten. Dieses Buch ist didaktisch gut aufbereitet. So stehen die Kernaussagen am Rand, Begriffsklärungen und thematische Exkurse sind in Kästen zusammengefasst, Fallbeispiele machen den Stoff lebendig. Im Anhang sind weiterführende Literatur sowie ein Fragebogen samt Auswertungshinweisen enthalten. Der Band eignet sich für Studierende der klinischen Psychologie und für therapeutisches Personal. (us)

RUDOLF STARK, SINA WEHRUM-OSINSKY: Sexuelle Sucht. Fortschritte der Psychotherapie. Band 63, Hogrefe Verlag, Göttingen, 2016, 73 Seiten, ISBN 978-3-8017-2640-9, 19,95 Euro

Einführung in die Soziale Arbeit

Einführend wird der Anspruch formuliert, die Komplexität der noch jungen Wissenschaftsdisziplin Soziale Arbeit aufzugreifen und gleichzeitig auf Wichtigstes und Wesentlichstes zu reduzieren. Das Werk wendet sich an Erstsemester und will für die Profession begeistern, aber auch grundlegende Fachbegriffe klären, ohne langatmig zu werden. Eine einfache Sprache sowie straffe Darstellung zur eingängigen Vermittlung der Inhalte werden als wichtiges Ziel genannt. Gleichzeitig soll mit den dahinterstehenden, teils sehr komplexen Überblickswerken zu Konzepten und Diskursen die Soziale Arbeit bekannt gemacht werden. Eingeflossen sind dabei Erfahrungen anderer Lehrender sowie von Tutorien. Die Gliederung wurde unter Beteiligung von Studierenden erarbeitet. Das Buch unterteilt sich in vier große Abschnitte: (1) Grundlagen der Sozialen Arbeit als Wissenschaft; (2) Soziale Arbeit als Profession; (3) Soziale Arbeit als Disziplin; (4) Diskussionsbeitrag zur Sozialen Arbeit als Wissenschaft. (ark)

HUGO MENNEMANN, JÖRN DUMMANN: Einführung in die Soziale Arbeit. Nomos, Baden-Baden, 2016, 211 Seiten, ISBN 978-3-8487-2718-6, 24,90 Euro

Zufriedene Lehrer machen Schule

Das deutsche Schulsystem steht vor einer Vielzahl sich ständig ändernder Herausforderungen. Neben den wachsenden Anforderungen an das Leistungsniveau von Schüler*innen nimmt auch der Druck auf die Lehrkräfte in allen Schulformen zu. Für Letztere sind gute Beziehungen im Kollegium sowie das Gelingen ihrer Arbeit mit Schüler*innen zentral stützende Elemente im Schulalltag. Für den Lernerfolg von Schüler*innen bilden positiv erlebte Beziehungen zur Lehrperson eine Grundvoraussetzung. Dies umzusetzen wird jedoch durch die Art und Weise, wie Schulen gesteuert werden, erschwert. Das Anliegen dieses Buches ist, jene Missverständnisse und systematische Strukturen aufzuzeigen, die diese ungünstigen Bedingungen aufrechterhalten – und überdies mögliche Auswege vorzuschlagen. (er)

SARAH GRAMS DAVY: Zufriedene Lehrer machen Schule: Über die wichtigste Ressource zeitgemäßer Schulentwicklung. Waxmann Verlag, Münster, 2017, 106 Seiten, ISBN 978-3-8309-8602-7, 24,90 Euro

Psychotherapeutische Arbeit mit Migranten und Geflüchteten

Dieses Buch bietet einen Einstieg in das Feld der transkulturellen Psychotherapie. Eingangs werden theoretische Grundlagen und Hintergrundinformationen wie beispielsweise die psychischen Auswirkungen von Migration erörtert. Danach thematisieren Belz und Özkan die Herausforderungen der praktischen Arbeit und die Grundzüge der transkulturellen Psychotherapie. Dazu zählen der Umgang mit aufenthaltsrechtlichen Fragen, das Einbeziehen von Dolmetschenden sowie die Berücksichtigung kultureller Besonderheiten im Rahmen der Behandlung. Abschließend informieren die Autor*innen über Versorgungskonzepte für Patient*innen mit Migrationshintergrund. (mw)

MARIA BELZ, İBRAHİM ÖZKAN: Psychotherapeutische Arbeit mit Migranten und Geflüchteten. Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, Göttingen, 2017, 65 Seiten, ISBN 978-3-525-40578-9, 10,00 Euro

Geschlecht und Macht

Der Autor betrachtet die Gleichstellungsdiskussion vor dem Hintergrund einer vergleichenden Kulturtheorie. Mit einem kulturvergleichenden Modell, das sogenannte Stärken und Schwächen der Geschlechter berücksichtigt, die in ihrer historischen Entwicklung sowie in der aktuellen Situation zu betrachten sind, möchte er sich der Frage von Geschlecht und Macht nähern. Die kulturelle Rahmung soll zeigen, dass vieles, was in der Kritik als »männlich« oder »weiblich« dargestellt ist, einem breiteren Kulturmuster entspricht. Geschlechterkulturen sind somit Teil einer übergreifenden Kultur und der Zugang zu ihrem Verständnis verläuft über die höhere Ebene eines umfassenden Kulturverständnisses. (ark)

HANS-JAKOB ROTH: Geschlecht und Macht. Ein Beitrag zur Geschlechterdiskussion. Nomos, Baden-Baden, 2016, 167 Seiten, ISBN 978-3-8487-2970-8, 34,00 Euro

Soziale Arbeit und Schule

Welchen Beitrag zu mehr Vielfalt und gleichberechtigter Teilhabe kann Soziale Arbeit in Schulen leisten? Die Autor*innen befassen sich aus verschiedenen Perspektiven mit dieser Fragestellung. Es werden Einblicke in die gesellschaftliche Ausgangslage gegeben und aktuelle Forschungsergebnisse vorgestellt sowie Anreize zur praktischen Umsetzung formuliert. Die weiteren Abschnitte legen aktuelle Defizite dar und gehen auf Prinzipien für mehr Diversität ein. Modelle und Methoden der Umsetzung werden erläutert und mögliche Konsequenzen für Politik und Lehre formuliert. Der Band zeigt somit, in fachlicher gut verständlicher Weise, allen an der Schulsozialarbeit Beteiligten neue Handlungsperspektiven auf und regt zum Umdenken an. (im)

VERONIKA FISCHER, MARIANNE GENENGER-STRICKER, ANGELIKA SCHMIDT-KODDENBERG (HRSG.): Soziale Arbeit und Schule. Diversität und Disparität als Herausforderung. WOCHENSCHAU Verlag, Schwalbach, 2016, 382 Seiten, ISBN 978-3-7344-0160-2, 39,80 Euro

Krankenhaus-Report 2018

Der diesjährige Krankenhaus-Report nimmt Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit in den Fokus. Bedarf wird dabei in einem deutlich breiteren Verständnis als die alleinige Bereitstellung ausreichender Kapazitäten verstanden. Routinedatenbasierte Versorgungsforschung und Digitalisierung werden diskutiert und die krankenhauspolitische Chronik sowie die jährlichen Daten und Analysen insbesondere im Kontext der Umsetzung des Krankenhausstrukturgesetzes gezeigt. Damit bieten Klauber und Mitautoren erneut einen essenziellen Beitrag für Leser*innen aus der Gesundheitsplanung, -versorgung und -politik. Im zugeordneten Internetportal sind alle Abbildungen, Tabellen und die politische Chronik seit 2000 digital verfügbar. (nf)

JÜRGEN KLAUBER, MAX GERAEDTS, JÖRG FRIEDRICH, JÜRGEN WASEM (HRSG.): Krankenhaus-Report 2018. Schattauer Verlag, Stuttgart, 2018, 555 Seiten, ISBN 978-3-7945-3287-2, 59,99 Euro

Leben mit Demenz, Multipler Sklerose und Parkinson

Wie lässt sich eine befriedigende Lebensqualität bei neurodegenerativen Erkrankungen erreichen? Diese Frage bildet die Grundlage für die in diesem Buch vorgestellte Langzeitstudie zum Thema »Lebensablauf und Bewältigungsstrategien«. Mit dem Krankheitsbild einhergehende Veränderungen der Bedürfnis- und Bedarfsstrukturen wurden untersucht und individuelle Handlungsmuster ermittelt, die auf eine Verbesserung von Selbstwirksamkeit sowie Wohlbefinden abzielen. Dieses Buch ist aufgrund seines empirischen Schwerpunkts grundsätzlich eher für Studierende und Wissenschaftler*innen, die in diesem oder verwandten Bereichen tätig sind, geeignet. (aw)

BIRGIT PANKE-KOCHINKE: Leben mit Demenz, Multipler Sklerose und Parkinson. Muster der Anpassung und Bewältigung im Lebensablauf. Beltz Juventa, Weinheim und Basel, 2016, 157 Seiten, ISBN 978-3-7799-3373-1, 39,95 Euro

Bindung und Autonomie in der frühen Kindheit

Die Autorin stellt Eltern-Kind-Verhalten zunächst aus evolutionärer Perspektive dar und konzentriert sich dabei auf Forschungsmethoden der Humanethologie sowie auf kulturgeschichtliche Fragestellungen zur Eltern-Kind-Beziehung. Im zweiten Teil des Werkes steht frühkindliches Interaktionsverhalten im Mittelpunkt, angefangen bei sehr kurz gefassten Einführungen zur Bindungstheorie und deren Weiterentwicklung im »Zürcher Modell«. Den größeren Teil widmet sie dann in erster Linie der Darstellung von Nähe-Distanz-Regulierungen in verschiedenen Altersphasen und dem Themenblock »Einübung von wohlthuendem Verhalten«. Ergänzend zu anderen Veröffentlichungen auf diesem Gebiet betont sie hier besonders die Bedeutung der Bindungssicherheit. Ein umfangreiches Glossar sowie ein Personen- und Sachregister ergänzen diese Ausführungen. (ark)

URSULA HENZINGER: Bindung und Autonomie in der frühen Kindheit. Humanethologische Perspektiven für Bindungstheorie und klinische Praxis. Psychosozial Verlag, Gießen, 2017, 462, Seiten, ISBN 978-3-8379-2672-9, 44,90 Euro

Autismus und Gesundheit

Das Gesundheitssystem konfrontiert von Autismus betroffene Menschen mit diversen Zugangsproblemen. Als Ärztin und Asperger-Autistin versteht es die Autorin, eine differenzierte Perspektive auf Schwierigkeiten in unterschiedlichen Versorgungs- und Lebensbereichen einzunehmen. Dabei fokussiert sie unter anderem Vorsorge und Gesundheitsförderung sowie die ambulante und stationäre medizinische Versorgung. Neben praktischen Handlungsempfehlungen tragen Erfahrungsberichte von Betroffenen und Angehörigen dazu bei, die alltäglichen Herausforderungen von Menschen mit Autismus besser zu verstehen. Dieses Buch richtet sich deshalb neben Betroffenen auch an Angehörige und Gesundheitsprofessionen. (Is)

CHRISTINE PREIßMANN: Autismus und Gesundheit. Besonderheiten erkennen – Hürden überwinden – Ressourcen fördern. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2017, 201 Seiten, ISBN 978-3-17-032027-7, 28,00 Euro

Bewegung und Lernen. Konzept und Praxis Bewegter Schulen

Die aktuelle Bildungs- und Lernforschung zeigt immer deutlicher, dass sich Bewegung förderlich auf alle Lernprozesse auswirkt. Um Bewegung nachhaltig in die gesamte Organisation Schule implementieren zu können, muss die Idee der Bewegten Schule als Teil eines systematischen Schulentwicklungsprozesses verstanden werden. Für die Verwirklichung dieser Zielsetzung werden in dem Buch anhand dreier Themenabschnitte sowohl Konzepte und Gründe für Bewegte Schulen präsentiert, als auch Beispiele aus der Praxis erläutert sowie konkrete Entwicklungsideen und Materialien für interessierte Akteur*innen dargestellt. Das Handbuch bietet Hilfen und Anregungen für eine bewegungsorientierte Schulentwicklung für Schulleitungen, Lehrpersonal und Interessierte. (nj)

GEROLD BRÄGGER, HEINZ HUNDELOH, NORBERT POSSE UND HERMANN STÄDTLER: Bewegung und Lernen. Konzept und Praxis Bewegter Schulen. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2017, 302 Seiten, ISBN 978-3-407-25769-7, 34,95 Euro

Das Inklusions-Spielebuch

»Erst war es Integration – nun ist es Inklusion«. So beginnt die Autorin – selbst Erzieherin unter anderem mit heilpädagogischer Zusatzausbildung – ihr Buch und steigt damit gleich mit einer kurzen Definition der beiden Begriffe ein. Dabei versucht sie, Antworten auf folgende Fragen zu finden: Was bedeutet Inklusion für pädagogische Fachkräfte? Wie lässt sie sich im Alltag umsetzen? Nach dem Vorwort folgen viele Spielideen für Kinder ab drei Jahren mit Hinweisen und Anmerkungen für den Kita-Alltag. Im anschließenden Kapitel »Praktische Ideen für den inklusiven Kita-Alltag« richtet sich der Blick auf die Kita, auf Strukturierungen, Lerngeschichten, Kommunikation sowie vorurteilsbewusste Bildung und Erziehung. Die Autorin bietet unter anderem wichtige Reflexionsfragen für Kita-Teams zum Beispiel zu Dienstbesprechungen und der Zusammenarbeit mit Eltern an. (am)

NICOLE GOMBERT: Das Inklusions-Spielebuch: So gelingt die inklusive Kita. Ökotopia Verlag, Münster, 2016, 80 Seiten, ISBN 978-386702-355-9, 19,99 Euro

Online-Kommunikation für Verbände

Verbände vertreten die Interessen ihrer Mitglieder. Sie nehmen Einfluss auf politische Willensbildung, fördern die Bekanntheit einer Sache oder werben Mitglieder. Online-Kommunikationsstrategien erfordern eine Ausrichtung an diesen Zielen unter Beachtung der Hypertextualität des Internets. Anhand von Anwendungsbeispielen zeigt das Buch typische Kommunikationsaufgaben von Verbänden auf. Umfassend wird dargestellt, welche Aspekte bei der Konzeption einer Website essenziell sind, wie permanente Kommunikation gestaltet sein sollte und sich kritische Punkte identifizieren und evaluieren lassen. Das Buch ist kein Handbuch für den schnellen Rat, sondern liefert die Basis für Konzepte der Onlinekommunikation, tiefe Hintergrundinformationen mit Literaturbezügen und technischen Details. (nf)

RALF-THOMAS HILLEBRAND (HRSG.): Online-Kommunikation für Verbände. Wie Ihre Botschaften die Zielgruppen sicher erreichen und überzeugen. Springer Gabler, Wiesbaden, 2018, 334 Seiten, ISBN 978-3-658-13266-8, 44,90 Euro

Berühmte Frauenärzte in Berlin

Dieser Sammelband wurde zum 175-jährigen Jubiläum der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie im Jahr 2019 herausgegeben. Interessierte erhalten einen Überblick über richtungsweisende Berliner Frauenärzt*innen aus dem 18. und 19. Jahrhundert sowie die wichtigsten Berliner Frauenkliniken. Auch die erste Frauenärztin Deutschlands findet im Buch Erwähnung. Die Vorsitzende der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie spricht in ihrem Vorwort des Buches an, dass Frauen in der Medizin unter anderem in Leitungspositionen immer noch unterrepräsentiert sind. Leser*innen mit Interesse an (Medizin-)Geschichte, einschließlich kommentierter Ärzt*innen-Generationen, bietet dieses Buch detailliertes Hintergrundwissen. (as)

MATTHIAS DAVID, ANDREAS D. EBERT (HRSG.): Berühmte Frauenärzte in Berlin. Band 2. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2018, 205 Seiten, ISBN 978-3-86321-349-7, 29,95 Euro

Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung

Vernetzung spielt aus Sicht der Herausgeber und Autor*innen sowohl in der Gesundheitsförderung als auch in der Kinder- und Jugendhilfe eine herausragende Rolle. Die tatsächliche Gestaltung vor Ort sowie ein vertieftes Verständnis vom Netzwerk als Instrument der Modernisierung kommunalen Handelns werden als Herausforderung und gleichzeitig als Innovationsfeld für die Frühen Hilfen wie auch für die Gesundheitsförderung verstanden. Zur Illustration dieses Verständnisses werden lokale Handlungsoptionen unter Einbindung neuer gesetzlicher Regelungen und fachlicher Standards vorgestellt und die Potenziale der Modernisierungskonzepte hinterfragt. (ark)

JÖRG FISCHER, RAIMUND GEENE (HRSG.): Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung. Neue Perspektiven kommunaler Modernisierung. Beltz Juventa, Weinheim/Basel, 2017, 353 Seiten, ISBN 978-3-7799-3497-4, 39,95 Euro

Der modularisierte Mann

Der Autor entwirft in seinem in vier Teile untergliederten Buch eine Sozialtheorie der Männlichkeit. Im ersten Abschnitt werden wichtige empirische Forschungsergebnisse dargestellt und diskutiert. Anschließend wird herausgearbeitet, welche Erkenntnisse zu Männlichkeit in den diversen, weit gefächerten Disziplinen und Theorierichtungen vorliegen, auf die er seine eigene Studie aufbaut. Daraus schöpft der Autor wichtige Ansätze für den dritten Teil, in dem er die strukturierenden Faktoren näher beleuchtet, die Männlichkeit in unserer Gesellschaft heute gestalten. Im abschließenden Teil skizziert er künftige Herausforderungen für Männer in unserer Gesellschaft sowie Chancen und Hindernisse für eine geschlechtergerechte Gesellschaft. Dieses Buch richtet sich an ein Fachpublikum, welches sich für theoretische Zugänge zu Männlichkeit interessiert. (tra)

LOTHAR BÖHNISCH: Der modularisierte Mann. Eine Sozialtheorie der Männlichkeit. Transcript-Verlag, Bielefeld, 2018, ISBN 978-3837640755, 24,99 Euro

Jüdische Ärzte als Krankenbehandler

Im NS-Regime wurde jüdischen Ärzt*innen verboten zu praktizieren, ihre Approbation wurde ihnen per Gesetz aberkannt. Fortan durften sie ausschließlich mit Sondergenehmigung als sogenannte Krankenbehandler*innen jüdische Patient*innen versorgen. Die Medizinhistorikerin Rebecca Schwoch zeigt in ihrer Studie auf, wie sich der mühsame und häufig gefährliche ärztliche Alltag fortan gestaltete. Neben den historischen Hintergründen der Verfolgung jüdischer Ärzt*innen gibt sie Einblicke in die diskriminierende nationalsozialistische Begriffsneuschöpfung des Krankenbehandlers. Sehr eindrücklich ist die Beschreibung der 369 Einzelbiografien von jüdischen Mediziner*innen, die der menschenverachteten NS-Praxis und der Zwangslage der Krankenbehandler*innen Gesicht und Namen geben. (sg)

REBECCA SCHWOCH: Jüdische Ärzte als Krankenbehandler in Berlin zwischen 1938 und 1945. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2018, 638 Seiten, ISBN 978-3-86321-322-0, 64,95 Euro

Migration und Soziale Arbeit

Der vorliegende Sammelband geht der Frage nach, wie Fachkräfte der sozialen und pädagogischen Arbeit in ihrem beruflichen Alltag den Bedarfen von Klient*innen mit Migrationsgeschichte angemessen begegnen können, ohne dabei Stigmatisierungs- und Benachteiligungsprozesse zu erzeugen. Vermittelt werden Wissens- und Handlungskompetenzen, außerdem erfolgen wichtige Impulse für eine angemessene Grundhaltung zum Thema Migration. Die Themenauswahl sowie die Struktur des Bandes folgen einem bewährten Ausbildungskonzept, das sich auf die Vermittlung von Schlüsselkompetenzen auf den drei Ebenen Wissen, Haltung und Handlung konzentriert. Dieses Buch richtet sich an Studierende der Sozialen Arbeit und eignet sich aufgrund seiner Lesefreundlichkeit ebenfalls für das Selbststudium. (mw)

AYCA POLAT (HRSG.): Migration und Soziale Arbeit. Wissen, Haltung, Handlung. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2017, 261 Seiten, ISBN 978-3-17-031703-1, 32,00 Euro

Psychosoziale Beratung und therapeutische Begleitung von traumatisierten Flüchtlingen

Diese praktische Handreichung richtet sich an alle, die mit traumatisierten Geflüchteten arbeiten. Die Autorin möchte mit diesem Buch ein größeres Verständnis für die spezifischen Probleme von traumatisierten Geflüchteten schaffen. Anhand von Fallbeispielen wird deren Lebenssituation vor dem Hintergrund rechtlicher und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen eindrücklich beschrieben. In einem weiteren Kapitel führt die Autorin strukturiert in die Psychotraumatologie ein und entwickelt kreative Lösungen für nachhaltige Hilfsangebote. Neben Überlegungen zur notwendigen Versorgungsstruktur sowie zu divergierenden Heilungskonzepten sind hilfreiche Hinweise zum Dolmetschergestützten Arbeiten enthalten. (cg)

ULRIKE SCHNECK: Psychosoziale Beratung und therapeutische Begleitung von traumatisierten Flüchtlingen. Psychiatrie Verlag GmbH, Köln, 2017, 272 Seiten, ISBN 978-3-88414-654-5, 30,00 Euro

Tafelnutzer im Profil. Eine empirische Analyse am Beispiel Hessen

Wer genau nutzt eigentlich die Tafeln? Dieser Frage widmet sich die Autorin mit einer quantitativen Umfrage unter Tafelnutzer*innen in Hessen. Genauer untersucht wird, welche Eigenschaften diese im Vergleich zur Gesamtbevölkerung aufweisen und aus welchen Gründen sie auf die Tafeln angewiesen sind. Im Kern werden aus der statistischen Auswertung vier Nutzerprofile herausgearbeitet. Eine prägnante Abhandlung zum sozialpolitischen Kontext, in dem die Tafeln entstanden sind, ergänzt diese Studie. Somit handelt es sich um ein informatives Buch für Leser*innen aus Wissenschaft und Praxis, die sich vertiefend mit den Tafeln in Deutschland beschäftigen wollen. (mvjg)

JESSICA HARTIG: Tafelnutzer im Profil. Eine empirische Analyse am Beispiel Hessen. Tectum Verlag, Baden-Baden, 2018, 412 Seiten, ISBN 978-3-8288-4094-2, 44,95 Euro

Termine LVG & AFS

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.



Gut gemeint ist noch nicht gut gemacht! –

3. Lernwerkstatt: Multiplikatorenkonzept und Nachhaltigkeit **17. Januar 2019, Hannover**

Qualitätsentwicklung gewinnt in Gesundheitsförderung und Prävention zunehmend an Bedeutung. Somit sehen sich Akteur*innen dazu aufgefordert, ihre Projekte systematisch zu planen, umzusetzen sowie zu evaluieren, um die Qualität der Arbeit zu verbessern beziehungsweise zu belegen. Doch was macht eine gute Praxis überhaupt aus? Welche guten Beispiele gibt es, die eine Orientierung bieten könnten? Zur Unterstützung dieser Fragen wurden vom Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit zwölf Good Practice-Kriterien entwickelt. Anhand von Impulsen und praktischen Beispielen wird die Bedeutung dieser Kriterien für die praktische Arbeit in dieser Lernwerkstatt aufgezeigt. Weitere Informationen und Anmeldung unter www.gesundheit-nds.de/index.php/veranstaltungen/992-lernwerkstatt-3

Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen **25. Januar 2019, Berlin**

Die Alice Salomon Hochschule in Berlin lädt zur nächsten Sitzung des Arbeitskreises ein. Themen sind der Stand der Umsetzung von Gesundheitsförderung in der gastgebenden Hochschule, neue Projekte und Ansätze zum Thema sowie Neuentwicklungen des Studentischen Gesundheitsmanagements und vieles mehr.

Gesundheitsförderung in Berufsbildenden Schulen des Handwerks **12. Februar 2019, Hannover**

Wie lässt sich Gesundheitsförderung in den Alltag einer Berufsbildenden Schule integrieren? Wie kann die Gesundheit von Auszubildenden besonders im Handwerk gestärkt werden? Wie lässt sich der Übergang von der Schule in den Beruf gut begleiten? Diese Fragen werden im Rahmen der Tagung beantwortet und mit Praxisbeispielen untermauert. Die Tagung richtet sich dabei an ein Fachpublikum aus Berufsbildenden Schulen, (Ausbildungs-)Betrieben, Organisationen des Handwerks und an weitere Interessierte.

Versorgungsdiallog 2019 – Gesundheit weitergedacht **19. Februar 2019, Hannover**

Wie kann und sollte die Versorgung in zehn Jahren aussehen? Bei dieser hochkarätigen Tagung in Hannover wollen wir Visionen der Versorgung der Zukunft entwickeln und diskutieren. Das Ziel der Veranstaltung ist es, sektorenübergreifende Denkbarrieren zu überwinden und einen Blick in die digitale Zukunft zu werfen. Als Hauptreferenten begrüßen wir Herrn Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Frau Dr. Carola Reimann, Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung in Niedersachsen, und Frau Heike Sander, Landesgeschäftsführerin der BARMER in Niedersachsen und Bremen, übernehmen die Grußworte. An der abschließenden Fishbowl-Diskussion mit Prof. Dr. Gerlach sind alle herzlich eingeladen, sich aktiv zu beteiligen. Grafisch festgehalten wird die Veranstaltung von dem international bekannten Illustratoren Lennart Gäbel.

Tagespflege

26. Februar 2019, Hannover

Die Tagespflege spielt bei der Versorgung der alternden Bevölkerung eine entscheidende Rolle. Ländliche Regionen sind aufgrund ihrer Infrastruktur – das heißt unter anderem schlechte Verkehrsanbindungen, geringe Angebotsdichte, weite Entfernungen – in vielen Versorgungsbereichen gegenüber Mittel- und Oberzentren benachteiligt. Im ländlichen Bereich, insbesondere in kleinen Gemeinden, werden mehr Tagespflegeeinrichtungen benötigt. Wie kann es unter Berücksichtigung der rechtlichen Rahmenbedingungen gelingen, eine flächendeckende Versorgung durch Tagespflegeeinrichtungen sowie deren kommunale Einbettung und Vernetzung zu gewährleisten? Dieser und auch anderen Fragen wird im Rahmen der Fachveranstaltung mit vielen Möglichkeiten des Austausches nachgegangen.

Geflüchtet – behindert – versorgt?

05. März 2019, Hannover

Unter den in den letzten Jahren nach Deutschland geflüchteten Menschen findet sich eine nicht unerhebliche Anzahl von Menschen mit Behinderungen. Der Fachtag beleuchtet die noch unzureichend gefüllte Schnittstelle zwischen den Unterstützungssystemen für Menschen mit Behinderungen und geflüchteten Menschen. Wie ist die Lebenssituation von geflüchteten Menschen mit Behinderungen und ihren Familien? Wo liegen die Gründe für Versorgungsschwierigkeiten? Welche Lösungsmöglichkeiten bestehen? Das sind lediglich einige der Fragen, die die Veranstalter*innen beantworten möchten. Der Fachtag richtet sich an Fachkräfte und ehrenamtliche Engagierte aus den Bereichen der Verbandsarbeit für Menschen mit Behinderungen, der Behindertenhilfe sowie dem Unterstützungssystem für geflüchtete Menschen.

VORSCHAU April bis Juni 2019

Veranstaltungsreihe Argumente für Gesundheit 2019 – Wa(h)re Pflege im Fokus

Pflegebedürftige im Blick 01. April 2019, Hannover
Pflegende Angehörige im Blick 29. April 2019, Hannover
Pflegekräfte im Blick 16. Mai 2019, Hannover
Impulse an die Politik 23. Mai 2019, Hannover

Studentisches Gesundheitsmanagement – Wie geht denn das? **25.–26. April 2019, Karlsruhe**

13. Niedersächsischer Seniorenkongress **02. Mai 2019, Hannover**

Tüchtig und/oder süchtig **13. Mai 2019, Hannover**



FORTBILDUNGSPROGRAMM

für Führungskräfte und Beschäftigte in der Pflege und Betreuung

Das Indikatorenmodell – Die neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien des MDK 2019 07. Januar 2019, Hannover

Das Indikatorenmodell – Die neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien des MDK 2019 10. Januar 2019, Hannover

Bett mit Ausblick – Soziale Betreuung am Bett
12. Februar 2019, Hannover

Berührung, die gut tut! – Alltagsberührungen als positive Kommunikation nutzen 13. Februar 2019, Hannover

Datenschutzgrundverordnung – Was muss ich wirklich, wirklich tun?
14. Februar 2019, Hannover

2-tägiges Basisseminar Beratungswissen 2019
19.–20. Februar 2019, Hannover

Das Indikatorenmodell – Die neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien des MDK 2019 27. Februar 2019, Hannover

Die Strukturierte Informationssammlung (SIS) – Praktische Anwendung und Umsetzung 28. Februar 2019, Hannover

Wie es in den Wald hineinschallt ... – Gewaltfreie Kommunikation in der Pflege 07. März 2019, Hannover

Ernährung im Alter – Zwischen Demenz und Mangelernährung
12. März 2019, Hannover

Personalgewinnung – Am Puls der Zeit?
18. März 2019, Hannover

Beratungswissen in der ambulanten Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 19. März 2019, Hannover

Pflegende Angehörige begleiten, aber wie?
21. März 2019, Hannover

Das Indikatorenmodell – Die neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien des MDK 2019 25. März 2019, Hannover

Expertenstandard »Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz« 26. März 2019, Hannover

Beratungswissen 2019 – Das Update
28. März 2019, Hannover



Konflikte in der Kita? Kindergartenleicht gelöst
17. Januar 2019, Hannover

SAFER – Selbstfürsorge für pädagogische Fachkräfte
22.–23. Januar 2019, Papenburg

Konflikte in der Kita? Kindergartenleicht gelöst
07. Februar 2019, Osnabrück

Stress? Nein, danke!
07. März 2019, Papenburg

Wenn die Seele überläuft – Psychische Gesundheit in der Kita
19.–20. März 2019, Lüneburg



Depressionen bei Pflegebedürftigen verstehen und begegnen
30. Januar 2019, Hannover

Mäeutik – Der Mensch im Mittelpunkt
20. März 2019, Hannover



Programm zur Förderung des seelischen Wohlbefindens von Kindern in der Kita

Weiterbildungsdurchgang I Frühjahr 2019

Modul I: Die Schatzsuche beginnt

26. Februar 2019, Göttingen

Modul II: Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz

27. Februar 2019, Göttingen

Modul III: Kommunikation und Kooperation mit Eltern

28. März 2019, Göttingen

Modul IV: Umgang mit Vielfalt

29. März 2019, Göttingen

Modul V: Das Eltern-Programm Schatzsuche I

07. Mai 2019, Göttingen

Modul VI: Das Eltern-Programm Schatzsuche II

08. Mai 2019, Göttingen

Weiterbildungsdurchgang II Frühjahr 2019

Modul I: Die Schatzsuche beginnt

05. März 2019, Cloppenburg

Modul II: Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz

06. März 2019, Cloppenburg

Modul III: Kommunikation und Kooperation mit Eltern

04. April 2019, Cloppenburg

Modul IV: Umgang mit Vielfalt

05. April 2019, Cloppenburg

Modul V: Das Eltern-Programm Schatzsuche I

14. Mai 2019, Cloppenburg

Modul VI: Das Eltern-Programm Schatzsuche II

15. Mai 2019, Cloppenburg

NIEDERSACHSEN

24.01.2019 » Infektionsschutz, Umwelt und Hygiene Fachtagung für Mitarbeiter*innen der Gesundheitsämter 2018, Hannover,

Kontakt: Niedersächsisches Landesgesundheitsamt,
E-Mail: fortbildung@nlga.niedersachsen.de,
Internet: www.fortbildung.nlga.niedersachsen.de

26.–27.02.2019 » Altenpflegekongress, Hannover,

Kontakt: Vincentz Network, Andreas Weber,
Tel.: (05 11) 9 91 01 75,
E-Mail: veranstaltungen@vincentz.net,
Internet: www.ap-kongress.de

11.03.2019 » 12. Niedersächsischer Präventionstag, Osnabrück,

Kontakt: Landespräventionsrat Niedersachsen,
Tel.: (05 11) 1 20 87 40,
Internet: lpr.niedersachsen.de

14.03.2019 » Aktueller Hygienetag für die außerklinische Intensivmedizin, Hannover,

Kontakt: Niedersächsisches Landesgesundheitsamt,
Tel.: (05 11) 4 50 51 01,
Internet: www.fortbildung.nlga.niedersachsen.de/index.php

BUNDESWEIT

16.–17.01.2019 » Vernetzte Gesundheit, Kiel,

Kontakt: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein,
Tel.: (0 30) 49 85 50 31,
E-Mail: info@vernetzte-gesundheit.de,
Internet: www.vernetzte-gesundheit.de

22.–23.01.2019 » BMC-Kongress 2019 – Gesundheit in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Berlin,

Kontakt: Bundesverband Managed Care e.V.,
Tel.: (0 30) 28 09 44 80,
E-Mail: bmcev@bmcev.de,
Internet: www.bmcev.de

24.–25.01.2019 » Drittes Zukunftsforum Public Health, Berlin,

Kontakt: Zukunftsforum Public Health,
Tel.: (0 30) 1 87 54 29 89,
E-Mail: zukunftsforum@rki.de,
Internet: zukunftsforum-public-health.de

25.–26.01.2019 » Kongress Pflege 2019, Berlin,

Kontakt: Springer Pflege, Tel.: (0 30) 8 27 87 55 13,
Internet: www.gesundheitskongresse.de/berlin/2019

25.–27.01.2019 » 37. Jahrestagung der Gesellschaft für Tropenpädiatrie und internationale Kindergesundheit e.V., Witten/Herdecke,

Kontakt: GTP e.V., E-Mail: info@tropenpaediatric.de,
Internet: globalchildhealth.de

21.–22.02.2019 » 12. Wissenschaftliche Tagung Autismus-Spektrum, Augsburg,

Kontakt: Wissenschaftliche Gesellschaft Autismus-Spektrum (WGAS) e.V.,
E-Mail: tagung@wgas-autismus.org,
Internet: www.wgas-autismus.org

27.02.–01.03.2019 » 4th international

Congress Hidden Hunger, Stuttgart,
Kontakt: Universität Hohenheim,
Tel.: (0 89) 5 48 23 4 62,
E-Mail: hiddenhunger@interplan.de,
Internet: hiddenhunger.uni-hohenheim.de

28.02.–02.03.2019 » 24. Jahrestagung der GAIMH: Handeln und Wandeln –

Kindsein in modernen Gesellschaften, Hamburg,
Kontakt: GAIMH,
E-Mail: gaimh2019@hamburg.de,
Internet: www.gaimh.org

05.03.2019 » 2. Pflageitag Bremen, Bremen,

Kontakt: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest e.V.,
Tel.: (05 11) 6 96 84 40,
E-Mail: nordwest@dbfk.de,
Internet: www.pflageitag-bremen.de

05.–06.03.2019 » 15. DVMD-Fachtagung – Brücken bauen zwischen Medizin, Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Düsseldorf,

Kontakt: DVMD e.V.,
Tel.: (0 62 01) 4 89 18 84,
E-Mail: dvmd@dvmd.de,
Internet: www.dvmd-tagung.de

07.–09.03.2019 » Deutscher Kongress für Parkinson und Bewegungsstörungen, Düsseldorf,

Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Parkinson und Bewegungsstörungen e.V.,
Internet: www.dpg-akbont-kongress-2019.de

13.–16.03.2019 » 48. Jahrestagung der DGPF 2019: Weibliche Identität zwischen Lust und Leid, München,

Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe DGPF e.V.,
Tel.: (03 51) 8 97 59 33,
E-Mail: info@dgpfg.de,
Internet: www.dgpfg.de

14.03.2019 » 1. Freiburger Fachsymposium: Unterstützte Kommunikation im Blickfeld Klinik, Freiburg,

Kontakt: LogBUK GmbH,
Tel.: (04 21) 98 96 28 22,
E-Mail: friederike.moeninghoff@logbuk.de,
Internet: www.logbuk.de/home

14.–15.03.2019 » Kongress Armut und Gesundheit 2019: Politik macht Gesundheit, Berlin,

Kontakt: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.,
Tel.: (0 30) 44 31 90 73,
E-Mail: kongress@gesundheitbb.de,
Internet: www.armut-und-gesundheit.de

14.–16.03.2019 » Jahrestagung der DeGPT, Frankfurt,

Kontakt: DeGPT,
Tel.: (0 40) 33 31 01 19,
E-Mail: info@degpt.de,
Internet: www.degpt.de

14.–16.03.2019 » Deutscher Pflageitag 2019, Berlin,

Kontakt: Deutscher Pflageitag,
Tel.: (05 11) 85 50 26 40,
E-Mail: info@deutscher-pflageitag.de,
Internet: deutscher-pflageitag.de

14.–16.03.2019 » 20. Symposium

Frühförderung 2019, Leipzig,
Kontakt: Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung e.V.,
Tel.: (0 89) 5 45 89 8 20,
E-Mail: horst@fruehfoerderung-viff.de,
Internet: www.viff-fruehfoerderung.de

19.–21.03.2019 » 56. Wissenschaftlicher DGE-Kongress, Gießen,

Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.,
Tel.: (02 28) 37 76 60 0,
E-Mail: webmaster@dge.de,
Internet: www.dge.de

20.–22.03.2019 » 59. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V., Erfurt,

Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V.,
Tel.: (0 89) 3 30 39 60,
E-Mail: bkramer@dgaum.de,
Internet: www.dgaum.de

21.–22.03.2019 » Child maltreatment and well-being (CMW II): challenges across borders, research and practices, Berlin,

Kontakt: Freie Universität Berlin,
E-Mail: contact-cmw-2019@ewi-psy.fu-berlin.de,
Internet: www.ewi-psy.fu-berlin.de

22.–23.03.2019 » Internationaler Kongress Geburtshilfe im Dialog. Zusammen – für den besten Weg ins Leben, Mannheim,

Kontakt: Pro Medico, Medizinische Fortbildungs- und Congressorganisationsgesellschaft mbH,
Tel.: (0 18 05) 34 32 32,
E-Mail: info@geburtshilfe-im-dialog.de,
Internet: www.geburtshilfe-im-dialog.de

26.–27.03.2019 » Gesundheitskongress des Westens, Köln,

Kontakt: Gesundheitskongress des Westens,
Tel.: (0 22 34) 9 53 22 51,
E-Mail: info@gesundheitskongress-des-westens.de,
Internet: www.gesundheitskongress-des-westens.de

27.–29.03.2019 » Caritaskongress 2019, Berlin,

Kontakt: Caritas Deutschland,
Tel.: (07 61) 20 00, E-Mail: info@caritas.de,
Internet: www.caritas.de

INTERNATIONAL

14.–15.02.2019 » 2nd Global Public Health Conference, Colombo (Sri Lanka),

Kontakt: Global Public Health Conference Secretariat,
Tel.: (+94) 1 13 09 8 521/2,
E-Mail: isanka@iikmedu.com,
Internet: www.healthconference.co

25.–27.02.2019 » 4th World Congress on Public Health and Nutrition (Public Health 2019), Berlin,

Kontakt: Conference Series llc LTD,
E-Mail: publichealth@eurointconferences.com,
Internet: publichealth.healthconferences.org