

■ Pascal Bastian
Annerieke Diepholz
Eva Lindner (Hrsg.)

Frühe Hilfen für Familien und soziale Frühwarnsysteme

SOZIALE
PRAXIS



WAXMANN

Soziale Praxis

Herausgegeben vom
Institut für soziale Arbeit e.V.
Münster

Pascal Bastian
Annerieke Diepholz
Eva Lindner (Hrsg.)

Frühe Hilfen für Familien und soziale Frühwarnsysteme



Waxmann 2008
Münster / New York / München / Berlin

Gefördert vom Ministerium für Generationen, Familie,
Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in
der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-8309-2014-4

© Waxmann Verlag GmbH, 2008
Postfach 8603, 48046 Münster
Waxmann Publishing Co.
P.O. Box 1318, New York, NY 10028, USA

www.waxmann.com
order@waxmann.com

Umschlaggestaltung: Pleßmann Kommunikationsdesign, Ascheberg
Titelfoto: Markus Schneeberger, www.photocase.com
Satz: Stoddart Satz- und Layoutservice, Münster
Druck: Hubert & Co., Göttingen
Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier,
säurefrei gemäß ISO 9706

Alle Rechte vorbehalten
Printed in Germany

Inhalt

Vorwort.....	7
--------------	---

Theoretischer Rahmen Sozialer Frühwarnsysteme

Nora Wille, Ulrike Ravens-Sieberer

Die neue Morbidität bei Kindern und Jugendlichen – Auswirkungen des familiären Kontextes und der sozialen Lage auf die Gesundheit	11
---	----

Gregor Hensen, Stephan Rietmann

Systematische Gestaltung früher Hilfezugänge Entwicklungspsychologische und organisationstheoretische Grundlagen.....	35
--	----

Sigrid Tschöpe-Scheffler

Unterstützungsangebote zur Stärkung der elterlichen Erziehungsverantwortung oder: Starke Eltern haben starke Kinder.....	59
---	----

Pascal Bastian, Wolfgang Böttcher, Virginia Lenzmann,

Anne Lohmann, Holger Ziegler

Frühe Hilfen und die Verbesserung elterlicher Erziehungs Kompetenzen	83
--	----

Praxisbezogene Beiträge

Alexandra Sann, Reinhild Schäfer

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen – eine Plattform zur Unterstützung der Praxis	103
---	-----

Anke Berkemeyer, Georg Epp

Das Bielefelder Projekt „Kinderschutz durch Prävention“ – eine erste Bestandsaufnahme	123
--	-----

Martina Hensel, Heike Sommerkamp

Soziales Frühwarnsystem Bielefeld – Das Patenschaftsmodell des Kinderschutzbundes	135
--	-----

Johannes Bernhauser

Projekt „Caritasnetzwerk Frühe Hilfen für Eltern mit Kleinkindern in belasteten Lebenslagen“	151
---	-----

<i>Peter Lukasczyk, Wilhelm Pöllen</i> Präventionsprojekt „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“ Hilfen für Kinder und Familien in Risikolagen	161
<i>Andrea Fernkorn</i> Die Elternberatungsstelle der Stadt Gütersloh – Ausgangspunkt eines sozialen Frühwarnsystems mit Tradition für Säuglinge und Kleinkinder	173
<i>Dirk Schatte</i> Projektbericht Hilden	189
<i>Rudolf Lange</i> Die Identifikation und Betreuung von Kindern mit gesundheitlichen (und sozialen) Belastungsfaktoren durch das Kreisgesundheitsamt Mettmann	221
Autorinnen und Autoren.....	229

Vorwort

Projekte und Maßnahmen unter dem Label „Frühe Hilfen und soziale Frühwarnsysteme“ erfahren zurzeit sowohl von fachlicher als auch von öffentlicher Seite eine hohe bundesweite Aufmerksamkeit. Anlass für einen regelrechten Boom solcher Initiativen scheinen vor allem die Diskussionen um einen verbesserten Kinderschutz nach der medienwirksamen Veröffentlichung dramatischer Todesfälle kleiner Kinder zu sein. Bund und Länder fördern derzeit eine Vielzahl an Projekten, die Hinweise und Erkenntnisse hinsichtlich der frühen Erfassung von Kindesvernachlässigung und Misshandlung sowie der Einleitung früher Hilfsmaßnahmen liefern sollen.

Auf einem „Kindergipfel“ zwischen Bund und Ländern wurden Maßnahmen zur besseren Zusammenarbeit der Gesundheitseinrichtungen mit der Jugendhilfe, Kindertageseinrichtungen, Schulen und Polizei beschlossen. Vernetzung und Kooperation prägen den Diskurs um Frühe Hilfen in besonderer Form und gelten als ein wichtiger Bestandteil solcher Projekte. Vor allem durch eine verbesserte Zusammenarbeit der ansonsten getrennt voneinander agierenden Systeme Gesundheitswesen und Jugendhilfe soll zum einen der Zugang zu überforderten Familien und gefährdeten Kindern verbessert werden und zum anderen Hilfezugänge systematischer als bisher gestaltet werden. Dies kann durch die Bündelung interdisziplinärer Kompetenzen im Rahmen fachlich basierter Kommunikation und Aushandlung gelingen (vgl. Hensen/Rietmann in diesem Band).

Diese beiden Aspekte, Vernetzung der Hilfesysteme und die frühzeitige Erreichbarkeit von Hilfen für Familien, bilden den Rahmen für eine unüberschaubare Vielfalt an Programmen, Initiativen und Einzelprojekten, die bundesweit mit unterschiedlichen Strategien und Zielsetzungen verbunden sind und zum Teil schon seit Jahren im Bereich Früher Hilfen tätig sind. So wurde in Nordrhein-Westfalen bereits 2001 das Modellprojekt „Soziale Frühwarnsysteme in Nordrhein-Westfalen“ ins Leben gerufen und seitdem durch das Institut für soziale Arbeit e.V. in Münster wissenschaftlich begleitet. Zu den damals gestarteten sechs Pilotstandorten ist mittlerweile eine stetig wachsende Anzahl kommunaler Projekte hinzugekommen, da das Land Nordrhein-Westfalen inzwischen den flächendeckenden Ausbau lokaler Sozialer Frühwarnsysteme fördert. Auch in den anderen Bundesländern finden sich mittlerweile ähnliche Initiativen.

Trotz oder gerade wegen dieser Vielzahl an Länder- und Einzelprojekten fällt es schwer, ein klares Profil Früher Hilfesysteme zu erkennen. Zudem sind solche Projekte in Deutschland bislang nicht ausreichend empirisch überprüft worden (vgl. Sann/Schäfer in diesem Band). Eine bundesweite Evaluation Früher Hilfen ist Ziel des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen und Soziale Frühwarnsysteme“ der Bundesregierung. Insgesamt sieben Forscherteams untersuchen in diesem Rahmen unterschiedliche Projekte in den Bundesländern. Diese Ergebnisse sollen durch das neu gegründete „Nationale Zentrum Frühe Hilfen“ zusammengeführt und für die Praxis verwertbar gemacht werden.

Im Rahmen der vorliegenden Publikation werden sowohl die theoretischen Grundlagen Früher Hilfen als auch Möglichkeiten der praktischen Umsetzung dargestellt. Dazu gliedert sich das Buch in einen theoretischen und in einen Praxisteil.

Im theoretischen Teil stellen zunächst Nora Wille und Ulrike Ravens-Sieberer anhand der Ergebnisse der BELLA-Studie, ein Teilmodul des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KIGGS), die Auswirkungen des familiären Kontextes und der sozialen Lage auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen dar und diskutieren diese Ergebnisse im Hinblick auf Prävention und Gesundheitsförderung. Eine neue Herausforderung für solche Interventionsstrategien sehen die Autorinnen in der Zunahme chronischer gesundheitlicher Beeinträchtigungen und psychischer Störungen bei jungen Menschen.

Eine grundlegend fachliche und interdisziplinäre Fokussierung Sozialer Frühwarnsysteme werden von Gregor Hensen und Stephan Rietmann vorgenommen. Die Autoren zeichnen mit Blick auf Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie und der Bindungsforschung den theoretischen Rahmen Früher Hilfen. Durch die Erweiterung um eine organisationstheoretische Perspektive werden Herausforderungen und Bedingungen gelingender Kooperation aufgezeigt.

Welche Unterstützung wünschen sich Eltern und was benötigen sie, um ihren Erziehungsaufgaben nachzukommen? Ausgehend von dieser Frage untersucht Sigrid Tschöpe-Scheffler in ihrem Beitrag Konzepte der Elternbildung. Am Beispiel einiger Elternkurse und anderer Konzepte zur Elternbildung zeigt die Autorin Voraussetzungen und Aufgaben solcher

Angebote auf und diskutiert diese kritisch hinsichtlich ihrer Zielprogrammatik und strukturellen Bedingungen.

Als eines der Forscherteams im Rahmen des Bundesaktionsprogramms untersuchen Wolfgang Böttcher und Holger Ziegler mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Pascal Bastian, Virginia Lenzmann und Anne Lohmann Frühe Hilfen in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein. Dabei steht vor allem die Frage nach Wirkungen im Mittelpunkt der Evaluation. In ihrem Artikel wird der Ansatz einer quasi-experimentellen Wirkungsanalyse erläutert, anhand dessen sie die Effekte früher Hilfeangebote auf die elterlichen Erziehungskompetenzen untersuchen.

Der Praxisteil des vorliegenden Sammelbandes wird durch einen Einblick in die Arbeit des *Nationalen Zentrums Frühe Hilfe* und die zurzeit bundesweit laufenden Forschungsbemühungen von Alexandra Sann und Reinhold Schäfer eingeleitet.

Den eigentlichen Kern des zweiten Teils bilden sieben Praxisberichte, in denen etablierte Projekte Früher Hilfen aus Nordrhein-Westfalen ihre eigenen Erfahrungen mit Frühen Hilfen und Sozialen Frühwarnsystemen darstellen. Hier werden verschiedene Ansätze zur Gestaltung von Kooperationen, zum Aufbau früher Hilfeangebote und zur Durchführung spezieller niedrigschwelliger Hilfen vorgestellt, um interessierten Kommunen und lokalen Akteuren Anregungen für den Aufbau eines eigenen sozialen Frühwarnsystems zu geben.

In diesem Rahmen werden das Projekt „Kinderschutz durch Prävention“ aus Bielefeld sowie das Patinnenangebot des Bielefelder Kinderschutzbundes, die „Caritasnetzwerke Frühe Hilfen“ des Diözesan-Caritasverbandes Köln, das Projekt „Gesunde Zukunft für Kinder“ aus Düsseldorf, das „Soziale Frühwarnsystem“ der Elternberatungsstelle in Gütersloh, das Kinderschutzsystem in Hilden und die Arbeit des Kreisgesundheitsamtes in Mettmann vorgestellt.

Münster, im April 2008

Pascal Bastian
Annerieke Diepholz
Eva Lindner

Die neue Morbidität bei Kindern und Jugendlichen – Auswirkungen des familiären Kontextes und der sozialen Lage auf die Gesundheit

Die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Die Lebensphasen von Kindheit und Adoleszenz stellen im allgemeinen Lebensabschnitte mit relativ guter Gesundheit dar. Bei der Betrachtung der Gesundheit und Gesundheitsgefährdungen bei Kindern und Jugendlichen muss insofern vorweggeschickt werden, dass es sich bei dieser Altersgruppe um die gesündeste unserer Bevölkerung handelt. Der überwiegende Teil der Kinder und Jugendlichen (85%) stuft die eigene Gesundheit als mindestens gut oder sehr gut ein (Lange/Erdmann 2006). Diese subjektive Einschätzung wird auch durch die „objektiven“ Untersuchungsergebnisse des kürzlich durchgeführten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) bestätigt, der der überwiegenden Mehrheit der jungen Menschen in Deutschland eine gute Gesundheit bescheinigt.

Besonders vor dem Hintergrund eines historischen Rückblicks verdient diese sehr positive Situation besonders hervorgehoben zu werden. Waren vor etwa hundert Jahren noch die Säuglingssterblichkeit das größte Problem der Pädiatrie und Infektionskrankheiten die häufigste Todesursache im Kindesalter (Schubert/Horch 2004), erscheinen solche Zustände in den westlichen Industrienationen heute kaum noch vorstellbar. In Anbetracht dieser Verbesserungen zeigen sich jedoch auch erste Hinweise auf wichtige Einflussfaktoren auf die Gesundheit (nicht nur) von Kindern und Jugendlichen. Auch wenn der medizinische Fortschritt zur erfolgreichen Bekämpfung von Erkrankungen, z.B. durch hochwirksame Medikamente sowie weit verbreitete Schutzimpfungen beigetragen hat, liegt der Hauptgrund für den heutzutage guten Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen vor allem in der Verbesserung des allgemeinen Lebensstandards und der sozialen Verhältnisse. Zu den wichtigsten Erfolgen im vergangenen Jahrhundert zählen aus Public Health-Perspektive vor allem die Bekämpfung des massenhaften materiellen Elends, die Verbesserung der hygienischen Bedingungen und die Schaffung von weitgehend allgemein

zugänglichen Versorgungsstrukturen, so dass Kinder und Jugendliche in Deutschland heute unter vergleichsweise günstigen Lebensbedingungen aufwachsen können.

Diese Beziehung zwischen Kindergesundheit und sozialen Verhältnissen lässt sich auch beispielhaft am früher so großen Problem der Säuglingssterblichkeit aufzeigen. So waren besonders Säuglinge infektgefährdet, die zu kurz gestillt wurden, was häufig durch die Unterernährung der Mütter bedingt war (Razum/Breckenkamp 2007). Und auch heute können noch – wenn auch auf deutlich niedrigerem Niveau – Hinweise auf soziale Ungleichheit in der Säuglingssterblichkeit gefunden werden (Razum/Breckenkamp 2007).

Die neue Morbidität im Kindes- und Jugendalter

Trotz der dargestellten deutlichen Verbesserungen im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit wäre es ein Fehlschluss, die Gesundheit dieser Bevölkerungsgruppe für ein weniger dringliches Thema zu halten. Die Kinder- und Jugendgesundheit verdient aus mehreren Gründen auch heute noch große Aufmerksamkeit.

Zum einen wird in den jungen Jahren der Grundstein für die Gesundheit des späteren Lebens gelegt und das Gesundheitsverhalten nachhaltig geprägt. Ungünstige gesundheitliche Einflüsse in der Kindheit und Jugend sowie sich hier bereits manifestierende Gesundheitsstörungen können sich unter Umständen lebenslang auf die gesundheitliche Situation und die alltägliche Funktionsfähigkeit auswirken bzw. noch Jahrzehnte später in Erkrankungen niederschlagen (Lampert/Richter 2006; Dragano/Siegrist 2006). Auch die sich in jungen Jahren ausbildenden gesundheitsrelevanten Verhaltensroutinen, die stark von soziostrukturellen Bedingungen geprägt sind (Helmert/Schorb 2006), sind äußerst bedeutsam für die weitere allgemeine und gesundheitliche Entwicklung.

Zum anderen ist die massive Reduktion der vormals dringlichsten Gesundheitsprobleme dieser Altersgruppe leider nicht gleichbedeutend mit einer nun perfekten Gesundheitssituation. An die Stelle der bereits umrissenen „alten“ Probleme sind neue Gesundheitsgefahren getreten, die unter dem Begriff der sogenannten „neuen Morbidität“ (Palfrey et al. 2005) subsumiert werden. Der Begriff der neuen Morbidität weist auf

das Phänomen hin, dass sich bei Kindern und Jugendlichen – wie auch bei Erwachsenen – eine Verschiebung des Krankheitsspektrums beobachten lässt. Diese Entwicklung ist durch zwei wesentliche Charakteristika gekennzeichnet:

Ein erstes wichtiges Merkmal der neuen Morbidität ist der relative Bedeutungsverlust der akuten und häufig lebensbedrohlichen Erkrankungen gegenüber den oft multikausal bedingten Gesundheitsstörungen mit chronischem Verlauf. Durch die bereits skizzierte allgemeine Verbesserung der Lebensverhältnisse einschließlich der medizinischen Versorgung spielen die vormals so wichtigen Infektionskrankheiten derzeit eine untergeordnete Rolle. Dem gegenüber stehen jedoch 14% von Kindern und Jugendlichen, die einen speziellen Versorgungsbedarf wegen chronischer gesundheitlicher Einschränkungen oder Entwicklungsstörungen aufweisen (Scheidt-Nave et al. 2007). Unter den verbreiteten chronischen Krankheiten des Kindes- und Jugendalters sind unter anderem Allergien wie Heuschnupfen (10,7%), obstruktive Bronchitis (13,3%) und Neurodermitis (13,2%) zu nennen, aber auch Asthma (4,7%) tritt relativ häufig auf (Kamtsiuris et al. 2007). Ein besonders ausgeprägtes und auch viel diskutiertes Gesundheitsproblem ist das zunehmende Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen: 15% von ihnen sind übergewichtig, davon 6,3% adipös. Die Auftretenshäufigkeit steigt hier mit dem Alter der Kinder an, bei den 14- bis 17jährigen Jugendlichen sind bereits insgesamt 17% übergewichtig, darin 8,5% adipös (Kurth/Schaffrath-Rosario 2007). Hinsichtlich der gestiegenen Bedeutung chronischer gesundheitlicher Beeinträchtigungen muss jedoch auch erwähnt werden, dass dies zu einem – wenn auch kleinerem – Anteil Ausdruck einer positiven Entwicklung ist, nämlich, dass sich die Lebenserwartung bei schwerwiegenden Erkrankungen wie beispielsweise zystischer Fibrose, Krebs oder Herzfehlern teilweise deutlich erhöht hat. Das (längere) Überleben ist jedoch teilweise mit massiven körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen verbunden, die die Betroffenen einschränken.

Neben der skizzierten gestiegenen Relevanz chronischer Krankheiten stellt die wachsende Bedeutung psychischer Auffälligkeiten ein weiteres Phänomen der neuen Morbidität dar. Mehrere Autoren berichten über eine Zunahme der Häufigkeit psychischer Störungen in den vergangenen Jahrzehnten (Fombonne 1998; Prosser/McArdle 1996; Rutter/Smith 1995). Da aber Studien, die zu verschiedenen Zeitpunkten durchgeführt wurden, aufgrund der unterschiedlichen Falldefinitionen und Erfassungsmethoden

leider kaum vergleichbar sind, müssen solche Aussagen allerdings mit Vorsicht gehandhabt werden. Unumstritten ist jedoch, dass Studien zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Regel hohe Prävalenzraten psychischer Auffälligkeiten berichten. So fand eine Durchsicht von 29 Studien in Deutschland eine mittlere Rate von 17,2% an Kindern und Jugendlichen in Deutschland mit psychischen Auffälligkeiten (Barkmann/Schulte-Markwort 2004). Auch die aktuelle BELLA-Studie, die in der Folge noch genauer beschrieben werden wird, fand bei etwa 22% der Kinder und Jugendlichen zumindest Hinweise auf psychische Auffälligkeiten, während bei etwa 10% davon ausgegangen werden muss, dass sehr wahrscheinlich eine psychische Auffälligkeit vorliegt (Ravens-Sieberer et al. 2007a). Diese Größenordnungen finden sich auch in internationalen Studien wieder: Studien aus der Schweiz, Spanien, Frankreich, Finnland und Großbritannien berichten ebenfalls von Prävalenzen zwischen mindestens 10% und 22% (Steinhausen et al. 1998; Gomez-Beneyto et al. 1994; Fombonne 1998; Puura et al. 1998, Ford et al. 2003). Aufmerken lassen diese hohen Zahlen auch, weil psychische Auffälligkeiten eine hohe Persistenz aufweisen (Ihle/Esser 2001) und insofern häufig längerfristig Probleme verursachen. Abgesehen von den einhergehenden starken Belastungen für das soziale Umfeld und den hohen Behandlungskosten (Döpfner et al. 1998) lassen sich teilweise hohe Beeinträchtigungen der betroffenen Kinder in ihrem individuellen Wohlbefinden sowie ihrer sozialen Funktionsfähigkeit feststellen, die z.B. auch zu Problemen hinsichtlich der später anstehenden beruflichen Etablierung führen können (Barkmann 2003).

In Anbetracht der großen Belastungen durch psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen erklärte auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die psychische Gesundheit von Kindern zur „key area of concern“ (WHO 2003, 1) die in Gesundheitsversorgung und Politik Beachtung finden muss.

Konsequenzen für die Erfassung des Gesundheitsstatus

Das veränderte Erkrankungsspektrum, in dem kaum noch lebensbedrohliche Erkrankungen, aber viel mehr langfristige gesundheitliche Beeinträchtigungen von Relevanz sind, erfordert neue Ansätze bei der Erfassung des Gesundheitszustandes. Diese müssen berücksichtigen, dass sich glücklicherweise nicht mehr so sehr Frage stellt, *wie lange* Kinder und Jugend-

liche leben, sondern umso mehr die Frage, *wie* sie leben und wie sich andauernde Beeinträchtigungen im Wohlbefinden hinsichtlich verschiedener Lebensbereiche niederschlagen. Von Interesse ist hier u.a. das physische und psychische Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen, aber auch ihre Funktionsfähigkeit im Alltag, wie z.B. in der Schule und im Umgang mit Freunden. Neben den unmittelbar krankheitsbezogenen, biomedizinischen Kriterien müssen also verstärkt das subjektive Wohlbefinden und die allgemeine Lebenssituation erfasst werden (Mattejat/Remschmidt 1998). Entsprechend spielt heutzutage neben dem „objektiven“ medizinischen Befund auch die subjektive Gesundheit bzw. die gesundheitsbezogene Lebensqualität eine wichtige Rolle (Bullinger 1997). Nur die Anwendung des darin implizierten ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses erlaubt eine umfassende Beurteilung des Gesundheitszustands (und damit Datenerhebung) bei Kindern und Jugendlichen. Dieser Auffassung entspricht auch die WHO, die in ihrer Definition den Gesundheitsbegriff eben nicht nur auf somatische Indikatoren begrenzt, sondern Gesundheit auch als subjektive Repräsentation von Funktionsfähigkeit und persönlichem Wohlbefinden im physischen, psychischen und sozialem Sinn betrachtet (WHO 1948).

Bislang konnte in verschiedenen Untersuchungen gezeigt werden, dass die oben genannten chronischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie auch psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit einer deutlich reduzierten Lebensqualität einhergehen, die unter dem Begriff der neuen Morbidität subsumierten und meist länger andauernden gesundheitlichen Beeinträchtigungen sich also nachweisbar stark im allgemeinen Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen niederschlagen (siehe z.B. Ravens-Sieberer et al. 2007b).

Einflussfaktoren auf die Kinder- und Jugendgesundheit

Angesichts der geschilderten Krankheitslast bei Kindern und Jugendlichen reicht es selbstverständlich nicht aus, sich auf Zustandsbeschreibungen zu beschränken und Auftretenshäufigkeiten verschiedener gesundheitlicher Beeinträchtigungen zu erfassen. Um im Sinne von Prävention und Intervention Einfluss auf diese Entwicklung nehmen zu können, stellt sich mit besonderer Dringlichkeit die Frage nach den Determinanten der Gesundheit im Kindes- und Jugendalter. Hierbei wird der Blick in der Forschung traditionell zunächst auf Risikofaktoren gelenkt, d.h. Faktoren, die die

Auftretenshäufigkeit von Erkrankungen erhöhen. Das Identifizieren solcher Faktoren, die sowohl biologischer (z.B. Frühgeburtlichkeit) aber auch psychosozialer Natur (z.B. Familienprobleme) sein können, kann entsprechend auf besondere Risikogruppen hinweisen. Vielfältige Entwicklungsstudien konnten Auswirkungen verschiedenster Risikofaktoren auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nachweisen (Laucht et al. 1998; Wolke/Meyer 1999; Meyer-Probst/Reis 1999; Zimmermann et al. 1999).

Jedoch handelt es sich bei den negativen Auswirkungen von Risiken nicht um zwangsläufige Konsequenzen der Risikofaktoren, da deren Wirkung maßgeblich durch die einer Person zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten vermittelt ist. Insofern werden in den Gesundheitswissenschaften auch zunehmend stärker Schutzfaktoren berücksichtigt, die als Ressourcen bei der Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit eine wichtige Rolle spielen (Rutter 2000). Dieser Perspektivenwechsel steht im Zusammenhang mit Antonovskys Theorie der Salutogenese (1987), die sich eben nicht die Erklärung der Entstehung von Krankheiten zum Ziel setzt (Pathogenese), sondern Faktoren untersucht, die Gesundheit und Wohlbefinden positiv beeinflussen und negative Auswirkungen vorhandener Risikofaktoren abmildern können. Die Wirkweisen von Risiken und protektiven Faktoren werden im theoretischen Rahmen der Resilienzforschung untersucht. Resilienz bezeichnet hierbei das Phänomen, dass auch Kinder, die starken Risiken ausgesetzt sind, ein hohes Funktions- oder Anpassungsniveau aufweisen (Masten et al. 1999). Die Entstehung von Resilienz wird anhand des Zusammenwirkens verschiedener Ressourcen im Entwicklungsverlauf erklärt, die sich positiv auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirken. Im Rahmen dieses Ansatzes haben bereits verschiedene Entwicklungsstudien Merkmale von Kindern identifiziert, die sich auch unter ungünstigen psychosozialen Ausgangsbedingungen positiv entwickeln und psychisch gesund bleiben (z.B. Werner/Smith 1982). Auch die Schutzfaktoren können ähnlich den Risikofaktoren gruppiert werden. So werden personale Ressourcen, das heißt der individuellen Person innewohnende Faktoren, von familiären und sozialen Ressourcen unterschieden, die aus der Familie bzw. dem weiteren sozialen Umfeld bezogen werden können (Scheithauer/Petermann 1999). Ein Beispiel für eine personale Ressource, also ein Persönlichkeitsmerkmal, das sich angesichts von Belastungen protektiv auswirkt, ist die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung. Diese beschreibt die generelle Überzeugung einer Person, dass sie selber über die notwendige Kompetenz ver-

fügt, mit Anforderungen umgehen zu können (Schwarzer 1994). In verschiedenen Studien konnte ein Zusammenhang zwischen hoher Selbstwirksamkeitserwartung und weniger Depression, Angst und Hilflosigkeit nachgewiesen werden (Schwarzer 1994). Bei den familiären Ressourcen spielen insbesondere die gegenseitige Unterstützung in der Familie, Aspekte des Familienklimas, wie der familiäre Zusammenhalt und auch das Erziehungsverhalten der Eltern eine Rolle (Darling 1999). Die sozialen Ressourcen bezeichnen hingegen die im weiteren sozialen Umfeld erfahrene oder verfügbare Unterstützung (Lösel et al. 1990) durch Gleichaltrige oder Erwachsene. Die protektive Wirkung sozialer Unterstützung entsteht sowohl durch die damit verbundene seelische Entlastung als auch durch die Förderung der individuellen Kompetenzen und konnte für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in verschiedenen Studien nachgewiesen werden (Ezzel et al. 2000; van Aken et al. 1996).

Das Potential dieser salutogenetischen, auf Ressourcen gerichteten Perspektive liegt vor allem im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Wenn – wie in der Resilienzforschung angenommen wird – Ressourcen zur Bewältigung von Belastungen eingesetzt werden können und somit die Wirkung von Risikofaktoren moderieren und abpuffern können (Masten/Reed 2001), eröffnet dies wichtige Interventionsstrategien vor allem in Familien, in denen nicht (gut) veränderbare Risikofaktoren vorliegen.

Im Folgenden soll die Rolle besonders zweier Einflussfaktoren vertieft werden, zum einen die Rolle von sozialer Ungleichheit hinsichtlich der Kinder- und Jugendgesundheit sowie zum anderen die Rolle der Familie, die eine wichtige Ressource der Kinder darstellt, aber gleichzeitig auch starke Risiken mit sich bringen kann.

Der Einfluss der sozialen Lage auf die Kinder- und Jugendgesundheit

Wie bereits oben am Beispiel der Säuglingssterblichkeit verdeutlicht wurde, können sich sozioökonomische Statusunterschiede bereits sehr früh im Leben auf die Gesundheit und Entwicklung eines Kindes auswirken. So sind z.B. das Geburtsgewicht, die Ernährung während der Schwangerschaft, der Konsum von schädlichen Substanzen sowie die Gesundheit der Mutter während der Schwangerschaft wichtige Faktoren, die einerseits mit dem sozioökonomischen Status in Verbindung ste-

hen und andererseits die Gesundheit des Kindes maßgeblich beeinflussen (Spencer 2006; Lampert/Burger 2004).

Für die akuten Erkrankungen im Kindesalter zeigt sich kein eindeutiges Bild hinsichtlich der Zusammenhänge mit dem Sozialstatus. Zwar treten Mandelentzündungen und Herpesinfektionen in Familien mit niedrigerem Sozialstatus häufiger auf, bei grippalen Infekten, Magen-Darm-Infekten und Bindehautentzündungen verhält es sich jedoch umgekehrt (Kamtsiuris et al. 2007). Auch bei chronischen Erkrankungen wie Heuschnupfen oder Neurodermitis sind Kinder aus Familien mit niedrigerem Sozialstatus eher seltener betroffen (Kamtsiuris et al. 2007).

Hinsichtlich der im Rahmen der sogenannten neuen Morbidität hervortretenden Gesundheitsprobleme zeigt sich jedoch teilweise auch sehr deutlich die stärkere Betroffenheit von Kindern aus Familien mit niedrigerem Sozialstatus. Hinsichtlich der chronischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist hier insbesondere das Übergewicht bzw. das Auftreten von kindlicher Adipositas zu erwähnen, das von einem starken sozialen Gradienten gekennzeichnet ist: Während z.B. die 14- bis 17-jährigen Jugendlichen mit hohem Sozialstatus nur zu 5,2% eine Adipositas aufweisen, beträgt die Adipositasprävalenz bei den Kindern und Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus 14% (Kurth/Schaffrath Rosario 2007). Auch für das zweite oben aufgeführte Charakteristikum der sogenannten neuen Morbidität – den psychischen Problemen – zeigt sich eine deutliche Benachteiligung der Kinder und Jugendlichen mit niedrigem sozioökonomischem Status. Sie zeigen deutlich häufiger Symptome psychischer Auffälligkeiten (Hölling et al. 2007). Auch verschiedene spezifische Auffälligkeiten wie Depressionen, Ängste, ADHS und Störungen des Sozialverhaltens treten bei Kinder und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien bis zu vier Mal häufiger auf (Ravens-Sieberer et al. 2007a).

Betrachtet man entsprechend dem oben ausgeführten ganzheitlichen Gesundheitsverständnis die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen aus verschiedenen sozialen Gruppen, zeigt sich sowohl in der internationalen „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) Studie als auch im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigerem Sozialstatus ein geringeres subjektives Wohlbefinden angeben als Gleichaltrige aus Familien mit mindestens mittlerem Sozialstatus (Ravens-Sieberer et al. 2003, 2007b). Damit korrespondiert auch die Feststellung eines sozialen Gradi-

enten hinsichtlich wiederkehrender subjektiver Gesundheitsbeschwerden. Auch hier zeigte die internationale HBSC-Studie bereits wiederholt, dass Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status von psychosomatischen Beschwerden wie z.B. Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen aber auch Schlafstörungen, Gereiztheit und Nervosität häufiger betroffen sind (Ravens-Sieberer et al. 2003, Ravens-Sieberer/Erhart in press).

Die bei der erwachsenen Bevölkerung deutlich zu Tage tretenden Unterschiede zwischen sozialen Schichten hinsichtlich ihres Gesundheitsverhaltens (Helmert/Schorb 2006) spiegeln sich auch in einigen Ergebnissen über das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen wider. So zeigen in Armut aufwachsende Kinder und Jugendliche beispielsweise ein passiveres Freizeitverhalten mit stärkerem Medienkonsum und weniger Sport, sie nehmen weniger frische Nahrungsmittel wie Obst, Gemüse oder Salat zu sich, gehen häufiger zur Schule, ohne zuvor gefrühstückt zu haben und vernachlässigen häufiger die Zahnpflege (Klocke/Lampert 2005). Für die Risikoverhaltensweisen Tabak- und Alkoholkonsum zeigt sich jedoch ein geringerer Einfluss des sozioökonomischen Status. Nur für das regelmäßige Rauchen ist das Risiko bei niedrigem oder mittlerem sozioökonomischen Status leicht erhöht – allerdings auch nur bei den Mädchen. Für Alkohol- oder Cannabiskonsum konnte kein signifikanter Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status festgestellt werden. Die Schulbildung der Kinder und Jugendlichen spielt hingegen eine größere Rolle bezüglich gesundheitlichen Risikoverhaltens (Lampert/Thamm 2007). Auch die Auftretenshäufigkeit physischer Auseinandersetzungen ist nur in geringem Maße mit dem sozioökonomischen Status assoziiert (Ravens-Sieberer/Erhart, in press).

Die Familie als Risiko und Ressource

Auch wenn der sozioökonomische Status die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in einer sehr komplexen Art und Weise beeinflusst, spielt doch die Familie des Kindes dabei eine herausragende Rolle, da sie den Rahmen für die Sozialisationserfahrungen der Kinder bildet (Hurrelmann 2006). Stile des Umgangs mit dem eigenen Körper, mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Stärken werden von Familienmitgliedern erlernt, so dass gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Einstellungen geprägt werden (Kolip/Lademann 2006).

Neben einem niedrigen sozioökonomischen Status sind mit der Familie eines Kindes im Zweifelsfall auch noch weitere mögliche Risikofaktoren verbunden. Neben äußerst drastischen Schädigungen des Kindes z.B. durch Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch sind hier vor allem alltäglichere Risikofaktoren bedeutsam, wie Partnerschaftsprobleme der Erziehenden oder die Trennung der Eltern, die mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Kindes einhergehen kann (Kolip/Lademann 2006). Auch das Aufwachsen bei einem allein erziehenden Elternteil oder in einer Familie mit einem Stiefelternteil geht mit vielen Indikatoren für eine schlechtere Gesundheit einher: So zeigen die deutschen Daten aus der HBSC- Studie 2005/2006, dass diese Kinder ihre Gesundheit selber schlechter einschätzen und auch weniger zufrieden mit ihrem Leben sind. Außerdem berichten sie mehr psychosomatische Beschwerden, eine schlechtere psychische Gesundheit, sind häufiger übergewichtig und zeigen mehr gesundheitliche Risikoverhaltensweisen wie Substanzkonsum. Hier zeigt sich allerdings auch die Verwobenheit dieser auf die Familienkonstellation bezogenen Risikofaktoren mit dem Sozialstatus: Die genannten Unterschiede sind weniger stark ausgeprägt, wenn der sozioökonomische Status als weitere Erklärungsvariable einbezogen wird (Ravens-Sieberer et al. in press).

Die Familie ist jedoch nicht nur eine Quelle möglicher Risiken für die Gesundheit der Heranwachsenden. Vielmehr liegt ihre bedeutendste Funktion in der Stärkung der Kinder und Jugendlichen. Die Familie stellt die primäre Ressource insbesondere bei Kindern aber auch bei Jugendlichen dar, hier erlebt das Kind Nähe, Vertrauen, Liebe und Akzeptanz. Eine gute Beziehung zu wenigstens einem Elternteil ist ein deutlich protektiver Faktor (Forehand et al. 1991). Praktische Hilfe aber auch soziale Unterstützung werden durch die Familie vorgehalten, so dass das Eingebundensein in eine Familie sich sehr positiv auf vielfältige Gesundheitsaspekte auswirken kann (Kolip/Lademann 2006).

Die BELLA-Studie: Hintergrund und Studiendesign

Lange bestand in Deutschland ein Mangel an aussagefähigen epidemiologischen Daten zum körperlichen Gesundheitszustand, aber vor allem zur psychischen Gesundheit und dem subjektiven Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1998). Epidemiologische Daten, die darüber hinaus eine Verknüpfung des (psy-

chischen) Gesundheitsstatus im Kindes- und Jugendalter mit biologischen, familiären und sozialen Risiken einerseits und personalen, familiären und sozialen Ressourcen andererseits zuließen, waren entsprechend auch nicht verfügbar.

Durch die Durchführung des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) des Robert Koch-Instituts und der daran angeschlossenen Studien (Module) wurde dieser Missstand weitgehend behoben. Im Rahmen dieser groß angelegten Studie wurden erstmalig in einer bundesweit repräsentativen Stichprobe umfassende Daten zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen in Deutschland erhoben. Vier Teams unter ärztlicher Leitung untersuchten zwischen Mai 2003 und Mai 2006 in 167 Orten 17.641 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 0 und 17 Jahren. Dabei wurde der allgemeine Gesundheitszustand entsprechend den obigen Ausführungen nicht nur mittels klassischer Gesundheitsindikatoren evaluiert. Darüber hinaus wurden auch die subjektive und psychische Gesundheit, das soziale Umfeld, die allgemeinen Lebensbedingungen der Kinder sowie die Inanspruchnahme und Versorgungssituation beleuchtet. Um eine übermäßige Belastung der Probanden zu vermeiden, konnte man jedoch im Kernteil dieses großen Surveys für das breite Spektrum gesundheitsrelevanter Fragestellungen bei Kindern und Jugendlichen nur grobe Eckwerte erfassen und musste auf die Erhebung vieler Detailinformationen verzichten (Kurth et al. 2002).

Um dennoch ein Maximum an Informationen für die relevanten Gesundheitsbereiche zu erhalten, wurden dem KiGGS-Hauptsurvey Module angeschlossen, die spezielle Gesundheitsthemen an Unterstichproben detaillierter erfassten. Die BELLA-Studie (Ravens-Sieberer et al. 2007) bildete dabei das Modul zur Untersuchung der psychischen Gesundheit. An der BELLA-Studie nahmen 2863 zufällig ausgewählte Familien mit Kindern zwischen 7 und 17 Jahren teil, die sich bei ihrem Besuch im KiGGS-Untersuchungszentrum mit einer Zusatzuntersuchung einverstanden erklärt hatten. In jeder Familie wurde ein Elternteil um die Teilnahme gebeten sowie auch das Kind, sofern es mindestens 11 Jahre alt war. Die Datenerhebung erfolgte mit Hilfe standardisierter und computerassistierter Telefoninterviews (CATI), die ca. eine halbe Stunde in Anspruch nahmen. Anschließend wurden die Befragten gebeten, auch einen schriftlichen Fragebogen auszufüllen, der ihnen zugeschickt wurde. Diese nur im Rahmen der BELLA-Studie zusätzlich erhobenen sehr differenzierten Daten zu Psyche und Wohlbefinden können mit den Untersu-

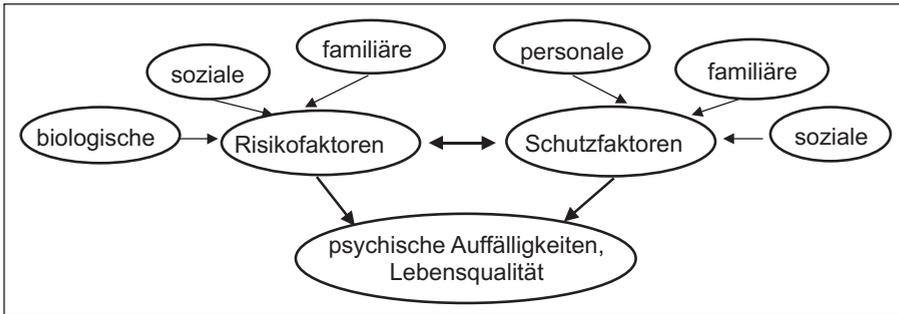


Abb. 1: Untersuchungsmodell Schutz- und Risikofaktoren

chungsergebnissen aus dem KiGGS-Kernsurvey verknüpft werden, so dass zu den einzelnen Probanden sehr umfassende Daten vorliegen.

Um Erkenntnisse über Einflüsse und Wechselwirkungen von Risiko- und Schutzfaktoren zu gewinnen, wurden im Rahmen der BELLA-Studie sowohl soziale, personale und familiäre Ressourcen als auch biologische und psychosoziale Belastungen erfasst (Abbildung 1).

Die BELLA-Studie: Erfassung von Risiken und Ressourcen

Aus der wissenschaftlichen Literatur bekannte Risikofaktoren für psychische Auffälligkeiten, wie ein niedriger sozioökonomischer Status (Klocke/Lampert 2005), beengte Wohnverhältnisse, die Unvollständigkeit der Familie des Kindes (Schnabel 2001), aber auch Gewalterfahrungen, sehr frühe oder sehr späte Elternschaft, Frühgeburtlichkeit, Tabak- und Alkoholkonsum während der Schwangerschaft sowie andere prä- und perinatale Komplikationen (Bettge 2004) wurden im KiGGS-Kernsurvey erfasst und teilweise in der BELLA-Studie auch noch differenzierter erhoben. Darüber hinaus wurden in der BELLA-Studie vielfältige weitere Risikomerkmale erfasst, wie z.B. das Auftreten von familiären oder partnerschaftlichen Konflikten oder ein beeinträchtigtes Wohlbefinden der Erziehenden in ihrer Familie während ihrer eigenen Kindheit und Jugend. Außerdem wurden psychische oder körperlich chronische Erkrankungen bei Mutter oder Vater, Arbeitslosigkeit während der Lebenszeit des Kindes, die (fehlende) Erwünschtheit der Schwangerschaft, eventuell mangelnde soziale Unterstützung im ersten Lebensjahr des Kindes und der Alkoholkonsum der Erziehenden erfragt. Für die Analysen wurden die

Risikofaktoren in einem kumulativen Risikoindex zusammengefasst, der die Anzahl der vorhandenen Risiken aufaddiert.

Die BELLA-Studie zeichnet sich jedoch besonders dadurch aus, dass sie nicht nur Risiken, sondern auch Ressourcen der Kinder sehr differenziert erhebt. So wurden familiäre Schutzfaktoren unter anderem mit Hilfe einer Kurzfassung der Familienklimaskala von Schneewind (Schneewind et al. 1985) erfasst und die sozialen Ressourcen durch Einsatz einer Skala zur Messung der sozialen Unterstützung (Donald/Ware 1984). Die personalen Ressourcen wurden mit Hilfe einer Skala erhoben, die basierend auf den Ergebnissen des Pretests von KiGGS und BELLA entwickelt wurde und die Persönlichkeitseigenschaften des Kindes wie Selbstwirksamkeit, Optimismus und Kohärenzsinn fokussiert (Bettge/Ravens-Sieberer 2003).

Psychische Auffälligkeiten wurden mit Hilfe des Screening-Instruments „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ, Goodman 1997) festgestellt, das um Informationen zur Belastung (Goodman 1999) und Informationen über eine vorliegende Diagnose erweitert wurde (beschrieben in Ravens-Sieberer et al. 2007a). Dieses Vorgehen ermöglicht eine Unterteilung der untersuchten Kinder und Jugendlichen in drei Gruppen, und zwar in (1.) die hinsichtlich ihrer Psyche unauffälligen Kinder, (2.) Kinder, die grenzwertige Ergebnisse erzielen, bei denen also Hinweise auf Auffälligkeiten vorliegen, die aber nicht sehr eindeutig sind und (3.) Kinder, bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit eine psychische Auffälligkeit vorliegt.

Die BELLA-Studie: Ergebnisse zu Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit

Um den Einfluss der vielfältigen erfassten Risikofaktoren auf die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen zu erfassen, wurden mit Hilfe von Regressionsanalysen Odds Ratios berechnet. Diese statistische Maßzahl (abgekürzt OR) gibt an, wie stark die Chance für psychische Auffälligkeiten bei den Kindern, die dem jeweiligen Risikofaktor ausgesetzt sind, erhöht ist. Als psychisch auffällig wurden in der hier beschriebenen Analyse nur diejenigen definiert, bei denen sehr wahrscheinlich vom Vorliegen einer psychischen Auffälligkeit ausgegangen werden muss, das heißt etwa 10% der Kinder und Jugendlichen.

Betrachtet man die verschiedenen untersuchten Risiken jeweils einzeln, so zeigt sich, dass die stärkste Erhöhung der Chance für psychische Auffälligkeiten mit dem Aufwachsen in einer konfliktbelasteten Familie einhergeht. Kinder, die in solchen konfliktbelasteten Familien aufwachsen, zeigen eine fast fünffach erhöhte Chance, psychisch auffällig zu werden (OR 4,9; 95 % KI: 3,1–7,9). Auch weitere starke Risiken finden sich im Bereich der Familie: So sind eine hohe Belastung der Eltern bzw. eine niedrige psychische Lebensqualität oder ausgeprägte psychopathologische Symptome eines Elternteils ebenfalls mit einer mehr als vierfach erhöhten Chance für psychische Auffälligkeiten beim Kind verbunden. Auch die Art und Weise, wie die Eltern ihre eigene Kindheit und Jugend in ihrer Familie erfahren haben, spielt eine Rolle. Wird für einen Erziehenden eine unharmonische Kindheit und Jugendzeit berichtet, finden sich ebenfalls deutlich höhere Auftretenshäufigkeiten psychischer Auffälligkeiten (OR 2,8; 95 % KI: 1,8–4,2). Ähnlich relevant sind eine unglückliche Partnerschaft der Erziehenden (OR 2,7; 95 % KI: 1,7–4,4) oder das Aufwachsen in einem Ein-Eltern-Haushalt (OR 2,1; 95 % KI: 1,4–3,0), die jeweils die Chance für eine psychische Auffälligkeit mindestens verdoppeln.

Wie oben bereits erwähnt, fanden sich auch deutliche Unterschiede in der psychischen Gesundheit in Abhängigkeit vom Sozialstatus. Der Sozialstatus wurde hier mit Hilfe des Winkler-Indexes erfasst (Lange et al. 2007), so dass nicht nur das Einkommen der Familie, sondern auch der berufliche Status und der Bildungsstand berücksichtigt wurden. Während bei den Kindern mit hohem Sozialstatus 9% sehr wahrscheinlich psychische Auffälligkeiten aufwiesen und 8% zumindest Hinweise darauf zeigten, betragen diese Häufigkeiten bei mittlerem Sozialstatus bereits 9% und 12% und stiegen bei den Kindern aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status sogar auf 13% und 18% an (Ravens-Sieberer et al. 2007a). Abbildung 2 verdeutlicht graphisch den Anstieg des prozentualen Anteils der Kinder, die zumindest Hinweise auf psychische Auffälligkeiten zeigen, mit niedrigerem sozialem Status.

Bei den hier beschriebenen Maßzahlen muss allerdings angemerkt werden, dass die jeweiligen Risikofaktoren immer jeweils für sich einzeln betrachtet wurden und somit Wechselwirkungen mit anderen Risikofaktoren oder der Einfluss von häufig gleichzeitig auftretenden Risikofaktoren in diesen Ergebnissen nicht berücksichtigt sind. In der Realität stehen solche Faktoren jedoch oft miteinander im Zusammenhang, wie es in der Folge kurz an einem Beispiel verdeutlicht werden soll. Das Aufwachsen bei einem