

informationen

ANALYSEN | MATERIALIEN | ARBEITSHILFEN ZUM JUGENDSCHUTZ



Kinder- und Jugendgesundheit

Horst Hackauf, Heike Ohlbrecht

**Wie gesund bzw. krank
sind Kinder und Jugendliche heute?**

Dr. Andreas Oberle

**ADHS-Betreuungsstrategie in einem
Sozialpädiatrischen Zentrum – ein
interdisziplinärer Ansatz aus der Praxis**

Seite 4

Horst Hackauf, Heike Ohlbrecht

Wie gesund bzw. krank sind Kinder und Jugendliche heute?

Seite 15

Dr. Andreas Oberle

ADHS-Betreuungsstrategie in einem Sozialpädiatrischen Zentrum – ein interdisziplinärer Ansatz aus der Praxis

Seite 19

Arnold Lohaus

Stress und Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen Zusammenhänge zwischen Stress und physischen/ psychischen Beschwerden

Seite 21

Yvonne Wolz

Mädchengesundheit zwischen Ressourcen und Risiken

Seite 24

Reinhard Winter

Jungen: fit, kernig und gesund?

Seite 27

Gunter Neubauer

Olaf will's wissen. Ein Film von Jungen über die Gesundheit von Jungen

Seite 30

Gustav Beyer, Fabian Stark

„Hab Glück!“ ist ein Befehl, der uns unglücklich macht.

ab Seite 32

Medien und Materialien

Termine

Aus der Arbeit der ajs

Impressum:

Herausgeber:

Präsidium der Aktion Jugendschutz
Landesarbeitsstelle Baden-Württemberg
Marion v. Wartenberg
Brigitte von Dungen
Christoph Renz
Angela Blonski
Bernd Hausmann

Redaktion:

Elke Sauerteig (verantw.)
Ursula Arbeiter

Unter Mitarbeit der Fachreferent/-innen:

Henrik Blaich, Ute Ehrle, Bernhild Manske-Herlyn,
Ursula Kluge, Lothar Wegner

Die mit Namen versehenen Beiträge geben
die Meinung des Autors/der Autorin wieder.

Alle Rechte sind vorbehalten,
Vervielfältigungen sind nur mit Genehmigung
der Aktion Jugendschutz gestattet.

Konto: Bank für Sozialwirtschaft
(BLZ 601 205 00) Konto-Nr. 8 701 800

Bezugspreis: Einzelheft € 4,00, Abonnement
€ 7,50 jährlich inkl. MwSt. und Versand

Auflage: 8.500

Erscheinungsweise: 2 x jährlich
ISSN 0720-3551

Titelbild: Fotolia

Layout: Kreativ plus – Gesellschaft für
Werbung und Kommunikation mbH
Haußmannstraße 6, 70188 Stuttgart
www.kreativplus.com

Druck: Henkel GmbH Druckerei
Motorstraße 36, 70499 Stuttgart

Aktion Jugendschutz
Landesarbeitsstelle Baden-Württemberg
Jahnstraße 12, 70597 Stuttgart-Degerloch
Tel. (07 11) 2 37 37-0
Fax (07 11) 2 37 37-30
info@ajs-bw.de, www.ajs-bw.de

Unterstützt durch das Ministerium für Arbeit
und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren
aus Mitteln des Landes Baden-Württemberg.



*Liebe Leserinnen
und Leser,*

*„Unsere Kinder sind zu dick“,
„ADHS nimmt rasant zu“,
„Depressionen ausgelöst durch
Leistungsdruck treiben unsere
Kinder in den Suizid“, „Jugend
unter Druck“, „Lebensängste
machen junge Menschen zu*

*Nesthockern“, „Digitale Demenz“ usw. ... Solche oder
ähnliche Schlagzeilen begegnen uns fast täglich in der
Presse. Dabei drängen sich die Fragen auf: Wie steht
es tatsächlich um die Gesundheit von Kindern und
Jugendlichen? Und was heißt eigentlich Gesundheit?*

*Die weitverbreitete und wohl bekannteste Definition
von Gesundheit wurde durch die Weltgesundheitsor-
ganisation beschrieben: „Gesundheit ist ein Zustand
vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen
Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krank-
heit und Gebrechen.“ Hurrelmann definiert Gesundheit
als: „Zustand des objektiven und subjektiven Befindens
einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich
in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen
ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Mög-
lichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils
gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet.“
Gesundheit ist also die Voraussetzung für ein aktives
Leben und eine zukunftsorientierte, gestaltende Teil-
habe an einer Gesellschaft, dies gilt in besonderem
Maße für Kinder und Jugendliche.*

*In diesem Heft wollen wir verschiedene Aspekte von
Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugend-
lichen aufzeigen. Dr. Horst Hackauf und Dr. Heike
Ohlbrecht beschäftigen sich in ihrem Beitrag mit der
Entwicklung des Gesundheitszustandes von Kindern
und Jugendlichen und welche veränderten (familiären)
Rahmenbedingungen und neuen „Sozialisationsum-
welten“ dieser Entwicklung zugrunde liegen.*

*Die Zunahme von Stress, dessen Auswirkungen auf
die physische und psychische Gesundheit und mög-
liche Bewältigungsstrategien erläutert Prof. Dr. Arnold
Lohaus in seinem Artikel „Stress und Stressbewälti-
gung bei Kindern und Jugendlichen“. Hyperaktives
zappeliges Verhalten, fehlende altersgemäße Impuls-
kontrolle und Unfähigkeit zum Bedürfnisaufschub
bedeuten nicht immer ADHS. Dr. Andreas Oberle
greift in seinem Artikel anhand eines Fallbeispiels
die vielfältigen Aspekte von ADHS auf, die auf einem
organischen und psychosozialen Grundverständnis des
Störungsbildes basieren. Eine umfangreiche Diagnostik,
die auch die persönlichkeitspezifischen Begleitstö-
rungen von ADHS berücksichtigt, ist die Basis einer
individuellen, interdisziplinären Therapie. Deutlich ist
auch, dass „Gesundheit“ und „Krankheit“ von Kindern
und Jugendlichen geschlechtsspezifisch unterschied-
lich definiert werden. Die Beiträge von Yvonne Wolz,
Gunter Neubauer und Dr. Reinhard Winter setzen
sich damit auseinander.*

*Auch für diese Ausgabe konnten wir wieder junge
Autoren gewinnen: In einem „Streitgespräch“
beleuchten Gustav Bayer (20) und Fabian Stark (22),
beide Redakteure des jungen Magazins TONIC, das
Thema „seelische Gesundheit“ aus ihrer Sicht.*

*Die Beiträge zeigen, wo Kinder und Jugendliche
Unterstützung, Orientierung und Begleitung durch
uns Erwachsene brauchen, um eine Balance zwischen
gesund erhaltenden und krank machenden Faktoren
zu finden. Sie machen zugleich deutlich, dass Kinder
und Jugendliche durchaus eigene, kreative Wege
gehen, diese Balance zu finden.*

*Wir hoffen, dass Sie in diesem Heft viele Impulse
für Ihre Arbeit finden und wünschen eine anregende
Lektüre.*

*Ute Ehrle
Fachreferentin*

Wie gesund bzw. krank sind Kinder und Jugendliche heute?

■ **Fragen nach der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen rücken erst in den letzten Jahren verstärkt in den Fokus der Aufmerksamkeit von Öffentlichkeit, Wissenschaft und Politik. Noch vor wenigen Jahren galten Kinder und Jugendliche als gesund und diese Gruppe wurde in der Gesundheitsberichterstattung keiner gesonderten Betrachtung unterzogen. Dies hat sich inzwischen entscheidend verändert. Der Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen wird im nationalen (z. B. KiGGS-Studie¹) und internationalen Vergleich (z. B. HBSC-Studie²) erfasst und „neue“ Gesundheitsrisiken wie Verhaltensauffälligkeiten und Essstörungen werden breit diskutiert. In den Medien wurden die Themen vielfach aufgegriffen. Deutlich wird an dieser Debatte, dass sich an der Betrachtung von Kindheit einiges ändert, immer intensiver wird diese Lebensphase beobachtet. Der folgende Artikel beschreibt die wesentlichen Erkenntnisse aus aktuellen Studien.**

Nach Wilkinson (2002: 18) sind Gesundheit und Gesellschaft eng verknüpft. So „erfahren wir mehr über die Gesundheit, wenn wir die Gesellschaft studieren, und mehr über die Gesellschaft, wenn wir die Gesundheit untersuchen.“ Die Veränderungen in der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, die sich mittlerweile empirisch anhand von Daten zur Ernährung, Bewegung und der Häufigkeit des Auftretens von Krankheiten etc. darstellen lassen, sind daher nur erklärbar, wenn Gesundheit in einem breiten Rahmen gesehen wird und auch die Sozialisationsumwelten berücksichtigt werden. Gesundheit ist eben, wie die WHO bereits 1948 definiert, mehr als das Freisein von Krankheit. Gesundheit wird verstanden als ein Zustand des Wohlbefindens einer Person, „der gegeben ist, wenn diese Person sich körperlich, psychisch und sozial in Einklang mit den jeweils gegebenen inneren und äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist nach diesem Verständnis ein(...) durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer neu hergestellt werden muss“ (Hurrelmann 2006: 7). Wenn wir dazu Gesundheit und Krankheit im Sinne des Salutogenese-modells (Antonovsky 1997) als ein Kontinuum begreifen und nach den potenziellen Widerstandsressourcen sowie den Bedingungen für Gesundheit fragen, dann

rücken die Bedingungen der sozialisatorischen Umwelt für die Herstellung und den Erhalt von Gesundheitsfähigkeit in den Vordergrund der Betrachtung (Ohlbrecht 2011).

Veränderte familiäre Rahmenbedingungen

Die gesundheitliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen wird sehr früh und entscheidend in den Familien gebahnt, daher ist ein Blick auf die veränderten Familienstrukturen wichtig, um die Rahmenbedingungen des Aufwachsens zu betrachten. Die Zahl der Familien mit Kindern sinkt – innerhalb der letzten zehn Jahre um knapp 1,1 Millionen, was einem Rückgang von 11 Prozent entspricht (Krack-Rohberg u. a. 2011: 10) und Familien werden darüber hinaus immer kleiner (ebd.: 33). Insgesamt ist das Familienleben in Deutschland in den letzten Jahrzehnten vielfältiger geworden. Trotz der zunehmenden Bedeutung alternativer Lebensformen macht die klassische Kleinfamilie (Ehepaare mit Kindern) jedoch immer noch drei Viertel der Familien in Deutschland aus. Die Mehrheit der Kinder lebt in Deutschland mit zwei Elternteilen – mit oder ohne Trauschein der Eltern – zusammen, das sind in Westdeutschland 85 Prozent der minderjährigen Kinder und in Ostdeutschland 76 Prozent (Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend 2012: 23).

¹ Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: <http://www.kiggs-studie.de/>

² Health Behaviour in School-aged Children: www.hbsc.org/

Dies verdeutlicht die Veränderungen der Familienstrukturen, die wiederum auf die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen reagieren. So führen die Veränderungen von Arbeitszeit, Alltagszeit und Familienzeit (Mischau und Oechsle 2005; Hochschild 2000), die langen Bildungskarrieren etc. zu einer Verdichtung von Aufgaben unter den Bedingungen einer erhöhten Anforderung an Elternschaft und zu einer permanenten Dauerbeobachtung von Kindern durch verschiedenste Experten. Das Leben in der flüchtigen Moderne (Bauman 2008) lässt familiäre Lebensmuster verstärkt unter Druck geraten (Borchard u. a. 2008). Wie sich dies auf die Gesundheit von Familien auswirkt, ist erst in Ansätzen erforscht. Sicher ist, dass viele Familien mit den Folgen einer erschwerten Work-Life-Balance zu kämpfen haben. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie stellt immer noch – vor allem für Frauen – eine der größten Herausforderungen dar. Mütter reagieren auf das Vereinbarkeitsproblem von Beruf und Familie häufig damit, dass sie ihre Erwerbstätigkeit, vor allem wenn die Kinder noch klein sind, reduzieren. Von den Eltern mit minderjährigen Kindern schätzen zwei Drittel die Vereinbarkeit von Beruf und Familie als nicht gut ein (67 Prozent), besonders auch die beruflich stark eingespannten Väter beurteilen zu 73 Prozent die Vereinbarkeit als schlecht (IfD 2011). Während von den Vätern etwa ein Viertel über häufigen Stress berichtet, dies entspricht etwa dem Bevölkerungsdurchschnitt, geben 40 Prozent der Mütter an, häufig unter Stress zu leiden. Überdurchschnittlich häufig mit 49 Prozent fühlen sich die voll-erwerbstätigen Mütter gestresst (IfD 2012: 22).

Familien befinden sich häufig in einer biografischen Zeitfalle, denn das Phänomen, das in der Familiensoziologie als „rush hour of life“ bezeichnet wird, führt zu einer Verdichtung von biografischen Statuspassagen im Lebenslauf. Durch die verlängerten Ausbildungszeiten, den immer späteren Beginn der Familienphase, der häufig zeitgleich zur Konsolidierungsphase im Erwerbsleben verläuft, und die hohen emotionalen und sozialen Aufwendungen für das Aufziehen von Kindern sowie die gestiegenen pädagogischen Ansprüche kommt es zu einer Zeitverdichtung: „... berufliche Konsolidierung, Beziehungsintensität, Kinder großziehen und die Pflege alter Eltern [stoßen] immer wieder problematisch aufeinander“ (Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend 2006: 244). Hier wäre eine Entzerrung des Lebenslaufs erforderlich, um eine Überlastung und Überforderung zu verhindern. Diese Entzerrung des Lebenslaufs ist

angesichts des beschleunigten Lebenstempos in spätmodernen Gesellschaften wenig wahrscheinlich. Heute sehen sich viele Eltern in der Situation – angesichts sozialer Aufstiegsblockaden und schwindender Gewissheiten für die Zukunft – die Kindheit zu beschleunigen bzw. sich dem beschleunigten Tempo der spätmodernen Gesellschaft (Rosa 2005) anzupassen. Familien sind nun aber Systeme, die sensibel auf Beschleunigung reagieren, da Familien strukturell auf Entschleunigung ausgerichtet sind; kindliche Entwicklung lässt sich nicht beschleunigen.

Zeitknappheit, Arbeitsstress, fehlende Kinderbetreuungsangebote, zerrissene familiäre Lebenswelten und Phänomene der Individualisierung sowie die für manche Berufsgruppen neue Organisation der Erwerbsarbeit mit ihrer netzwerkartigen, projektförmi-

gen und mobilen Struktur: Die Optionenvielfalt hinsichtlich von biografischen Perspektiven sowie die Angst, nicht Schritt halten zu können, zwingen Familien zu vielfachen Anpassungsleistungen. Eltern erleben die Institutionen ihrer Arbeitswelt und die Institutionen der Kinder, wie Schule und Kindertagesstätten, als nicht kompatibel. Vor allem die Schulen setzen darauf, dass Mütter als Familienmanagerinnen agieren, die die Kinder fördern, zu Kursen und Sportangeboten befördern und ihr Zeitregime voll und ganz auf die Kinder abstellen (Henry-Huthmacher u. a. 2013). Die Ressourcen des Elternhauses sind entscheidend für den Schulerfolg und das Engagement der Eltern wird von den Schulen vorausgesetzt, sodass Eltern zur festen „Planstelle“ im schulischen System werden (ebd.: 69). Dieses „Angebot“ der Schule können jedoch nicht alle Eltern wahrnehmen und so zeigen sich in den sozialen Milieus sehr unterschiedliche Strategien im Umgang mit der Schule. Für die Benachteiligten (DELTA-Milieu-Studie in Henry-Huthmacher 2013) hinsichtlich der Schulkarriere der Kinder zeichnen sich Phänomene der Resignation bzw. der „Emanzipation vom Bildungsdruck“ (Henry-Huthmacher u. a. 2013: 205) ab. „Eltern in den unteren sozialen Milieus sind dem Anspruch der Schule fast schon hilflos ausgeliefert“ (ebd.: 5).

Die Außenanforderungen nach Mobilität und Flexibilität verändern die Binnenstruktur, die Kommunikationsmuster, das Erziehungsverhalten, die Aushandlungsmuster

Familien befinden sich häufig in einer biografischen Zeitfalle, denn das Phänomen, das in der Familiensoziologie als „rush hour of life“ bezeichnet wird, führt zu einer Verdichtung von biografischen Statuspassagen im Lebenslauf.

und die Rituale von Familien. Die Erwartungen dahingehend, was Familien zu leisten haben und leisten können, nehmen im Verlauf des sozialen Wandels neue Muster an. Waren Familien früher hauptsächlich für die materielle Existenzsicherung verantwortlich, wird heute vorausgesetzt, dass in Familien darüber hinaus emotionale Ver-

Die psychosozialen Bedingungen für die Persönlichkeitsentwicklung von Kindern und Jugendlichen haben sich aufgrund der vielfach beobachteten Erosion von Familienritualen in den letzten Jahrzehnten verändert.

bundenheit und Nähe sowie Vertrauen, Anerkennung und biografische Plastizität hergestellt bzw. ausgehandelt werden. In diesem Prozess gewinnt die Familie neue Konturen. Sie verliert zwar als Institution des Zusammenlebens von Generationen keineswegs dramatisch an Bedeutung, denn gerade in Krisenzeiten bleiben familiäre Beziehungen als Sicherheitsnetze relevant, aber viele Familien sind überfordert und bewegen sich am Rande der Belastbarkeit. So fehlt in Familien mitunter schlichtweg die gemeinsam geteilte Zeit (Bundesministerium 2011). Dies hat auch Folgen beispielsweise für die Kommunikationsmuster, Familienrituale, Ernährungsgewohnheiten und familialen Esskulturen. Die vielfach beobachtete Erosion von Familienritualen, etwa von gemeinsamen Mahlzeiten, verdeutlicht sich auch in einer neuen individualisierten Esskultur, die sich schichtspezifisch darstellen lässt (vgl. Meier-Gräwe 2010).

Die psychosozialen Bedingungen für die Persönlichkeitsentwicklung von Kindern und Jugendlichen haben sich daher in den letzten Jahrzehnten verändert. Die gestiegenen Leistungserwartungen nicht nur in den Bildungsinstitutionen, sondern besonders auch in den Familien, die angesichts der Veränderungen der Arbeitswelt auf einen hoch qualifizierten Schulabschluss drängen, belasten viele Kinder und Jugendliche (Hurrelmann 2006; Ohlbrecht 2006: 239f.) und sind Ausdruck eines Symptoms, das Bude (2008: 29) als „Statuspanik“ der Mittelschichten beschreibt.³

Subjektiv manifestieren sich diese Faktoren in Verunsicherungen, Abstiegs- und Zukunftsängsten, in Überforderungsmomenten und Erfahrungen der Vergeblichkeit. Diese Belastungen können dann, wenn keine adäquaten Bewältigungsmechanismen zur Verfügung stehen, in eine

Beeinträchtigung der Gesundheit münden. Leistungsdruck und hohe Erwartungen führen nun nicht automatisch zu gesundheitlichen Krisen, treten aber zusätzliche und/oder andere Risiken auf, wie kritische Lebensereignisse, Ressourcendeprivation, mangelnde soziale Unterstützung etc., wirkt sich das auf das Wohlbefinden und die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen negativ aus. Eine Risikogruppe für Gesundheitsbelastungen und riskantes Gesundheitsverhalten bilden besonders die Kinder und Jugendlichen, die den Leistungsanforderungen nicht gerecht werden können und/oder von sozialen Exklusionsprozessen bedroht sind.

Familie als Sozialisationsrahmen für Gesundheit

Für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind die Familien in einem beträchtlichen Maße verantwortlich. Dies geschieht weniger als bewusstes Gesundheitshandeln, vielmehr ist es „naturwüchsig“ in das Leben einer Familie eingebettet. In Familien entstehen Gesundheitsstile (Hradil 2006) – zumeist als Nebenprodukt der Sozialisation. Die Gesundheitssozialisation von Kindern wird durch die alltägliche Praxis des Gesundheitsverhaltens der Eltern vorgelebt und geprägt als „quasi intergenerationelle Vererbung von Gesundheitsverhaltensmustern“ (Klocke und Becker 2003: 185). Die Leistungen von Familien für den Bereich der Gesundheit sind vielfältig: Die familieninterne Sozialisation umfasst den Umgang mit Krankheiten und Auffälligkeiten, das Bewältigungshandeln, das Inanspruchnahmeverhalten von Vorsorgeuntersuchungen und medizinischen Leistungen, den Umgang und die Kommunikation mit Experten, die Stärkung von Resilienz bis hin zu den Alltagspraktiken von Ernährung, Bewegung und Körperwahrnehmung etc. Letztendlich bleibt die familiäre Sozialisation lebenslang entscheidend dafür, welche Bedeutung der Gesundheit in der alltäglichen Lebensführung eingeräumt wird.

Wichtiger jedoch als das engere familiäre Handeln in Bezug auf Krankheit und Gesundheit sind die allgemeinen Familienstrategien und -haltungen, die sich in Zukunftsaspirationen, Bildungsbemühungen, Kohärenzgefühl und Selbstwirksamkeitserfahrungen niederschlagen (Ohlbrecht

³ Familien mit schulpflichtigen Kindern sehen sich als „Verlierer des Systems Schule“ (Henry-Huthmacher u.a. 2013: 75). Kaum ein anderes Thema wie die Schule dominiert so stark den familiären Alltag und führt hier zu Frustrationen. „Wenn Gymnasiakinder nicht mehr krank werden dürfen (besser nur einen Tag, höchstens zwei bis drei Tage, denn eine Woche Unterrichtsausfall ist nicht mehr aufzuholen), dann zeigt dies den massiven Druck, unter dem Familien heute stehen“ (ebd.: 75).

2011). Selbst dann, wenn Gesundheitshandeln vordergründig keine Rolle spielt, entsteht hier all das, was an krankheits- und gesundheitsbezogenen Erfahrungen für das weitere Leben von Bedeutung sein wird und als „Gesundheitsfähigkeit“ (Schnabel 2001) bezeichnet werden kann. Gesundheit bedeutet dabei nicht nur das Einhalten oder Anstreben einer Idealnorm. Es umfasst nicht nur die Praktiken von Ernährung, Bewegung und Krankheitshandeln, sondern bedeutet in unterschiedlichen Milieus auch Unterschiedliches, und hier existieren heterogene Vorstellungen zu Lernen und Erwerb von Gesundheitskompetenzen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009a: 245).

Familie als Schutz- und Risikofaktor

Eine „pathogene Wirkung“ (Erhart und Ravens-Sieberer 2008: 190) von Familienbeziehungen bezüglich der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind z. B. bei ungünstigen Trennungs- und Scheidungsverläufen, bei familialer Gewalt, bei fehlender emotionaler Bindung, bei Vernachlässigung, aber auch bei zu hoher Leistungserwartung durch die Eltern etc. dokumentiert. Belastungsfaktoren für die Gesundheit sind darüber hinaus auch eine schlechtere sozioökonomische Situation von Familien, da diese zu massiven Einbußen an Gesundheits- und Teilhabechancen führen kann, vor allem bei Situationen von chronischen Armutslagen. Familie kann als Schutz und Ressource wirken, wenn eine gute emotionale Beziehung von Kindern und Eltern gegeben ist (Currie et al. 2004). Aus vielen Studien ist belegt (z. B. Erhart et al. 2007), dass das positive Eingebundensein in die Familie vor psychischen und physischen Gesundheitsproblemen schützen kann. Somit sind das Familienklima, der Familienzusammenhalt, die familiäre Kommunikation, das Erziehungsverhalten der Eltern und die erfahrene soziale Unterstützung für die körperliche, psychische und soziale Gesundheit von großer Bedeutung. Ein weiterer Schutzfaktor für die Gesundheit ist eine gute Einbindung in weitere soziale Netzwerke wie Freunde, Schule, Vereine, Nachbarschaft etc. Die positive Kooperation mit dem Bildungssystem, als weiterer Sozialisationsinstanz, wie auch ein austarierender Umgang in den Familien mit der Mediennutzung und Freizeitgestaltung der Kinder und Jugendlichen etc. sind für das Familienklima immens wichtig. Ein entscheidender Faktor ist die gemeinsam geteilte Zeit und gerade hier beklagen immer mehr Familien ein großes Defizit (Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend 2012).

Gesundheit und Familienformen

Bezüglich der Indikatoren für das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen, die bisher gut dokumentiert sind, wie Krankheitsstand, Selbsteinschätzung der Gesundheit, Substanzkonsum, Frühstück an Schultagen, Zahngesundheit, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen etc. zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Familienformen. Die Befunde sind dahingehend eindeutig, dass Alleinerziehende im Vergleich zu Elternpaaren deutlich schlechtere Werte aufweisen und damit besondere Gesundheitsrisiken tragen (vgl. Klocke und Becker 2003: 192). Dies deutet auf eine unzureichende sozialpolitische Unterstützung dieser Lebensform hin, die z. B. adäquat auf das höhere Armutsrisiko von Alleinerziehenden (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2012) reagieren würde. Für die größeren Gesundheitsprobleme in dieser Familienform verantwortlich ist der große Anteil an Einelternfamilien aufgrund von Trennungen oder Scheidungen. Nicht die Trennung oder die Scheidung an sich ist Ursache von Problemen, sondern die dieser Situation vorausgehenden Entwicklung der Verschlechterung des familiären Klimas (Kolip und Lademann 2006). Auch andere Familienkonstellationen wie Lebensgemeinschaften und Fortsetzungsfamilien weisen schlechtere Werte hinsichtlich der Gesundheitseinschätzung, der sozialen Unterstützung, der mentalen Gesundheit, des gesundheitsriskanten Verhaltens von Kindern und Jugendlichen (z. B. Substanzkonsum) etc. im Vergleich zur klassischen Kleinfamilie auf (vgl. Erhart und Ravens-Sieberer 2008).

Familie kann als Schutz und Ressource wirken, wenn eine gute emotionale Beziehung von Kindern und Eltern gegeben ist.

Gesundheit und soziale Lage von Familien

Die Familie ist für Kinder eine „Bedingungs- und Vermittlungsinstanz“ (Grunert und Krüger 2006: 100), die die Zugänge zu sozialen, kulturellen, finanziellen und eben auch gesundheitlichen Ressourcen reguliert. Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen den Möglichkeiten von Familien, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu pflegen, und der jeweiligen Schichtzugehörigkeit (Elkeles 2010). Eine Risikogruppe für Gesundheitsbelastungen und riskantes Gesundheitsverhalten sind die Familien, die von sozialen Exklusionsprozessen, von Erwerbslosigkeit sowie Dauerabhängigkeit vom Hilfesystem bedroht sind. Wachsen Kinder unter den Bedingungen anhaltender

(relativer) Armut auf, zahlen sie dafür auch einen krankheitsrelevanten Preis, es besteht die Gefahr, dass diese Kinder früh „Risikobiografien“ ausbilden.

Was bedeutet die „neue Morbidität“ im Kindes- und Jugendalter?

Eine Charakterisierung des Krankheitsspektrums von Kindern und Jugendlichen in den vergangenen Jahrzehnten lässt zunächst folgende zentrale Merkmale erkennen:

Gesundheitsschädigende Lebensstile können aus einer einseitigen kalorienhaltigen, ballaststoffarmen Ernährung bestehen. Wenn Bewegungsarmut hinzukommt, können mögliche schwerwiegende gesundheitliche Konsequenzen drohen.

rückläufige Entwicklung der Infektions- und Mangelkrankungen im Kindes- und Jugendalter sowie deutliche Zunahme der chronischen Krankheiten und psychischen Störungen. Dieser Wandel des Krankheitsspektrums wird als „neue Morbidität“ bezeichnet und charakterisiert den

Übergang von den akuten zu den chronischen Krankheiten sowie von den somatischen zu den psychischen Störungen (Reinhard und Petermann 2010: 14). Die „neue Morbidität“ wird zum Großteil aus Störungen der Entwicklung, der Emotionalität und des Sozialverhaltens erklärt: Hierzu zählen Entwicklungs- und Verhaltensstörungen wie z. B. Lernstörungen, Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen, Gewaltbereitschaft, emotionale Auffälligkeiten sowie Alkohol- und Drogenkonsum (Ravens-Sieberer o.J.: 3).

Viele Untersuchungen vermuten einen Zusammenhang zwischen Störungsbildern der „neuen Morbidität“ mit sozioökonomischen und psychosozialen Faktoren. Dazu werden auch Lebensumstände und Gewohnheiten in die neueren Untersuchungen wie der KiGGS-Studie einbezogen, um herauszufinden, welche Auswirkungen auf die physiologischen und wichtigen Eigenaktivitäten der Kinder entstehen. Damit soll der Umfang der Störungsbilder genauer erklärt werden (Schlack o.J.: 1).

Aus früheren Untersuchungen über Kinderkrankheiten standen nur Schätzungen zur Verfügung (Schlack 2004), die besagten, dass annähernd ein Drittel aller Kinder von den neuen Kinderkrankheiten betroffen ist. Inzwischen bestätigen neuere Untersuchungen, dass bereits über ein Viertel aller Kinder vor ihrem zehnten Lebensjahr eine oder mehrere Therapien zur Förderung ihrer Entwicklung in Anspruch genommen hat (ebd.).

Aus den aktuellen Daten der Bella-Studie ist zu entnehmen, dass 20 Prozent der Kinder von psychischen Auffälligkeiten betroffen sind (Ravens-Sieberer et al. 2007: 871ff.). Danach werden 5 Prozent aller Jungen und Mädchen als depressiv, 10 Prozent als ängstlich und 7 Prozent als auffällig im Sozialverhalten eingestuft. Der soziale Status und der Migrationsstatus, die ebenfalls in die Studie einbezogen wurden, bilden Risikofaktoren, die seelische Störungen erhöhen können. Die im Folgenden verwendeten Gesundheitsdaten sind für wichtige Studien, z. B. KiGGS-Studie, eine erste Bestandsaufnahme. So liefern einige Studien lediglich zu einem ersten Erhebungszeitpunkt Daten und es ist nicht möglich, über längere Zeiträume entsprechend repräsentative Daten einzubeziehen. Dies kann erst durch zukünftige Erhebungen geleistet werden.

Jugendliches Ernährungsverhalten

Im Jugendalter entwickeln sich individuelle Ernährungsgewohnheiten, die sich zu unterschiedlichen Lebensstilen weiterentwickeln können. Diese Lebensstile zeichnen sich durch gesundheitsschädigende oder gesundheitsfördernde Ernährungspraktiken aus. Gesundheitsschädigende Lebensstile können aus einer einseitigen kalorienhaltigen, ballaststoffarmen Ernährung bestehen. Wenn Bewegungsarmut hinzukommt, können mögliche schwerwiegende gesundheitliche Konsequenzen wie z. B. im Bereich des Muskel-Skelett-Apparates oder des Herz-Kreislauf-Systems drohen. Junge Menschen sollten Zugang zu gesunder Ernährung und Ernährungsverhalten erhalten, damit sie lernen können, sich für einen gesunden Lebensstil zu entscheiden. Aufgrund der veränderten soziokulturellen Lebensweise hat sich das Ernährungsverhalten in vielen Familien gewandelt. Das Essen zählt im Alltag nicht mehr zu den festen Gewohnheiten und wird zu einer bestimmten Tageszeiten eingenommen. Essen bzw. kleinere Mahlzeiten nehmen Jugendliche oft nur noch nebenbei, z. B. während des Medienkonsums, oder außerhalb der Familie als „Snacking“ ein (Rehaag et al. 2011: 96ff.).

Frühstücksverhalten

Ein Frühstück ist wichtig für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen. Diejenigen, die zu einem regelmäßigen Frühstück kommen, haben einen gesünderen Lebensstil und erreichen in der Schule bessere Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen. Weiterhin verfügen Kinder, die regelmäßig frühstücken, über eine ausgewogenere Ernährung und sind besser gegen die Entwicklung von Übergewicht geschützt (HBSC-Team Deutschland 2011).

Immer mehr Kinder gehen ohne Frühstück in die Schule. Auch hierbei spielt der soziale Gradient eine Rolle. In Familien mit niedrigem familiärem Wohlstand bekommen weniger Kinder ein Frühstück (50 Prozent der Mädchen), während es in wohlhabenden Familien häufiger ein Frühstück gibt (70 Prozent) (Jungen vgl. Diagramm 2).

Körpergewicht von Kindern und Jugendlichen

Die Zunahme des Körpergewichts bei Erwachsenen hat in den letzten zehn Jahren in Europa ein epidemisches Ausmaß angenommen, 2010 sollen 10 Prozent der Erwachsenen adipös sein. Der Anteil der übergewichtigen Kinder und Jugendlichen hat gegenüber den 1980er und 1990er Jahren um 50 Prozent zugenommen (RKI/BZgA 2008: 14). So werden 15 Prozent aller Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen 3 und 17 Jahren als übergewichtig und sechs Prozent als adipös eingestuft. Der Vergleich dieser Daten mit Untersuchungen aus den 1980er und 1990er Jahren zeigt einen Anstieg übergewichtiger und adipöser Kinder um 50 Prozent (ebd.).

Das Phänomen des Übergewichts gilt als ernsthaftes Gesundheitsproblem, denn diese Prädisposition im Kindes- und Jugendalter erhöht das Übergewichtsrisiko im Erwachsenenalter. Zudem kann das Übergewicht im Kindes- und Jugendalter gesundheitliche Konsequenzen aufzeigen wie etwa kardiovaskuläre, orthopädische und metabolische Veränderungen und Erkrankungen. Durch Übergewicht sind Einschränkungen in der Lebensqualität sowie auch Stigmatisierung zu erwarten (HBSC-Team 2009: 1).

Nach dem Body-Mass-Index (BMI) sind 8,5 Prozent der Mädchen und 10,8 Prozent der Jungen übergewichtig und adipös. Ein leichter Geschlechterunterschied zulasten der Jungen wird in allen Alterskategorien sichtbar. Als untergewichtig gelten 15,1 Prozent der Mädchen und 10,9 Prozent der Jungen.

Der Geschlechterunterschied wird über alle Altersklassen der 11-, 13- und 15-Jährigen sichtbar. Der Anteil der übergewichtigen/adipösen Jungen nimmt bei den 13- bis zu den 15-Jährigen etwas zu. Bei den Mädchen hingegen ist ab dem 13. Lebensjahr ein leichter Rückgang festzustellen.

len. Der familiäre Wohlstand hat auch einen Einfluss auf das Körpergewicht von Kindern und Jugendlichen. Je höher der familiäre Wohlstand, umso weniger übergewichtige Kinder findet man in diesen Familien. Für Mädchen zeigt sich: je höher der familiäre Wohlstand, desto höher der Anteil der Untergewichtigen (ebd.).

Essstörungen

Essstörungen gehören nach der Statistischen Klassifikation (ICD 10⁴) zu den psychischen und Verhaltensstörungen. Dazu werden Magersucht (Anorexia Nervosa), Ess-Brech-Sucht (Bulimia Nervosa), Episoden von Fressanfällen ohne gewichtsregulierende Gegensteuerung (Binge Eating Disorder), Fettsucht (Adipositas), Essattacken im Zusammenhang mit psychischen Störungen sowie sonstige Essstörungen gezählt.⁵

Das Phänomen des Übergewichts gilt als ernsthaftes Gesundheitsproblem, denn diese Prädisposition im Kindes- und Jugendalter erhöht das Übergewichtsrisiko im Erwachsenenalter.

Diagramm 1: Häufigkeitsverteilung der Einnahme eines Frühstücks an Schultagen von Mädchen nach familiärem Wohlstand, in Prozent

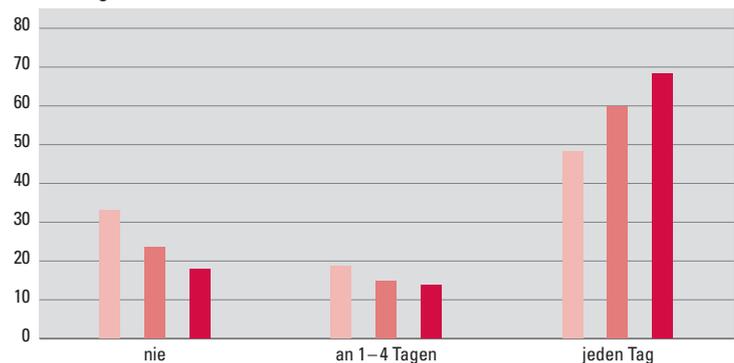
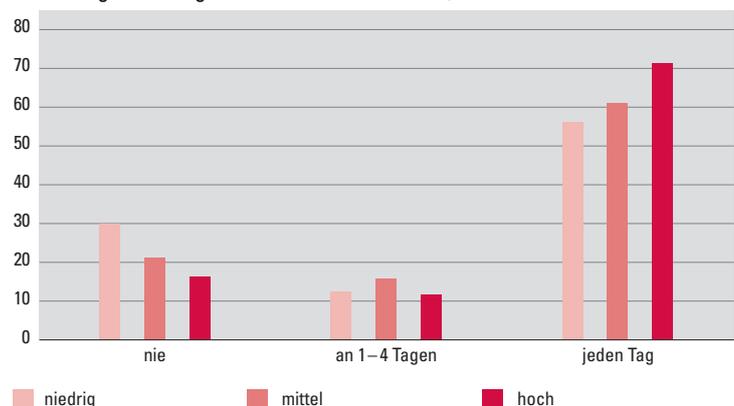


Diagramm 2: Häufigkeitsverteilung der Einnahme eines Frühstücks an Schultagen von Jungen nach familiärem Wohlstand, in Prozent



Quelle: HBSC-Team Deutschland (2011), <http://www.gbe-bund.de>

⁴ International Classification of Disease (ICD 10) (vgl. Weltgesundheitsorganisation [WHO], 2005)

⁵ Zu den sonstigen Essstörungen zählen atypische Anorexie oder Bulimie, psychisch bedingter Appetitverlust, wiederholtes Kauen und Ausspucken von Nahrungsmitteln, ohne sie hinunterzuschlucken. Quelle: Hölling, H., o.J.

Essstörungen sind bei Jugendlichen kein ungewöhnliches Phänomen, denn mehr als 20 Prozent der Jugendlichen, vor allem Mädchen, weisen häufig Anzeichen von Magersucht (Anorexia Nervosa) und Ess-Brech-Sucht (Bulimia Nervosa) auf. Nach den Daten der KiGGS-Studie⁶ treten bei Jugendlichen aus Familien mit einem niedrigen sozio-

ökonomischen Status (SES) Essstörungen fast doppelt so häufig auf gegenüber Familien mit dem höchsten SES.

Essstörungen treten schon früh auf, so können bei 21,9 Prozent der 11- bis 17-Jährigen Symptome festgestellt

werden. Bei den Mädchen steigt ab dem 13. Lebensjahr die Zahl der Erkrankten auf über 30 Prozent und sinkt ab dem 17. Lebensjahr wieder ab. Bei den Jungen fällt hingegen die Zahl der Erkrankten vom 11. Lebensjahr an ständig bis zum 17. Lebensjahr. Außerdem verdeutlichen Daten der SCOFF-Befragung, dass Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Kindern aus Familien ohne Migrationshintergrund eine um ca. 50 Prozent erhöhte Quote an Essstörungen aufweisen (Schlack et al. o.J.: 6).

Die Risiken für Essstörungen werden auf eine große Zahl von Einflussfaktoren zurückgeführt, die ein vielschichtiges Bild zeichnen, das nur überblicksartig dargestellt werden kann. Die Störungen können aufgrund tief greifender Entwicklungsprobleme, unbewusster Konflikte und unerkannter Traumata auftreten. Auch emotionale und verhal-

tensbezogene Beeinträchtigungen werden festgestellt (Deutsches Rotes Kreuz [DRK] 2011: 46). Einen zentralen Aspekt bilden die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, die Diskrepanz zwischen Selbsteinschätzung und tatsächlichem Gewichtsstatus, die Kontrolle des eigenen Körpers. Dazu beeinflussen individuelle Faktoren (Veranlagung, psychogene Faktoren), die beginnende Pubertät, geringes Selbstwertgefühl, die familiäre Situation, Gewalterfahrungen wie sexueller Missbrauch und gesellschaftliche Einflussfaktoren wie durch Medien vermittelte Schlankheitsnormen sowie Peereinflüsse (Schlack et al., o.J.: 6).

Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS)

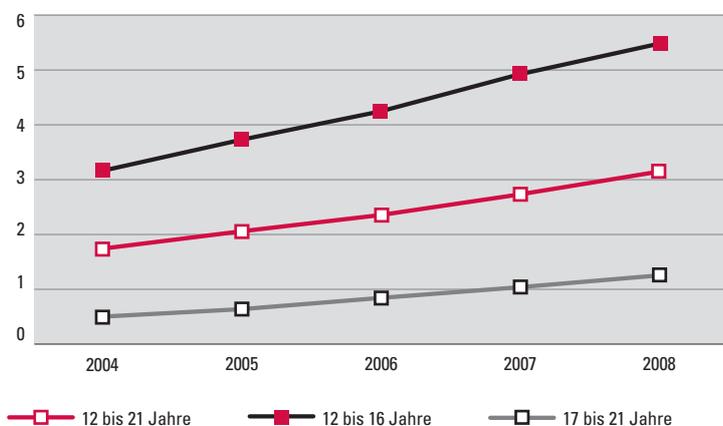
Familien leisten Unterstützung und Hilfe für die Gesunderhaltung der Familienmitglieder und können Belastungen abbauen, je nachdem wie sie z. B. mit Hilfestellungen bei Gesundheitsproblemen von Eltern oder Kindern umgehen können. Diesen Zusammenhang untersucht eine Studie, die der Frage nach Belastungen durch ADHS für die ganze Familie nachgeht (Studie/247, o.J.). Die Studie konzentriert sich auf die Wahrnehmung der Erkrankung ADHS und deren Folgen für die Eltern und betroffenen Kinder. Die Folgen sind Zeitknappheit und Defizite in der Familienorganisation der betroffenen Familien. Der psychosoziale Druck steigt in den betroffenen Familien stark an und erhöht das Konfliktpotenzial.

ADHS ist eine chronisch verlaufende psychische Störung, zu deren Kernsymptomen Unaufmerksamkeit, Ablenkbarkeit, Hyperaktivität, Impulsivität zählen. Aus den KiGGS-Daten ist bekannt, dass bis zur Einschulung etwa 1,5 Prozent aller Kinder von ADHS betroffen sind. Nach dem Schuleintritt steigt die Erkrankungsrate auf 5,3 Prozent aller Kinder an (Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (BMFSFJ), 2009a: 112 – siehe auch Infografik). Insgesamt erfahren 7,9 Prozent der Jungen in der Altersgruppe der 3- bis 17-Jährigen eine ADHS-Diagnose. Bei den Mädchen liegt der Anteil in der vergleichbaren Altersgruppe mit 1,8 Prozent erheblich darunter. Große Unterschiede zeigen sich auch hier bei der Aufschlüsselung nach dem sozioökonomischen Status der Familie (Schlack, o.J.: 6).

Als Ursache von ADHS werden multikausale biopsychosoziale Faktoren vermutet. So wird in der Literatur über

Essstörungen können aufgrund tief greifender Entwicklungsprobleme, unbewusster Konflikte und unerkannter Traumata auftreten. Auch emotionale und verhaltensbezogene Beeinträchtigungen werden festgestellt.

Diagramm 3: Anteile an Versicherten mit mindestens einer ambulanten oder stationären „hyperkinetische Störung“ (F90) 2004 – 2008, in Prozent



Quelle: KKH-Allianz (Hrsg.): Weißbuch Prävention 2010/2011. Gesund jung?! Berlin, Heidelberg, 2011, S. 74

⁶ (KiGGS) Kinder- und Jugendgesundheits surveys

genetische Ursachen sowie organische Ursachen berichtet. Auch psychosoziale Vorbelastungen wie gewaltgeprägtes Erziehungsverhalten, psychische Erkrankung der Eltern, soziale Ablehnung in der Schule werden beobachtet. Kinder mit früh erworbenen ADHS/ADS-Symptomen haben ein Risiko für fortgesetzte Verhaltensprobleme, Schulprobleme und allgemeine eingeschränkte Lebensqualität. Deshalb ist eine frühzeitige Intervention bei den betroffenen Kindern erforderlich (ebd.: 112).

Motorik

Körperliche Bewegung ist im Kindes- und Jugendalter für die organische und motorische Entwicklung sowie bei der Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben und der Ausbildung sozialer Handlungsfähigkeit ein unverzichtbarer Schutzfaktor für die Gesundheit. Ihr kommt der natürliche Bewegungsdrang von Kindern entgegen, der ihnen ermöglicht, die Umwelt zu erkunden, die eigenen motorischen Fähigkeiten kennenzulernen und auszuprobieren und mit Gleichaltrigen zu spielen (Oppen et al., 2007: 879).

Bei bewegungsintensiven Spielen laufen viele gesundheitsförderliche Prozesse ab, die der gesamten körperlichen Entwicklung zugutekommen (ebd.). Hier liegt auch der Schlüssel für körperliche Selbsterfahrung und Fitness. Demgegenüber ist Bewegungsmangel ein Risikofaktor, der negative Konsequenzen haben kann wie motorische Defizite, psychosoziale Störungen und Verhaltensauffälligkeiten sowie vermindertes Selbstwertgefühl (BMFSJ, 2009b: 299).

Deshalb ist im Kindes- und Jugendalter Bewegung unverzichtbar für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil, da vorwiegend sitzende Tätigkeiten und fehlende Mobilität die körperliche Entwicklung beeinträchtigen. Nach der KiGGS-Studie sind 58 Prozent der 4- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen in einem Sportverein engagiert. Die Unterschiede zwischen Mädchen (52 Prozent) und Jungen (63 Prozent) sind relativ gering. Es besteht ein Trend zu einer immer früheren Vereinsmitgliedschaft, denn von den 4- bis 5-jährigen Kindern sind bereits 52,1 Prozent als Mitglieder erfasst (BMFSJ 2009b: 299). Der höchste Mitgliederanteil wird im Grundschulalter bei 6- bis 10-jährigen Mädchen mit 57,3 Prozent erreicht, bei Jungen liegt der entsprechende Anteil mit 71,4 Prozent noch höher. Allerdings wird mit diesem Alter ein Gipfelpunkt erreicht, denn danach sinken die Mitgliederanteile wieder ab.

Die WHO empfiehlt für Kinder und Jugendliche jeden Tag mindestens eine Stunde eine moderate körperliche Aktivität. Hierzu stellt die Motorikstudie (MoMo) auf der Basis der KiGGS-Studie fest, dass in Deutschland diese Empfehlung für Kinder und Jugendliche bei Weitem nicht erreicht wird: So sind es lediglich 15,3 Prozent der 4- bis 17-Jährigen, die dieses Ziel erreichen. Auch die Daten aus den Bildungsinstitutionen liefern dazu ein ernüchterndes Bild, denn im Kindergarten nimmt der Sport nur 1,5 Stunden in der Woche ein und in der Schule sind es nur 2,5 Stunden pro Woche (ebd.: 300).

Die aktuelle Motorikstudie (MoMo) fand erhebliche Defizite in der motorischen Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen. Sie zeigt, dass beispielsweise 86 Prozent der untersuchten Kinder und Jugendlichen zwischen 4 und 17 Jahren nicht in der Lage waren, nur eine Minute ohne Bodenberührung auf einer T-Schiene zu stehen. Weitere Defizite wurden im Vergleich zu einer Untersuchung von 1976 sichtbar, wo es um die Messung der Kraftfähigkeit durch Standweitsprung ging. Hierbei wurde eine Verschlechterung der erzielten Weiten um 14 Prozent festgestellt. Vor 30 Jahren gelang es noch 16 Prozent der Jungen, im Durchschnitt über die eigene Körpergröße zu springen. Dies gelang in der MoMo-Studie nur noch vier Prozent der Jungen. Mädchen schafften es im Vergleich zu 1976 nur noch in sieben Prozent der Fälle, über die eigene Körpergröße zu springen. Auch in der MoMo-Studie lassen ein niedriger Sozialstatus sowie Migrationshintergrund ein schlechteres Abschneiden der Kinder und Jugendlichen bei körperlich-sportlichen Aktivitäten erkennen (ebd.).

Körperliche Bewegung ist im Kindes- und Jugendalter für die organische und motorische Entwicklung sowie bei der Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben und der Ausbildung sozialer Handlungsfähigkeit ein unverzichtbarer Schutzfaktor für die Gesundheit.

Allgemeiner Gesundheitszustand

Häufig messen Gesundheitssurveys den allgemeinen Gesundheitszustand. Dabei werden Einschätzungen der befragten Personen zu Krankheiten und Beschwerden erfasst sowie gesundheitsbezogene Einstellungen und Bewertungen. Die subjektiven Einschätzungen der Gesundheit werden als guter Prädiktor für den Vergleich mit „objektiven“ Gesundheitsparametern eingesetzt (Lampert, 2010: 48ff.). Diagramm 4 verdeutlicht den mittelmäßigen, schlechten oder sehr schlechten allgemeinen

Gesundheitszustand, gegliedert nach Altersgruppen. Auffällig ist bei den Mädchen ein Anstieg bei den 14- bis 17-Jährigen. Bei den Jungen zeigt sich ein U-förmiger Verlauf, der auch bei den 14- bis 17-Jährigen einen Höchstwert erreicht. Der gesündeste Altersabschnitt scheint zwischen sieben und zehn Jahren zu liegen. Welche Erkrankungen daran beteiligt sind, wird im nächsten Abschnitt zur physischen Gesundheit dargestellt.

Die physische Gesundheit

Die „neue Morbidität“ verdeutlicht die Veränderung des Krankheitsspektrums, die anhand der Forschungsergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) aktuell belegt wird. Zur Darstellung der physischen Gesundheit liegen Daten aus der Ersterhebung zum

Die erschreckenden Daten über die Zunahme des Körpergewichts von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen zeigen Handlungsbedarf für Familie, Schule und Gesellschaft auf und verweisen auf Defizite im Ernährungsbewusstsein und Bewegungsverhalten.

breiten Spektrum von akuten und chronischen Krankheiten im Kindesalter vor (Kamtsiuris et al., 2007: 686ff.).

Bei den akuten Erkrankungen fallen bei den 0- bis 17-Jährigen Erkältungen oder grip-

pale Infekte mit 88,5 Prozent Häufigkeit auf. Noch höher ist das Erkältungsrisiko bei den 3- bis 6-Jährigen. In der KiGGS-Aufstellung folgt Angina (Mandelentzündung), die im Berichtszeitraum der letzten 12 Monate bei 18,5 Prozent der untersuchten 0- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen aufgetreten ist. Eine akute Bronchitis (nicht bei Asthma) konnte bei 19,9 Prozent derselben Population beobachtet werden. Häufiger betroffen sind dabei die 0- bis 2-Jährigen und die 3- bis 6-Jährigen. An Pseudokrupp erkranken 6,6 Prozent der 0- bis 10-Jährigen in Deutschland. Die Magen-Darm-Infektionen bilden laut KiGGS-

Studie die zweitgrößte Erkrankungsgruppe. Im Berichtszeitraum der letzten 12 Monate hatten annähernd 46,8 Prozent der 0- bis 17-Jährigen mindestens einmal Durchfall bzw. eine Magen-Darm-Infektion. Bei den 3- bis 6-Jährigen liegen die Angaben höher mit 58,9 Prozent.

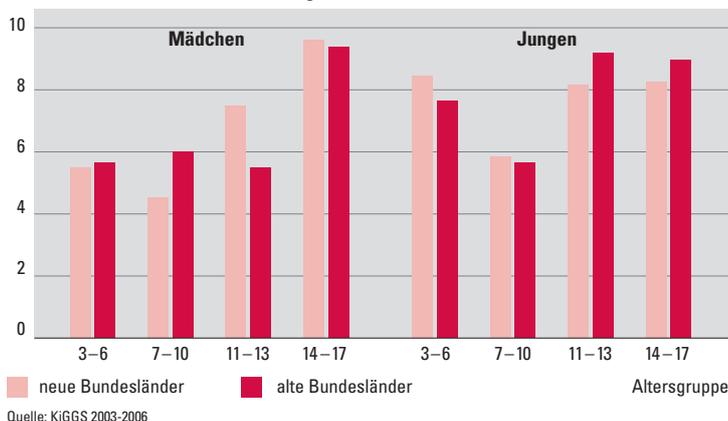
Bei den chronischen Erkrankungen erkranken insgesamt zwischen 10 Prozent und 13 Prozent aller Kinder und Jugendlichen an Bronchitis, Neurodermitis oder Heuschnupfen; Asthma erreicht eine Häufigkeitsrate von 4,7 Prozent. Die KiGGS-Daten liefern einen ersten bundesweiten repräsentativen Überblick bei 0- bis 17-Jährigen über akute, chronische und ansteckende Erkrankungen für das Kindes- und Jugendalter. Für eine detaillierte Darstellung sollte die Erfassung der Daten in den einschlägigen Publikationen nachgeschlagen werden, da in diesem Artikel nur eine überblicksartige Darstellung geleistet werden kann (ebd.: 686ff.).

Ausblick und Schlussfolgerungen zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Wie die analysierten Daten verdeutlichen, sind Familien mit vielfältigen sozialen und gesundheitlichen Herausforderungen konfrontiert, wenn es um das Ernährungsverhalten, körperliche Entwicklung (Körpergewicht, Essstörungen, Bewegung), Erkrankungen wie ADHS, Motorik, den allgemeinen Gesundheitszustand und die physische Gesundheit geht. Das in den einschlägigen Gesundheits-surveys untersuchte Ernährungsverhalten zeigt beispielsweise, dass in sozial benachteiligten Familien fast ein Drittel aller Kinder ohne Frühstück in die Schule geht. Die erschreckenden Daten über die Zunahme des Körpergewichts von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen zeigen Handlungsbedarf für Familie, Schule und Gesellschaft auf und verweisen auf Defizite im Ernährungsbewusstsein und Bewegungsverhalten.

Die Häufigkeit des Auftretens von Essstörungen bei mehr als 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen verweist auf einen Zusammenhang zwischen der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und der Diskrepanz zwischen Selbsteinschätzung und tatsächlichem Gewichtsstatus. Dies lässt auf Verunsicherungen und Ängste in der Jugendphase schließen, die durch mediale Botschaften, durch Casting-Shows, Modellwettbewerbe, öffentliche Diskussionen über Schönheit, Schlankheit und Magersucht noch weiter angeschürt werden.

Diagramm 4: Anteil der Kinder und Jugendlichen mit mittelmäßigem, schlechtem oder sehr schlechtem allgemeinem Gesundheitszustand



In den öffentlichen Diskussionen sind widersprüchliche Meinungsbilder über das „rechte Maß“ und das „richtige“ Leben im Gange (vgl. Rehaag et al. 2011: 107). Dadurch entstehen zunehmend Diskrepanzen zwischen gesundem Selbstbewusstsein und inszenierter Körperlichkeit, die durch eine individualisierte Verhaltensprävention allein nicht mehr reguliert werden können. Prävention und Gesundheitsförderung brauchen neue gesellschaftspolitische Zielvorstellungen, die durch klare Medienbotschaften, pädagogische Konzepte, Ernährungskompetenzen und Gesundheitsförderung die „Verankerung eines gesunden Lebenswandels“ unterstützen (ebd.: 108).

Anscheinend fehlen auch bei weniger entwicklungsaffälligen Jugendlichen einfache Grundeinsichten über gesunde Lebensstile; hier ist Ernährungserziehung gefragt. Sicherlich werden viele Anstrengungen in der Aufklärung und Gesundheitsförderung geleistet, aber Gewichtsreduzierung und Verbesserung des Bewegungsverhaltens braucht stigmatisierungsfreie, zielgruppenspezifische, sozialräumliche und geschlechtsspezifische Handlungskonzepte.

Ein Handlungsfeld sollte verstärkt im Bewegungsbereich liegen, denn obwohl oftmals Kinder besonders früh Mitglieder in Sportvereinen werden, zeigen die Daten zur Motorik und Fitness ein unbefriedigendes Bild. 84,7 Prozent der Kinder und Jugendlichen liegen deutlich unter dem von der WHO empfohlenen Minimum an Bewegung. Auch in den Bildungsinstitutionen ist das Sportangebot viel zu gering.

Ein weiteres Problemfeld ist die Zunahme des Krankheitsbildes ADHS, das sich nach einer Sonderauswertung von Krankenversichertendaten von 2004 bis 2008 deutlich erhöht hat, so z. B. bei den 17- bis 21-Jährigen mehr als verdoppelt. Zu den psychosozialen Vorbelastungen dieser Störung werden auch ein gewaltgeprägtes Erziehungsverhalten, psychische Erkrankung der Eltern, soziale Ablehnung in der Schule angeführt. Das sind psychosoziale Probleme, die von der Kinder- und Jugendhilfe verstärkt aufgegriffen werden müssen. Angesichts der Zuwachsraten und der möglichen Überforderung von Eltern sind hier Unterstützungsleistungen vonnöten.

In den KiGGS-Daten sind darüber hinaus chronische Krankheiten im Kindes- und Jugendalter wie Allergien, Heuschnupfen, Asthma, obstruktive Bronchitis deutlich auffallende Gesundheitsprobleme, die zusammen mit den

akuten und ansteckenden Krankheiten eine große Belastung für Kinder, Jugendliche und Eltern sind.

Fragen der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind von besonderer Bedeutung. Kinder und Jugendliche symbolisieren die Zukunft der Gesellschaft. Entwicklungen, die in der Kindheit begonnen haben, werden in der Jugend häufig fortgesetzt und wirken ins Erwachsenenalter.

In der Beschäftigung mit der Thematik Kindheit – Jugend – Gesundheit spiegeln sich allgemeine gesellschaftliche Trends, die sich hier verdichten und dadurch an Aussagekraft gewinnen. In diesem Zusammenhang sind die Ausgangsbedingungen in den Herkunftsfamilien für die Heranwachsenden in Bezug auf

Ernährung, Bewegung, das Verständnis von Gesundheit/ Krankheit, das Gesundheitshandeln usw. entweder eine Chance für eine gelingende Anpassung oder eine Blockade. Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Milieus zeigen eine deutliche Beeinträchtigung ihrer psychosozialen

Prävention und Gesundheitsförderung brauchen neue gesellschaftspolitische Zielvorstellungen, die durch klare Medienbotschaften, pädagogische Konzepte, Ernährungskompetenzen und Gesundheitsförderung die „Verankerung eines gesunden Lebenswandels“ unterstützen.

Die Autoren



Dr. Horst Hackauf
Diplomsoziologe, Lehrbeauftragter der
Universität Innsbruck / Institut für
Erziehungswissenschaft

Kontakt

hackauf@soziotopos.de



Dr. Heike Ohlbrecht
Humboldt-Universität zu Berlin, Institut
für Rehabilitationswissenschaften,
Abteilung Soziologie der Rehabilitation.

Kontakt

heike.ohlbrecht@rz.hu-berlin.de

alen Gesundheit und weisen eher riskantes Gesundheitsverhalten auf, auch weil es hier oft zu einem Ungleichgewicht von Schutz- und Risikofaktoren in der Bewältigung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben kommt.

Aufgrund unterschiedlicher Sozialisationsbedingungen, angesichts schichtspezifischer Ressourcenausstattung in den Familien und ungleicher Lebenschancen müssen die Kinder und Jugendlichen ihr Verhältnis von „Leibsein und Körperhaben“ (vgl. Plessner 1928) unter neuen Bedingungen als Teil ihrer Identitätsarbeit aktiv und anhand neuer Formate gestalten. Das Wegbrechen von tradierten Orientierungsmustern und vorgelebten Routinen, die Vielfalt an Optionen und die neuen Aushandlungsprozesse in Familien im Zuge gesellschaftlicher Modernisierung erschweren diesen Prozess zusätzlich.

Prävention und Gesundheitsförderung können hierzu nicht mehr mit einem individuellen Verhaltensansatz von Ein-

zelmaßnahmen erfolgreich sein, wie der Blick auf die Wirksamkeitsanalyse von 19 schulbasierten Präventionsprogrammen zeigt (vgl. Rehaag et al. 2011: 108). Es gilt, den familialen Wandel, die Berufstätigkeit von Frauen und die gestiegenen Mobilitäts- und Flexibilisierungsanforderungen der Arbeitswelt mit dem Funktionsverlust der familienbezogenen Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu vereinbaren. Für Kinder und Jugendliche könnten der Umgang mit neuen Risiken abgefangen und bestehende Defizite sowie Versorgungslücken unter anderem reduziert werden durch eine ausgebaute Ganztagschule, in der neue Kooperationen mit Sportvereinen, Achtsamkeitstrainings, Yogaschulen, Schulsozialarbeit selbstverständlich sind (ebd.: 10)

Eine ausführliche Literaturliste zum Artikel finden Sie unter www.ajs-bw.de

Dr. Manuela Richter-Werling

Verrückt? Na und!

Seelisch fit in der Schule. Ein wirksames Projekt zur Förderung der psychischen Gesundheit in der Schule

Seelische Gesundheit in Schulen kein Thema

Psychische Krisen manifestieren sich oft in der Jugend, werden häufig erstmals in der Schule erkannt und treten im Laufe des Lebens in fast jeder Familie auf. Dennoch stoßen die Betroffenen immer noch auf Ängste und Vorurteile. Dafür zahlt die Gesellschaft einen hohen Preis: menschliches Leid und enorme volkswirtschaftliche Kosten.

Mit Mutmachern zu mehr Offenheit und Achtsamkeit

„Verrückt? Na und!“ bricht das Schweigen und lädt junge Menschen zu einem offenen Austausch über die großen und kleinen Fragen zur seelischen Gesundheit ein. Ein Team aus Moderatoren (Psychologen, Ärzte, Sozialarbeiter) und Menschen, die psychische Krisen meistern mussten, führt in Schulen klassenweise eintägige Workshops durch: Welche Erfahrungen haben die Jugendlichen bereits mit psychischen Krisen? Was würden sie in einer solchen Situation tun, was würden sie sich wünschen? Und wie gehen sie bislang mit Glück und mit Krisen um? Besonders eindrucksvoll ist das Gespräch mit einem Betroffenen. Dadurch bekommt das komplexe Konstrukt „seelische Gesundheit“ ein Gesicht, ist zum Greifen nah – und dabei ganz normal.

Das Projekt beugt vor und hilft heilen

„Verrückt? Na und!“ wirkt dreifach. Es hilft, psychischen Krisen vorzubeugen, macht jungen Menschen Mut, aufeinander zuzugehen und offener miteinander zu reden – auch über ernste und traurige Themen – und es hilft Betroffenen dabei, die eigene Erkrankung besser zu verarbeiten. Die Wirksamkeit wurde in verschiedenen Evaluationen belegt. Die Jugendlichen nehmen ihre eigenen Stärken und Ressourcen, ihre Ängste, Vorurteile und Vorbehalte besser wahr und lernen, sie zu verstehen. Sie erfahren, wo sie Hilfe finden und wie sie Freunde unterstützen können. Indem auch die Lehrer in die Gesprächsrunden einbezogen werden, schärfen sich ihre Antennen für die Befindlichkeiten der Schüler, das wirkt sich förderlich auf das Klassenklima aus. Mit ausgereifter Strategie und belegter Wirkung hilft „Verrückt? Na und!“ präventiv und gesundheitsfördernd – eine wertvolle Kombination, die bundesweit und international Schule macht.

Weitere Infos unter:

www.irrsinnig-menschlich.de und www.verrueckt-na-und.de

ADHS-Betreuungsstrategie in einem Sozialpädiatrischen Zentrum Ein interdisziplinärer Ansatz aus der Praxis¹

■ *Es ist schon ein Dauerbrenner und gerade wieder in aller Munde: AD(H)S, das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit und ohne Hyperaktivität. Die aktuell veröffentlichten Zahlen des Barmer GEK Arztreports 2013 weisen auf einen Anstieg dieser Diagnose von 2006 bis 2011 um 42 Prozent hin, verbunden mit einer Zunahme der Verordnungshäufigkeit des Medikamentes Methylphenidat. Dass die Menge der verschriebenen Dosen nach 2010 erstmals wieder sank, wird nicht von allen Zeitungen erwähnt, die den Report zitieren. Es ist ein typisches Phänomen, dass es um AD(H)S viele kontroverse Diskussionen gibt, z. T. heftig und emotional geführt, aber eben auch viele Nöte für die Betroffenen und ihre Familien. Der Artikel berichtet von den Erfahrungen aus der Arbeit mit Betroffenen.*

Ich komme aktuell von einer Reise nach Tansania zurück, bei der es auch um die Kooperation mit einem Kinder-Rehabilitations-Zentrum am Fuße des Kilimandscharo ging. Stolz zeigten uns die dortigen Mitarbeiter ihre im Aufbau befindliche Einrichtung und schilderten uns die Probleme der von ihnen betreuten Kinder und Jugendlichen: Entwicklungsauffälligkeiten in verschiedenen Bereichen und im Verhalten als eine der Hauptschwierigkeiten AD(H)S. Rasch wurde uns klar, dass sich die Problematik vieler Kinder und Jugendlicher in Deutschland und in Tansania im Kern oft nicht wesentlich unterscheidet, sehr wohl aber das, was wir als Erwachsene so darum herumbauen. Deshalb werde ich auf Erklärungen, Rechtfertigungen und auch notwendige Selbstkritik verzichten und einfach von meinen Erfahrungen aus der täglichen Arbeit mit Betroffenen und ihren Familien berichten:

„Ich will jetzt keine Pillen mehr, ich kann es ohne schaffen“, erklärte mir der 14 Jahre alte Paul mit ADHS in der Sprechstunde des Sozialpädiatrischen Zentrums, einer ambulanten Abteilung des Kinderkrankenhauses in Stuttgart, dem Olgahospital. Dort werden Kinder und Jugendliche mit Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten im interdisziplinären Team aus Kinderärzten, Kinderpsychologen, Kindertherapeuten, Kinderkrankenschwestern und Pädagogen betreut.

Vor der Therapie steht die adäquate Diagnostik

Das ist eine klare Aussage von Paul, die wir sehr ernst nehmen, genauso wie wir es getan haben, als er vor sieben Jahren mit erheblichen Problemen zu Hause, in der Schule und in der Freizeit zu uns kam und wir dann eine eingehende Diagnostik durchführten. Ziel war damals und ist es bis heute, Paul und sein Umfeld umfassend zu verstehen und daraus individuelle Konsequenzen für die weitere Betreuung und Therapie zu ziehen. Wir hatten uns Paul unter organischen Gesichtspunkten angeschaut und besonderen Wert auf die neuropädiatrischen Aspekte und die Beurteilung der Sinne gelegt, vor allem Hören und Sehen. Er hatte nach einer differenzierten fachspezifischen Diagnostik eine Brille bekommen und eine Logopädie aufgrund seiner Schwächen im Bereich des Sprachverständnisses. Die Therapieinhalte enthielten Elemente der rhythmisch-musikalischen Erziehung. Paul entdeckte hier, quasi nebenbei, großen Spaß an der Musik und die Betreuung in einer Musikschule eröffnete ihm eine weitere Perspektive: Er spielt bis heute eifrig und regelmäßig Schlagzeug. Dabei kann er sich erstaunlich gut konzentrieren und strukturieren. Er ist mächtig stolz darauf, dass er der Jugendkapelle des Heimatdorfes den wesentlichen rhythmischen Halt geben kann. Es war uns sehr wichtig,

¹ Aus einer Abhandlung des Kindernetzwerkes: AD(H)S bei Kindern und Jugendlichen – Ergänzungen zur medikamentösen Therapie, erschienen Ende 2010.

dass er im Freizeitbereich Elemente weiter vertiefen konnte, die er in den Therapien gelernt hat, z. B. in der phasenweise durchgeführten Ergotherapie. Diese wurde eingeleitet, nachdem er neben deutlichen feinmotorischen Problemen Auffälligkeiten bei der Planung und Durchführung von Handlungsabläufen gezeigt hatte. Vorschläge für die Therapieziele wurden im Sozialpädiatrischen Zentrum erarbeitet. Dort wurden in Verlaufskontrollen die Fortschritte und die aktuellen Probleme

In der ständigen Berücksichtigung der Alltagsrelevanz wurde rasch klar, wie wichtig eine kontinuierliche Aktivität für Paul im Freizeitbereich war und ist, bei der die Freude und der Spaß im Vordergrund stehen.

festgestellt und Überlegungen zum weiteren Therapieverlauf angestellt. Dies erfolgte in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Therapeuten, die die regelmäßigen Therapieeinheiten durchführten.

Übungsfeld für ein positives Sozialverhalten – auch durch die Elemente Spaß und Freude

In dieser Phase der Grundschulzeit war – neben einem Übungsfeld für ein positives Sozialverhalten – das wesentliche therapeutische Ziel, seine exekutiven Funktionen zu verbessern, also seine Möglichkeiten und Fähigkeiten wirksam zu nutzen. Dies konnte über verschiedene verhaltenstherapeutisch orientierte Übungsprogramme eine Optimierung der grundlegenden Aufmerksamkeitsprozesse und Handlungsfähigkeiten im Alltag bewirken. In der ständigen Berücksichtigung der Alltagsrelevanz wurde rasch klar, wie wichtig eine kontinuierliche Aktivität für Paul im Freizeitbereich war und ist, bei der die Freude und der Spaß im Vordergrund stehen. Die Erfolge in diesem Bereich stärken sein Selbstvertrauen, das unter den zahlreichen negativen Rückmeldungen, die er auf sein Verhalten bekommen hatte, schon deutlich gelitten hatte. Er brauchte dringend, gerade mit seinen „Eigenheiten“, ein Übungsfeld im Sozialverhalten zum Erlernen von Strategie-

gien für ein besseres Miteinander mit seinen Kameraden, die ihn in vielen Bereichen mochten, die er aber oft heftig nervte. Das war nicht einfach, da viele Sportvereine schon früh vor allem den Leistungsgedanken und das Erreichen hochgesteckter Ziele über alles stellen und Kinder, die sich nicht optimal einfügen, eher ausgrenzen. Jemand wie Paul läuft Gefahr, dass er bei wichtigen Turnieren viel auf der Reservebank sitzt. Hier haben wir lange gesucht und genau hingeschaut: Paul war ab dem Alter von ca. acht Jahren glücklich in einem Tischtennisverein mit einem engagierten Trainer, der einen Zugang zu ihm fand, ihn motivieren, aber auch begrenzen konnte und ihm die wertvolle Erfahrung mitgab, dass es Menschen gibt, die in Höhen und Tiefen den Weg mit ihm gemeinsam gehen. Als Alternative zum Sport war lange ein Haustier in der Überlegung als Chance, aus dem engen Kontakt und der direkten Rückmeldung der Tiere auf die menschlichen Verhaltensweisen zu lernen. Doch eine Reitmöglichkeit war für die Eltern zu weit entfernt und ein Hund mit den häuslichen Möglichkeiten nicht vereinbar. Auch hatten die Eltern neben den beschriebenen Vorbehalten erhebliche Ängste vor einem ihnen in seiner Art fremden Lebewesen.

Die Bedeutung von Elternschulungen wird häufig unterschätzt

Die Beratung der Eltern nahm in dieser Zeit (noch Grundschulzeit) einen breiten Raum ein und machte deutlich, dass neben fundierten Informationen zum Störungsbild ADHS weiter gehende Hinweise wichtig sind für die Probleme, die sich daraus für die Bereiche Familie, Schule und Freizeit ergeben. Dies konnte in Elternschulungen vermittelt werden, die wir in unserer Institution anbieten. In diesem Bereich sollten erheblich mehr Angebote zur Verfügung stehen. Neben den für die Verbesserung des Grundverständnisses vermittelten Fakten bewirkt es bei einigen Eltern, dass sie nach Unterstützungsmöglichkeiten für sich selbst schauen. Alle Eltern bekamen Hilfestellung zur Verbesserung der Kommunikation mit anderen an der Betreuung der Kinder Beteiligten. Wesentlich ist aber auch, dass sie die Kommunikationskultur innerhalb der Familie verbessern konnten.

Begleitstörungen mit berücksichtigen

Wir überlegten immer wieder intensiv, ob zu der festgestellten ADHS-Symptomatik Begleiterkrankungen –

Der Autor

Dr. Andreas Oberle, Ärztlicher Direktor, Sozialpädiatrisches Zentrum am Olgahospital Klinikum Stuttgart

Kontakt

Bismarckstraße 8, 70176 Stuttgart, Tel. (07 11) 27 87 27 60, a.oberle@klinikum-stuttgart.de

Komorbiditäten – festgestellt werden können, die eine gesonderte Berücksichtigung finden müssen, und auch, ob sich im Verlauf ein ganz anderes Störungsbild herauskristallisiert, wie z.B. eine Autismus-Spektrum-Störung, eine Angststörung oder Auffälligkeiten aus dem depressiven Formenkreis. Die bei der Erstdiagnostik durchgeführte psychologische Beurteilung hatte neben kognitiven und psychosozialen Punkten diese Aspekte bereits im Visier. In den durchgeführten Verlaufskontrollen stellte sich stets die Frage, ob Handlungsbedarf besteht sowohl im diagnostischen Bereich als auch bei der Therapie, bei der für die ADHS-Kernsymptomatik schwerpunktmäßig die Verhaltenstherapie Berücksichtigung fand.

Medikation gezielt einsetzen

Zurück zu Paul: Zu Beginn unseres gemeinsamen Weges hatten wir eine unüberschaubare komplexe Lage. Paul und viele Beteiligte aus seinem Umfeld waren sehr unzufrieden mit der bestehenden Situation. Nach der Diagnose, reiflicher Überlegung der möglichen weiteren Schritte, Festlegung von Therapiezielen und realistischer Optimierung der Umgebungsfaktoren konnte eine gute Stabilisierung zunächst nur durch eine an den persönlichen Tagesablauf angepasste Medikation erreicht werden. Diese schuf eine wesentliche Voraussetzung für individuell angepasste zusätzliche Betreuungskonzepte. Der Einsatz einer Medikation erfolgte nicht leichtfertig, aber auch nicht so defensiv in dem Eindruck, als sei es die allerletzte vorhandene Möglichkeit. Sie war eingebettet in die hier beschriebenen umfassenden Überlegungen und wurde in regelmäßigen größeren Abständen überprüft. Schließlich äußerte Paul den Wunsch, es ohne Medikamente zu versuchen. Frühere und auch der aktuelle Auslassversuch erfolgten begleitet mit der Möglichkeit einer Rücksprache und nicht in einer Ausnahmesituation, z. B. im Urlaub unter unklaren und unüberschaubaren Rahmenbedingungen. Bei erkennbarer Verschlechterung der Gesamtsituation wird der Auslassversuch beendet.

Und die Schule?

Neben der Familie ist die Schule ein wichtiger Ort für das Kind und den Jugendlichen mit großem Einfluss und Auswirkungen auch auf die familiäre Situation und ein wesentlicher Partner für jeden, der an der Betreuung beteiligt ist. Es lohnt sich, immer wieder die vielfältigen und oft erstaunlich wenig bekannten Möglichkeiten, die das

Schulsystem bietet, nachzufragen. Es ist erfreulich viel Engagement der Pädagogen und Pädagoginnen vorhanden. Wenig zielführend sind dagegen Diagnosestellungen und Kommentare der Pädagogen über zu fordernde oder durchgeführte Therapien, vor allem der medikamentösen. Dies gilt natürlich auch für die kritischen Äußerungen von Nichtpädagogen über das Schulsystem an sich und die pädagogischen Konzepte im Besonderen. Leider ist zwischen den Systemen immer wieder ein Hin-und-her-Schieben von Zuständigkeiten und Erwartungen zu erkennen. Im Schulsystem besteht darüber hinaus zum Teil die Tendenz, Probleme aus dem Regelbereich in den Sonderschulbereich abzugeben. Hilfreich war uns bei Paul immer wieder die Erfahrung, dass Pädagogen und Pädagoginnen zur Zusammenarbeit gerne bereit sind, wenn sie kollegial und wertschätzend eingeladen werden.

Hinter für Außenstehende unklaren Handlungen stecken oft Überforderung und Not, die bei den vielfältigen Eigenarten der Schüler und den Strukturproblemen auch nachvollziehbar ist. Wir waren in den letzten Jahren an zahlreichen pädagogischen Weiterbildungen beteiligt, wirkten an der Ausbildung von ADHS-Beratungslehrern mit und erlebten bei zahlreichen „Runden Tischen“, wie sich Lehrerinnen und Lehrer engagieren. In unserem Team des Sozialpädagogischen Zentrums sind Pädagogen und Pädagoginnen der Schule integriert. Wir haben dadurch gelernt, wie wichtig die altersentsprechende Vermittlung des Lernstoffes ist, dass die Motivation des Schülers und seine Konzentrationslage durch den Lehrer deutlich beeinflusst werden kann und dass er in der Strukturierung von Lernprozessen viel bewirken kann (Abläufe im Unterricht, Sitzordnung, Organisation der Hausaufgaben, ...). Pädagogisches und medizinisches System ergänzen sich zu einer umfassenden Betreuung. Das Miteinander ist wesentlich, eine Austauschbarkeit in der Regel nicht gegeben. Pädagogische Systeme außerhalb der Schule können immer nur eine ergänzende oder nachgeordnete Rolle spielen. Die betreuende Lehrerin, der betreuende Lehrer der Klasse muss zwingend mit einbezogen sein. Für sie oder ihn ist es eine wichtige Hilfe bei der Arbeit, dass es weiter gehende unterstützende Möglichkeiten gibt, auf die man zurückgreifen kann.

Neben der Familie ist die Schule ein wichtiger Ort für das Kind und den Jugendlichen mit großem Einfluss und Auswirkungen auch auf die familiäre Situation und ein wesentlicher Partner für jeden, der an der Betreuung beteiligt ist.

Und das Jugend- oder Sozialamt?

Und schließlich wird, nicht nur in der Betreuung von Paul, immer wieder deutlich, dass das etablierte Hilfesystem eine weitere zentrale Rolle spielt: Die Sozial- und Jugendämter ermöglichen familienentlastende Maßnahmen und

Die Sozial- und Jugendämter ermöglichen familienentlastende Maßnahmen und für das Kind und den Jugendlichen Hilfen aus z. B. dem heilpädagogischen Bereich oder zur Stärkung der sozialen Kompetenz.

für das Kind und den Jugendlichen Hilfen aus z. B. dem heilpädagogischen Bereich oder zur Stärkung der sozialen Kompetenz. Das sind wesentliche Hilfen, die sowohl das medizinische wie das pädagogische System nicht ausreichend bieten können.

Das Kindeswohl steht im Mittelpunkt und das Bemühen, eine Gefährdung desselben zu vermeiden oder zu lindern.

Zusammenfassung und Fazit

Als Grundlage für die Betreuung von Kindern- und Jugendlichen mit ADHS im Sozialpädiatrischen Zentrum am

Olgahospital, Klinikum Stuttgart, erfolgt eine umfangreiche Diagnostik, die auch die Begleitstörungen berücksichtigt. Sie basiert auf einem organischen und psychosozialen Grundverständnis des Störungsbildes. Dabei ergeben sich verschiedene Zugangswege zur Behandlung: über das betroffene Kind/den Jugendlichen, über das familiäre oder externe Umfeld oder die Interaktionen zwischen diesen Bereichen. Eine Medikation ist eine, aber eben nicht die alleinige und keinesfalls eine immer erforderliche Möglichkeit. Entscheidend ist die genaue Kenntnis der lokalen Möglichkeiten und eine konstruktive Einbeziehung der verschiedenen Unterstützungssysteme: Pädagogik, Sozial- und Jugendhilfe, Medizin. Sehr hilfreich ist eine koordinierende Stelle.

Diese Sichtweise haben wir uns in den letzten Jahren durch die Betreuung vieler Kinder und Jugendlicher und ihrer Familien erarbeitet. Sie unterscheidet sich von den oft oberflächlichen Betrachtungsweisen, mit denen das Thema AD(H)S früher wie heute häufig in den Medien abgehandelt wird.

Wichtige Fakten

- Vor der Begleitung oder Therapie steht die umfassende Diagnostik
- Berücksichtigung, dass biologische und konstitutionelle Faktoren die ADHS verursachen und psychosoziale Faktoren die Ausprägung und den Verlauf beeinflussen
- Freizeitaktivitäten
 - Stärkung des Selbstvertrauens
 - Übungsfeld Sozialverhalten
- Vermittlung des Störungsbildes an die Betroffenen
- Elternschulungen
 - Vermittlung des Störungsbildes
 - Verbesserung der innerfamiliären Kommunikation
- Berücksichtigung von Begleitstörungen
- Definieren von Therapiezielen
- Medikation, gezielt eingesetzt, nach umfassender Diagnostik, angepasst an den persönlichen Tagesablauf
- Auslassversuche nach längeren Abständen, gut begleitet mit der Möglichkeit der Rücksprache
- Miteinander der Systeme: Pädagogik – Jugendhilfe – Medizin
- Kollegiale und wertschätzende Zusammenarbeit der unterstützenden Systeme
- Berücksichtigung lokaler Möglichkeiten

Stress und Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen

Zusammenhänge zwischen Stress und physischen/psychischen Beschwerden

■ *Wie die Ergebnisse der internationalen HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children), an der mehr als 200.000 Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 15 Jahren aus 40 Nationen teilnahmen, zeigten, sind gesundheitliche Beschwerden auch in diesem Altersbereich schon weit verbreitet. Für die deutsche Teilstichprobe gaben 26,7 Prozent der Mädchen und 15,0 Prozent der Jungen an, mindestens zwei gesundheitliche Beschwerden pro Woche zu erleben.*

Es handelt sich dabei im Wesentlichen um diffuse Beschwerden (wie Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Nervosität oder Benommenheit), die überwiegend nicht im Zusammenhang mit spezifischen akuten oder chronischen Erkrankungen stehen. In einer eigenen Studie, an der 1.699 Schülerinnen und Schüler der Klassenstufen fünf bis zehn teilnahmen, zeigten sich hohe Korrelationen zwischen den angegebenen somatischen und psychischen Beschwerden und dem Ausmaß des Stresserlebens. Dadurch lässt sich belegen, dass offenbar Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß, in dem Schülerinnen und Schüler Stress erleben, und den angegebenen Beschwerden bestehen. Es kann daher sinnvoll sein, Kindern und Jugendlichen rechtzeitig Strategien zum Umgang mit Stress zu vermitteln, um die Entstehung von Stressreaktionen, die in somatischen und psychischen Beschwerden zum Ausdruck kommen können, zu vermeiden. Gleichzeitig kann damit erreicht werden, dass unangemessene Strategien zur Stressbewältigung (wie z. B. Alkohol- und Drogenkonsum) einen geringeren Stellenwert erhalten.

Ursachen einer Stressentstehung und Arten von Stress

Stress entsteht, wenn Kinder, Jugendliche oder Erwachsene mit Anforderungen konfrontiert werden, die mit den vorhandenen Bewältigungsressourcen nicht oder nur unzureichend bewältigt werden können. Ob eine Anforderung (z. B. das Schreiben einer Klassenarbeit) als stressbezogen gesehen wird, hängt dabei von der individuellen Bewertung ab. Auch die Bewältigungsressourcen können im individuellen Fall sehr unterschiedlich sein (z. B. ob

soziale Unterstützung mobilisiert werden kann oder man mit seinem Problem allein gelassen wird). Dieselbe Situation kann daher sehr unterschiedlich bewertet werden, sodass auch das Ausmaß des erzeugten Stresses sehr unterschiedlich erlebt werden kann. Ob es zu chronifizierten Stressreaktionen (im Sinne von somatischen und psychischen Beschwerden) kommt, hängt dabei im Wesentlichen davon ab, wie dauerhaft der Stresszustand ist. Vor allem bei einem andauernden und immer wiederkehrenden Stresszustand ist verstärkt mit chronifizierten Stressreaktionen zu rechnen. Denkbar wäre dies beispielsweise bei einer lang anhaltenden Überforderungssituation im Leistungsbereich, bei andauernden Mobbing-erfahrungen oder kontinuierlichen Streitigkeiten im familiären Bereich. Es kommt also darauf an, lang andauernde Stresserfahrungen im Blick zu behalten und eine Sensitivität für dadurch erzeugte Stressreaktionen zu entwickeln, um in derartigen Situationen rechtzeitig Unterstützung anzubieten. Dies gilt in besonderem Maße, wenn zu den alltäglichen Stresserfahrungen noch kritische Lebensereignisse hinzutreten (wie beispielsweise Trennungssituationen), da dies durch die Kumulation von Ereignissen das alltägliche Gleichgewicht zwischen Anforderungen und Bewältigungsmöglichkeiten empfindlich stören kann. Es kommt jedoch nicht darauf an, einem Kind oder Jugendlichen jeden Stress zu ersparen. Stresserfahrungen sind im Gegenteil sogar wichtig, um ein angemessenes Stressbewältigungspotenzial aufzubauen.

Es sollte nicht unerwähnt bleiben, dass nicht jede Stresserfahrung als unangenehm erlebt wird. In einer eigenen Studie, die an der Universität Bielefeld durchgeführt

wurde, wurde der Stress, der durch Medienkonsum induziert wird, analysiert. Dazu wurden 12- bis 14-jährigen Schülern Filmszenen aus „Wer wird Millionär“ und „King Kong“ gezeigt, wobei angenommen wurde, dass der „King Kong“-Film aufgrund der darin enthaltenen Gewalt- und Actionszenen mehr Stress erzeugen würde. Neben

Es ist daher wichtig, die Ursachen für den Stress zu analysieren und darauf bezogene Bewältigungsmöglichkeiten zu vermitteln.

den Filmsequenzen wurden zusätzlich die Videospieldersionen zu „Wer wird Millionär“ und „King Kong“ eingesetzt. Es zeigte sich, dass der physiologische Stresslevel

(indiziert u. a. durch kardiovaskuläre Indizes) deutlich höher in der actionreichen Video- und Filmversion war. Wurden die Schüler jedoch gefragt, welchen Film sie gern weitersehen oder welches Spiel sie gern weiterspielen würden, fiel die Wahl fast durchgängig auf das actionreiche Geschehen. Dies zeigt, dass nicht jedes Ereignis, das physiologisch Stress erzeugt, negativ bewertet wird. Von dem erlebten Distress, der meistens mit dem Stressbegriff assoziiert wird, muss also der Eustress unterschieden werden. Auch der subjektiv als angenehm empfundene Medienkonsum kann physiologisch Stress erzeugen.

Aktuelle Veränderungen des Stressgeschehens

Auch wenn es zur Stresszunahme in den letzten Jahren und Jahrzehnten praktisch keine verlässlichen empirischen Daten gibt, lassen sich auf der anderen Seite vielfältige Hinweise darauf finden, dass der Stress auch in frühen Lebensabschnitten von der Tendenz her zugenommen hat.

So wird die Vermutung einer Zunahme des Stressgeschehens u. a. dadurch unterstützt, dass der Leistungsdruck in der Schule und durch die Eltern eher zugenommen hat, da immer stärker ins Bewusstsein rückt, dass die Zukunft eines Kindes wesentlich durch die Schulkarriere be-

stimmt wird. Dabei ist auch zu bedenken, dass das einzelne Kind immer stärker in den Mittelpunkt rückt, da in den meisten Familien nur noch Einzelkinder oder wenige Kinder leben. Festzustellen ist auch, dass im letzten Jahrzehnt die Zeiten der Mediennutzung angestiegen sind, und zwar auch bedingt durch Mediennutzung für die Schule.

Zugleich bewegen sich Kinder und Jugendliche aufgrund veränderter Lebensumstände heute weniger als früher: Dazu gehört z. B. ein zunehmender Mangel an Spiel- und Freizeitmöglichkeiten oder auch Zeitmangel aufgrund hoher Anforderungen der Schule. Die Auswirkungen sind u. a. daran erkennbar, dass die Normen, die noch vor wenigen Jahren für Motoriktests galten, heute kaum noch anwendbar sind, da sie von den Kindern und Jugendlichen nicht mehr in gleichem Maße erreicht werden. So werden beispielsweise beim Ausdauerlauf oder beim Standweitsprung deutlich schlechtere Werte erreicht als noch etwa 20 bis 25 Jahre zuvor.

Wenn man bedenkt, dass Bewegung dem Spannungsabbau dienen kann, ergibt sich aus diesen Veränderungen von der Tendenz her ein Trend zur Stressverstärkung.

Unterstützung bei der Stressbewältigung

Wenn man fragt, wie man Kinder und Jugendliche bei der Stressbewältigung unterstützen kann, dann geht die Antwort häufig in die Richtung, ein Entspannungsverfahren einzuüben. Viele Probleme, die Stress im Kindes- und Jugendalter erzeugen, lassen sich jedoch nicht mit Ruhe und Entspannung lösen. Um weniger Leistungsprobleme in der Schule zu haben, können beispielsweise ein besseres Zeitmanagement und ein besseres Arbeitsverhalten sinnvoll sein. Mit Entspannung allein lassen sich solche Probleme kaum lösen. Es ist daher wichtig, die Ursachen für den Stress zu analysieren und dann darauf bezogene Bewältigungsmöglichkeiten zu vermitteln. In manchen (aber längst nicht allen) Fällen kann dabei auch ein Entspannungstraining hilfreich sein. In den vorhandenen Stressbewältigungstrainings für Kinder und Jugendliche wird dementsprechend ein multimodaler Bewältigungsansatz verfolgt. Die Schülerinnen und Schüler sollen lernen, zunächst einmal zu erkennen, welche Situationen bei ihnen Stress auslösen. Sie sollen weiterhin herausfinden, wie bzw. mit welchen Stressreaktionen sie typischerweise auf ein stressauslösendes Ereignis reagieren,

Der Autor

Prof. Dr. Arnold Lohaus, Universität Bielefeld, Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft Abteilung für Psychologie

Kontakt

Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld

da auch hier deutliche individuelle Unterschiede bestehen. Darüber hinaus werden Stressbewältigungsstrategien vermittelt, wobei neben Entspannung auch Problemlösetechniken, kognitive Umstrukturierung (um Ereignisse anders bewerten zu lernen), Strategien zur Verbesserung des Zeitmanagements und des Arbeitsverhaltens sowie die Suche nach sozialer Unterstützung (z. B. durch Eltern

oder Freunde) angesprochen werden. Beispiele für evaluierte Stressbewältigungstrainings sind das Training „Bleib locker“ für Kinder der 3. und 4. Grundschulklasse, das „Anti-Stress-Training für Kinder“, das im Altersbereich von 8 bis 13 Jahren eingesetzt werden kann, sowie das SNAKE-Training („Stress Nicht Als Katastrophe Erleben“) für Jugendliche der 8. und 9. Klassenstufe.

Yvonne Wolz

Mädchengesundheit zwischen Ressourcen und Risiken

■ **Mädchen von heute gelten oft als fit und leistungsstark und werden als „Alphamädchen“ (Haaf 2008, S. 7) titulierte, doch ein Blick auf ihre Gesundheit zeigt, dass sie sich hier nicht auf der Überholspur bewegen.**

Gesundheit als Aushandlungsprozess

Gesundheit nicht lediglich als Abwesenheit von Krankheit zu verstehen, sondern als einen dynamischen Prozess, bei dem geistige, seelische, körperliche und soziale Faktoren den gesundheitlichen Zustand eines Menschen bestimmen, hat sich mittlerweile im Alltagsverständnis etabliert. Häufig wird mit Gesundheit absolutes oder zumindest weitgehendes Wohlbefinden assoziiert, also wenn „ich mich rundum wohlfühle“. Dies ist dann gegeben, wenn dem Individuum die Auseinandersetzung mit der physischen und sozialen Umwelt möglichst gut gelingt. Je mehr Ressourcen zur alltäglichen Lebens- und Konfliktbewältigung zur Verfügung stehen und genutzt werden, desto unwahrscheinlicher kommt Krankheit als Bewältigungsstrategie zum Tragen. Ein solcher Zustand ist jedoch nicht einfach gegeben, sondern muss in lebenslangen Aushandlungsprozessen immer wieder hergestellt und optimiert werden. Aus salutogenetischer Sicht bewegen wir uns zwischen den Polen Krankheit und Gesundheit auf einem Kontinuum und müssen uns dort mit unserem ob-

jektiven und subjektiven Befinden immer wieder verorten (vgl. Antonovsky 1993, S. 8). Vor diesem Hintergrund ist Gesundheit also kein medizinischer, sondern vorwiegend ein sozialer Begriff, der die individuelle Verortung in der jeweiligen Lebenswelt in den Blick nimmt und Faktoren wie sozialer Status, sozioökonomische Bedingungen, Alter, Migrationserfahrung und Gender¹ berücksichtigt.

Gesundheit hat ein Geschlecht

Die Zugehörigkeit zum weiblichen oder männlichen Geschlecht bringt eine unterschiedliche Position in der Lebenswelt mit sich, allen Thesen von Angleichungsprozessen der Geschlechter zum Trotz. Gleichzeitig besteht ein „Geschlechterungleichheitstabus“, das von den Mädchen selbst stark vertreten wird. Auch beim Thema Gesundheit zeigen sich Unterschiede.

Das objektive Befinden von Mädchen und jungen Frauen verschlechtert sich im zweiten Lebensjahrzehnt. Während Mädchen im Vergleich zu Jungen in den ersten zehn Jahren die gesünderen und medizinisch unauffälligeren Kinder sind, kehrt sich dieses Verhältnis mit dem Beginn der Pubertät um. Mädchen klagen ab diesem Zeitpunkt häufiger über Beschwerden und Unwohlsein, gehen häufiger zum Arzt/zur Ärztin und werden in einem höheren Maße medikamentös behandelt (vgl. Hurrelmann 2003, S. 18f.). Die

¹ Der Artikel bezieht sich vorwiegend auf „Mädchen“ und „Jungen“, auf transidente oder intergeschlechtliche Jugendliche, die sich nicht eindeutig einem der beiden Geschlechter zuordnen wollen oder können, wird hier nicht eingegangen.

Lebensphase Pubertät scheint also von einschneidender Bedeutung für die Gesundheit von Mädchen zu sein.

Zunächst zeigen die körperlichen Veränderungen die Entwicklung zur geschlechtsreifen Frau bzw. zum geschlechtsreifen Mann an. Das bedeutet eine neue, zweite Beheimatung im biologischen wie

Ein weiterer Aspekt, der die Beheimatung im eigenen Körper erschwert, ist, dass der weibliche Körper als verletzbar definiert wird, also auch als potenzielle Gefahrenquelle vermittelt und erlebt wird.

im sozialen Geschlecht. Dabei setzen bei Mädchen die körperliche Entwicklungen deutlich früher ein als bei Jungen, im Durchschnitt mit zehn Jahren und somit in einem Alter, in dem sie psychisch und sozial noch Kinder

sind und in dem Entwicklungsaufgaben, die den Status vom Jugendlichen zum Erwachsenen markieren, noch nicht relevant und zum Teil überfordernd sind. In der Pubertät erleben Mädchen körperlich einen eklatanten Zuwachs an Körperfettanteilen, während Jungen eher Muskelgewebe aufbauen. Das heißt, dass die Gewichtsveränderungen in der Pubertät Mädchen eher vom kulturell geformten Schönheitsideal entfernen, während sich Jungen diesem eher annähern. Dies führt häufig zu Unzufriedenheit und zu einem Gefühl von Versagen des eigenen Körpers. Der Kampf gegen die weiblichen Rundungen beginnt und scheint nicht mehr aufzuhören (auch nicht bei der jetzigen Müttergeneration).² Die Körperveränderungen von Mädchen werden auch von der Umwelt bemerkt und nicht selten bewertend kommentiert. Mädchen erfahren so zunächst eine befremdliche und noch nicht von eigenen inneren Impulsen getragene Sexualisierung des eigenen Körpers.

Ein weiterer Aspekt, der die Beheimatung im eigenen Körper erschwert, ist, dass der weibliche Körper als ver-

letzbar definiert wird (sexualisierte Gewalt, unerwünschte Schwangerschaft), also auch als potenzielle Gefahrenquelle vermittelt und erlebt wird. Dies trägt zu einer zusätzlichen Verunsicherung hinsichtlich des Körpergefühls bei. Erschwerend kommt weiter die zunehmende Pathologisierung und Medikalisierung der Lebensphase Pubertät bei Mädchen hinzu. Wenn Mädchen bei Einsetzen der Menarche in die frauenärztliche Sprechstunde geschickt werden, um sich die Normalität ihrer Körper professionell bestätigen zu lassen, dann stärkt dies nicht gerade das Selbstvertrauen der Mädchen in ihren Körper. Auch Informationen im Zuge der HPV-Impfung werden oft so transportiert, dass sie nicht gerade das Vertrauen stärken. So äußerte ein 10-jähriges Mädchen in einem Workshop zur Körperentwicklung: „Wenn man in die Pubertät kommt, kriegt man Gebärmutterhalskrebs!“

Eine positive Aneignung ihres Körpers ist für Mädchen also nicht ganz einfach. Der Körper verlangt geradezu die Auseinandersetzung mit Weiblichkeit und den damit verbundenen Bildern sowie Ansprüchen und deren individueller Ausgestaltung. Mädchen erleben ihren Körper als integralen Bestandteil des eigenen Selbst. Sie drücken sich über ihn aus und bewältigen Gefühle und Konflikte damit oft nicht auf extrovertierte Weise, sondern indem sie diese mit, am und im Körper aushandeln. Viele Mädchen finden hier einen guten und oft kreativen Weg für sich, andere greifen auf schädliche Bewältigungsstrategien zurück. So verwundert es nicht, dass der Körper häufig zum Austragungsort mädchenspezifischer Gesundheitsstörungen wird: Essstörungen, selbstverletzendes Verhalten, Suizidversuche, Medikamentenmissbrauch und psychosomatische Beschwerden treten bei Mädchen weitaus häufiger auf als bei Jungen (vgl. u. a. SEYLE-Studie 2010).

Interessant ist, dass das Spektrum gesundheitsriskanten Verhaltens bei Mädchen größer geworden ist und es auch in Bereichen, die traditionell eher als jungentypisch gelten, wie exzessiver Alkoholkonsum oder Aggressivität, eine Angleichung vonseiten der Mädchen gibt (ebd.).

Hinzugekommen ist, dass die Anforderungen an die Selbstorganisation, die Einteilung des täglichen Lebens und die Herausbildung einer eigenständigen Identität

Die Autorin

Yvonne Wolz, Diplom-Pädagogin, Systemische Therapeutin, Mitarbeiterin im Mädchengesundheitsladen Stuttgart

Kontakt

www.maedchengesundheitsladen.de

² Laut der Bravo-Studie 2009 haben bereits 11-Jährige Erfahrungen mit verschiedenen Schlankheitskuren, knapp die Hälfte der 14- bis 17-jährigen Mädchen würden gerne besser aussehen und über die Hälfte der 16- bis 17-jährigen fühlt sich zu dick.

enorm gewachsen sind. Viele Mädchen stehen unter großem Druck (Zeitdruck, Freundschaftsdruck, Schönheitsdruck, Leistungsdruck, Eigendruck etc.). Druck, dem viele Mädchen begegnen, indem sie allen Erwartungen gerecht werden wollen. Immer unter Druck zu stehen ist anstrengend und hat Konsequenzen – für Mädchen, wie bereits oben erwähnt, ganz konkret in der Zunahme von selbstverletzendem Verhalten, depressiven Verstimmungen und Depressionen sowie anderen psychischen Störungen.³ Gesundheitlich zahlen die Mädchen also unter Umständen einen hohen Preis für dieses Engagement.

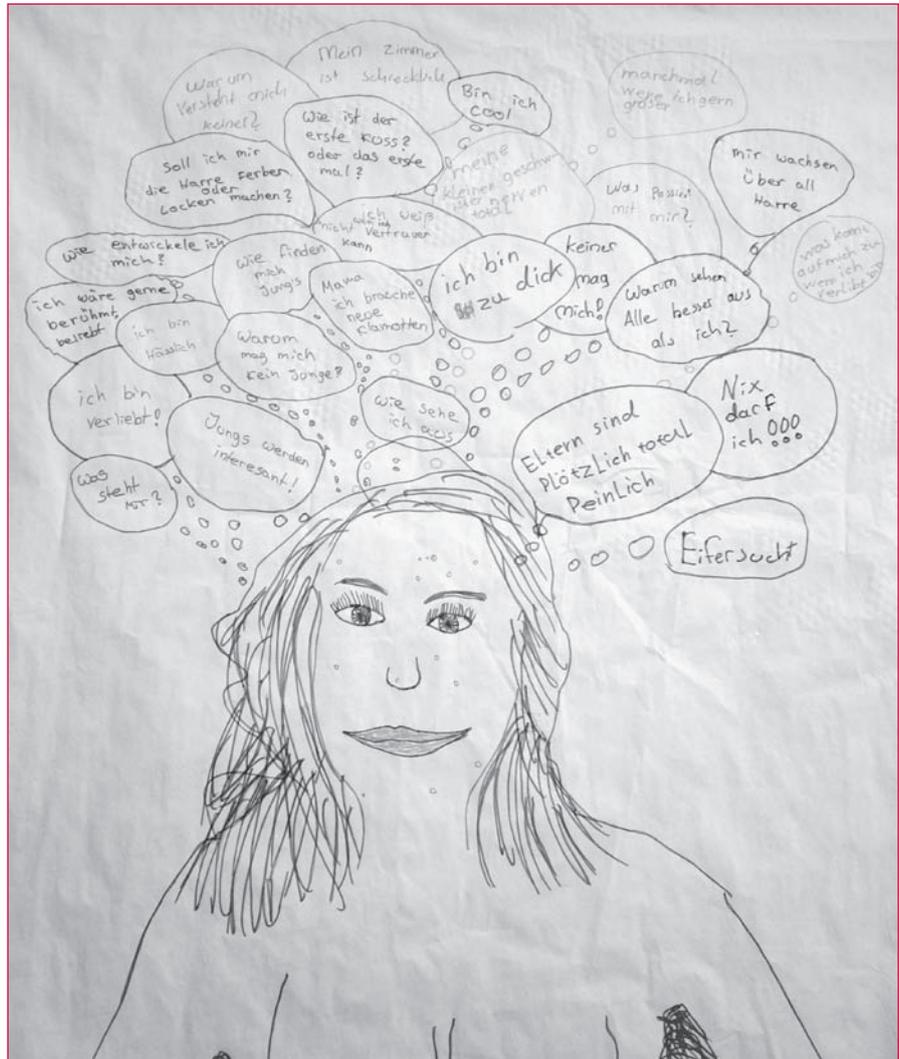
Konsequenzen für die Praxis

Mädchen selbst definieren Gesundheit vorrangig als „allgemeines Wohlbefinden“ – und darin sind für sie Beziehungsaspekte enthalten: „Ich fühle mich gesund, wenn ich keine Beschwerden habe, und wenn ich keinen Stress habe mit meinem Freund oder meinen Eltern, wenn’s mir halt gut geht“ (T., 16 J., im Interview mit einer Mitarbeiterin des Mädchengesundheitsladens 2012).

Im Sinne der Gesundheitsförderung arbeiten wir mit Mädchen daran, sich selbst in Beziehungen zu erkennen, die Grenze zwischen sich und anderen zu wahren, um in „gesunde“ Aushandlungsprozesse treten zu können.

Wie in der Mädchenarbeit generell entwickelt auch eine mädchenspezifische Gesundheitsförderung lebensweltorientierte und ganzheitliche Konzepte, d. h., wir versuchen, die spezifische Sinnhaftigkeit des (jugendlichen) Verhaltens zu verstehen. Nur eine positive Herangehensweise kann den Selbstschutz durch die Förderung des Eigensinns und der Lebenslust aktivieren – dies ist besonders für Mädchen eine Chance und eine Herausforderung.

Als konkrete Schwerpunkte in der Arbeit mit Mädchen ergeben sich daher folgende Themen: Stärkung der (Ge-



schlechts-)Identität und des Selbstwertgefühls, positiver Zugang zu Körper und Sexualität, Wahrnehmen und Äußern von Bedürfnissen und Wünschen, produktiver Umgang mit Wut, Aggression und Konflikten, Zugang zu Entspannung sowie die Förderung der Solidarität unter Mädchen. Da unsere Leitfrage einer salutogenetischen Sichtweise entspringt, uns also immer die Frage beschäftigt: „Was erhält Mädchen gesund?“ (statt der Frage, was sie krank macht), müssen wir unseren Blick auf die Pubertät mit ihren Umbrüchen und deren Bedeutung für Mädchen richten. Ziel unserer Arbeit ist deshalb, Mädchen und ihre Themen in diesem Aushandlungsprozess sichtbar zu machen und sie darin zu unterstützen, positive Zugänge zu sich und zu ihrem Körper zu finden. Denn nur Mädchen, für die die in dieser Lebensphase vielfältigen inneren und äußeren Veränderungen verstehbar, sinnvoll

³ SEYLE-Studie: Bezogen auf das letzte Jahr berichten 23,6 Prozent der Mädchen und 9,0 Prozent der Jungen von mindestens einer zweiwöchigen depressiven Episode. In der Skala zur Selbstverletzung geben 8,0 Prozent der Jungen und 18,6 Prozent der Mädchen an, sich in ihrem Leben mindestens dreimal selbst verletzt zu haben.

und handhabbar sind, werden ihren Körper schätzen und schützen können und ihn nicht als Austragungsort für ihre Konflikte wählen (vgl. Antonovsky 1993, S.11 ff.). Daraus ergibt sich eine Gesundheitsförderung, die gesamtgesellschaftliche Entwicklungen in den Blick nimmt, die Ursachen jugendlicher Probleme erfasst und das Kohärenzgefühl,⁴ das in der Pubertät verloren zu gehen droht, rechtzeitig und entwicklungsbegleitend stärkt. Wenn es Mädchen gelingt, Schwierigkeiten und Störungen nicht zu individualisieren, sondern einen gesamtgesellschaftlichen Bezug herzustellen und sich mit anderen Mädchen solidarisch zu zeigen, trägt dies zum Empowerment bei und ist ein wichtiger Faktor, um „gesund zu bleiben.“

Letztendlich darf nicht vergessen werden, dass die Pubertät mit ihren wesentlichen Aspekten Körperaneignung

Literatur

Antonovsky, Aaron: Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, Alexa/Broda, Michael (Hg.): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenesekonzept. Tübingen 1993, S. 3–14.

Bravo Dr. Sommer Studie 2009. Liebe! Körper! Sexualität! München 2009. Haaf, Meredith, et al.: Wir Alphamädchen. Warum Feminismus das Leben schöner macht. Hamburg 2008.

Hurrelmann, Klaus, et al.: WHO-Jugendgesundheitsurvey – Konzept und ausgewählte Ergebnisse für die Bundesrepublik Deutschland. Weinheim 2003.

Klug, Katja/Frisch, Judith: SEYLE – Gesundheitsförderung durch Prävention von riskanten und selbstschädigenden Verhaltensweisen. Zwischenbericht. Heidelberg 2010.

und Beziehungsgestaltung nicht nur für Mädchen, sondern auch für Pädagoginnen und Pädagogen ein hoch spannendes Thema ist, das neben allen Herausforderungen auch Spaß macht und viele Gestaltungsräume bietet.

Reinhard Winter

Jungen: fit, kernig und gesund?

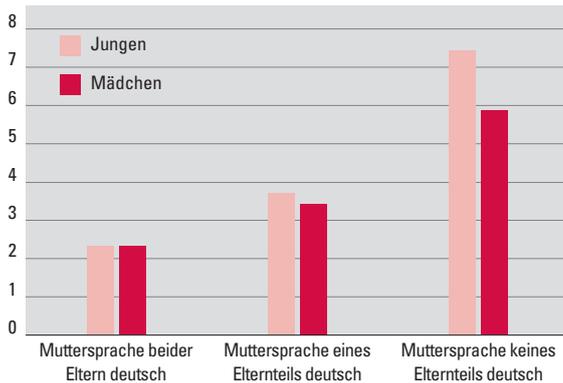
■ Rund 80 bis 90 Prozent aller Jungen sind tatsächlich gesund – also die meisten. Die Vorstellung, dass Jungen gesund sind, stimmt in dieser Sicht tatsächlich, und das heißt: Es ist heute also gut möglich, männlich und gesund zu sein! Auf der anderen Seite macht die Jungengesundheit Fachleuten zunehmend Sorgen. Es gibt eine ganze Reihe von Themen, bei denen die gesundheitliche Lage, aber auch die Versorgung von Jungen gar nicht gesund aussehen. Das Bild vom stets fitten, kernig-gesunden Jungen hat dann mit der Wirklichkeit wenig zu tun.

Große Sorgen macht z. B. das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom mit Hyperaktivität, abgekürzt ADHS. Es ist eine der am häufigsten diagnostizierten Verhaltensstörungen im Kindesalter. Auslöser oder Ursachen für ADHS und für ADHS-nahe Symptome bei Jungen sind nicht hinreichend geklärt, eine Wechselwirkung von genetischen Veranlagungen und Umweltfaktoren wird angenommen. Als problematisch erweisen sich extreme regionale Unterschiede in der Diagnose. Bei den Eltern der Jungen spielen niedriges Alter, geringes Einkommen und Bildungsferne eine Rolle, aber auch ein abwesender Vater oder fehlender erzieherischer Halt kann sich negativ aus-

wirken. Im Raum steht auch die Frage, ob die hohe Nutzungsdauer von Computer- und Konsolenspielen bei Jungen ADHS-Symptome auslösen kann. Oder nimmt die Zahl der ADHS-Jungen zu, weil sie in bestimmten sozialen Räumen (v. a. in der Schule) als „schwierig“ wahrgenommen werden? Der gravierende Geschlechterunterschied bei ADHS ist zwar allgemein bekannt, dennoch sind weder in der Diagnostik noch in der Therapie geschlechtsbezogene qualifizierte Aspekte erkennbar. Eine auf Jungen ausgerichtete ADHS-Prävention ist ebenfalls nicht vorhanden, die Versorgungslage ist mangelhaft.

⁴ Nach Antonovsky ist das Kohärenzgefühl eine „globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß erstens die Anforderungen aus der internalen oder externalen Umwelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind und dass zweitens die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden. Und drittens, daß diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investitionen und Engagement verdienen.“ (Antonovsky 1993, S. 12)

Abbildung 1: Adipositas bei Einschulungskindern (in Prozent) in Bayern, Schuljahr 2008/09

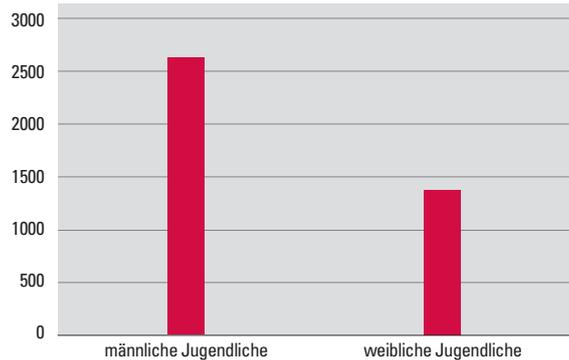


Quelle: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Gesundheitsreport Bayern 1/2012, S. 2

Elektronische Medien, vor allem Fernsehen, Smartphones, Computer- und Konsolenspiele, belegen in der Freizeitgestaltung von Jungen einen hohen Stellenwert. Dabei ist nicht die Mediennutzung an sich gesundheitsrisikant, sondern eine (zu) hohe Dosis. Zu viel Mediennutzung schränkt z. B. die Zeit für Bewegung, für soziale Kontakte mit Gleichaltrigen oder für Schulaufgaben stark ein. Hinzu kommt, dass das Suchtpotenzial von Computerspielen für Jungen vor allem in der Pubertät beträchtlich ist. Es lässt sich aus der Attraktivität solcher Spiele für Jungen ableiten: Hier können sie ihre Stärke, ihre Geschicklichkeit, ihr Können zeigen und trainieren, sie haben Erfolg. Zum Thema Spielsuchtpotenziale bei Computerspielen führte das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN) im Jahr 2009 eine repräsentative Erhebung durch: Jungen wurden zu 4,7 Prozent als „gefährdet“ und zu 3,0 Prozent als „abhängig“ eingestuft. Diese Raten sind fast zehnfach so hoch wie bei Mädchen (0,5 Prozent gefährdet, 0,3 Prozent abhängig). Gesundheitsgefährdend kann bei gewaltverherrlichenden Spielen (z. B. „Call of Duty“, „Battlefield“) auch die subtil vermittelte Botschaft sein, dass das Leben ein Kampf ist und nur aggressiv bewältigt werden kann. Nennenswerte Medienbildung für Jungen, die deren geschlechtsspezifische Entwicklungsaufgaben berücksichtigt, gibt es jedoch nicht.

Übergewicht ist bei Jungen ein großes Problem: Es sind mehr Jungen (sieben bis zehn Prozent) übergewichtig als Mädchen (fünf bis sechs Prozent). Jeder zwanzigste männliche Jugendliche leidet an Adipositas. Die Versorgungslage bei Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas ist jedoch zwischen den Geschlechtern ungleich verteilt: Jungen werden von diesen Angeboten

Abbildung 2: Opfer von Gewalt



Zahlen: Bundeskriminalamt 2005; Jugendliche: Opfer von Gewalt pro 100.000

viel weniger erreicht! Bei schulischen Präventionsmaßnahmen kann bei Jungen nahezu kein Effekt festgestellt werden (während Mädchen profitieren). Auch Therapieangebote für übergewichtige und adipöse Kinder erreichen Jungen weniger. Diese schlechte Versorgungssituation ist nicht nur im Hinblick auf den späteren Gesundheitsstatus von Belang, denn Übergewicht und Adipositas wirken sich auch auf die soziale und psychische Gesundheit aus. In einer Studie zur Bedeutung und Stigmatisierung von Adipositas im Kindes- und Jugendalter erhielten übergewichtige und adipöse Jungen mit Abstand die schlechtesten Sympathiewerte; ihnen wird viel häufiger geringe Intelligenz und Faulheit zugeschrieben (siehe Abbildung 1).

Im Alter zwischen 10 und 15 Jahren nehmen Unfälle und Verletzungen bei Jungen stark zu. Das ist eine Folge waghalsiger Aktionen, die ein bestimmtes Risikoverhalten zeigen: zur Demonstration des Männlichseins, wegen des Kicks, als Mutproben usw. Operationen an den Bewegungsorganen verdoppeln sich in diesem Alter. Fast ein Drittel aller Hauptdiagnosen bei Jungen im Alter von 15 bis unter 20 Jahren im Krankenhaus fallen auf Verletzungen und andere Folgen äußerer Ursachen (Mädchen:

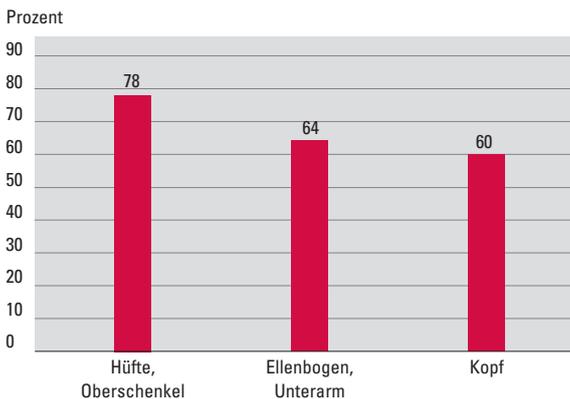
Der Autor

Reinhard Winter, Dr. rer. soc., ist Diplompädagoge und in der Leitung des Sozialwissenschaftlichen Instituts Tübingen (SOWIT).

Kontakt

Internet: www.SOWIT.de; E-Mail: reinhard.winter@sowit.de

Abbildung 3: Hohe Kosten durch Unfälle und Verletzungen

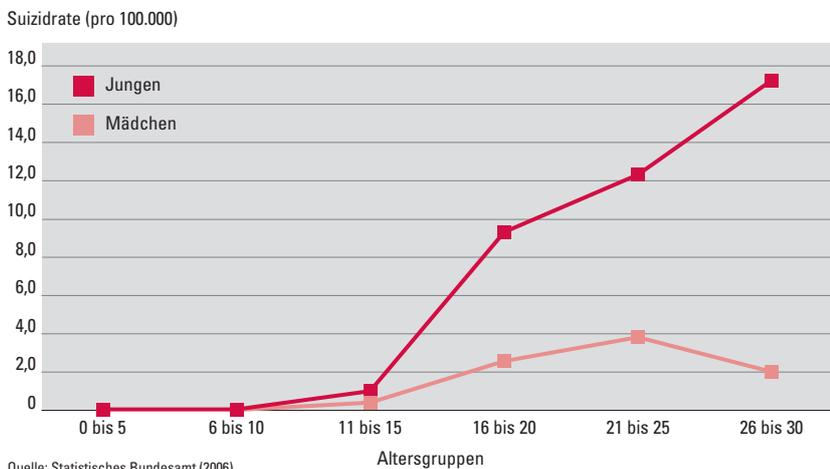


Prozent-Angaben: Von allen durch Verletzungen entstandenen Kosten entfallen auf Jungen
Quelle: GBE Bund, Daten von 2006

nur 12,5 Prozent). Jungen sind zudem sehr oft auch Opfer von Gewalt und werden dabei verletzt und zudem psychisch belastet. Jedoch gibt es für Unfälle und Verletzungen weder Präventionsbemühungen noch Beratungsangebote für Jungen; Gewaltprävention sieht Jungen in der Tendenz eher als Täter denn als Opfer. Das Vermitteln von Risikokompetenzen an Jungen könnte Verletzungen und Unfälle reduzieren. Dies ist in Deutschland ebenso wenig vorhanden wie Beratung in „offenen Situationen“, die sich unmittelbar nach Unfällen bzw. schwerwiegenden Verletzungen ergeben. Der Bedarf, die Versorgung zu verbessern und jungenbezogene Interventionsformen zu entwickeln, ist unübersehbar (siehe *Abbildung 2 auf Seite 25 und Abbildung 3*).

Auch psychische Erkrankungen sind ein wichtiges, aber oft vergessenes Thema der Jungengesundheit. Studien belegen, dass Depressionen bei Jungen nicht weniger vorkommen als bei Mädchen. Sie scheinen aber für die Jungen-

Abbildung 4: Suizide junger Menschen in Baden-Württemberg



Quelle: Statistisches Bundesamt (2006)

Literatur

Neubauer, Gunter/Winter, Reinhard: Jungengesundheit in Deutschland: Themen, Praxis, Probleme. In: Bardehle, D./Stiehler, M. (Hrsg.): Erster Deutscher Männergesundheitsbericht. München (Zuckschwerdt) 2010, S. 30–70.

Stier, Bernhard/Winter, Reinhard (Hrsg.): Jungen und Gesundheit. Ein interdisziplinäres Handbuch für Medizin, Psychologie und Pädagogik. Stuttgart (Kohlhammer) 2013.

Winter, Reinhard: Jungen – eine Gebrauchsanweisung. Jungen verstehen und unterstützen. Weinheim 2011.

psyche besonders heikel. Eltern und andere Erziehende tun sich schwer damit, depressive Seiten bei Jungen zu erkennen; auch in der Gesundheitsversorgung wird das Thema Depression bei Jungen nachrangig registriert. Für viele Jungen heißt Depression das Gegenteil von Männlichkeit; Jungen neigen deshalb dazu, Depressionen vor sich und anderen zu verstecken. Enge Männlichkeitsvorstellungen verorten das Männliche im Bereich des Aktiven, Starken oder heldenhaft Helfenden. Damit verbieten solche Vorstellungen geradezu, eine Depression erkennen zu lassen: gleichermaßen vor sich selbst wie auch vor anderen. So leuchtet ein, dass sich Depressionen bei Jungen und männlichen Jugendlichen maskiert zeigen, etwa als Rauschtrinken, Risikoverhalten oder in Gewalt. Eltern und erzieherische Fachkräfte erwarten dagegen von weiblicher Depression bekannte Symptome wie Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit. Depressionen bei Jungen werden deshalb weniger entdeckt, weil falsch gesucht wird: ein Mangel in der gesundheitlichen Versorgung von Jungen.

Hohe Suizidraten verweisen auf Probleme der psychischen Gesundheit von Jungen und männlichen Jugendlichen, v.a. auf verdeckte Depressionen. Suizid ist nach den Ver-

kehrsunfällen die zweithäufigste Ursache, warum Jungen und männliche Jugendliche sterben. Bei Jungen und jungen Männern fällt der Geschlechtervergleich dramatisch aus: Während das Verhältnis der durchschnittlichen Suizidrate von Frauen und Männern 1:2,9 beträgt, ist sie in der Altersgruppe der 15- bis unter 20-Jährigen noch höher und beträgt 1:3,3. Die Zahl der Jungen und Männer, die durch absichtliche Selbsttötung sterben, steigt mit zunehmendem Alter. Im Alter zwischen 15 und unter 20 Jahren töten sich jährlich rund sieben von 100.000 Jungen selbst. Bei den 20- bis unter 25-Jährigen sind es bereits rund zwölf von 100.000 jungen Männern (*siehe Abbildung 4*).

Allerdings: Migrantische Jungen sind von Suizid deutlich weniger betroffen, Migration gilt hier als männlich-protektiver Faktor. Eine geschlechterreflektierende oder -bezogene Ausrichtung in der Suizidberatung oder -prävention ist derzeit nicht erkennbar. Beratungsangebote, die sich speziell an Jungen und Männer richten, gibt es nicht, die vorhandenen (geschlechtsunspezifischen) Beratungsangebote erreichen deutlich mehr Mädchen und Frauen.

Diese kurze und sehr ausschnittshafte Skizze zeigt: Die Sorgen um die Gesundheit von Jungen und männlichen Jugendlichen sind durchaus berechtigt. Es ist dringend notwendig, den Blick für die besonderen Gesundheitsthemen von Jungen zu öffnen; Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitliche Versorgung müssen an dieser Stelle dringend verbessert werden.

Gunter Neubauer

Olaf will's wissen

Ein Film von Jungen über die Gesundheit von Jungen

■ **Jungen (und Männer) gelten als das schwächere, kränkere und gesundheitlich riskanter lebende Geschlecht. Männlichkeit und Gesundheit, so heißt es, passen einfach nicht zusammen. Denn männlich = riskant, ungesund und unvernünftig. Im unkritischen Anschluss an solche Vorurteile werden wichtige gesundheitliche Bedarfe von Jungen oft übersehen, und eine Förderung der Jungengesundheit sucht häufig den Umweg über Pathologisierung und Medikalisierung. Dabei wird zu wenig danach gefragt, unter welchen Bedingungen und mit welchen Konzepten „männlich“ und „gesund“ in der jugenpädagogischen Praxis vielleicht doch zusammengeht. Ein Filmprojekt am Johannes-Kepler-Gymnasium Leonberg zeigt, dass es auch anders geht.**

Den Impuls zu einem Film, der sich dem Thema Jungengesundheit widmet, gab die Gesundheitsförderung im Landratsamt Böblingen. Er fiel in die Zeit der Veröffentlichung des ersten deutschen Männergesundheitsberichts¹, zu dessen Jungenskapitel es zuvor schon zwei gut besuchte Workshops für Fachkräfte gegeben hatte. Nun sollten exemplarisch Erfahrungen gesammelt werden, wie Jungen selbst für die dort formulierten Themen zu erreichen wären. Die Wahl fiel auf das JKG Leonberg², da es hier eine langjährige Erfahrung mit dem Projekt „body and more“³ gab, und Gunter Neubauer und Harald Sickinger vom SOWIT wurden mit der praktischen Umsetzung beauftragt.

Formuliertes Ziel des Filmprojekts war es, Jungen Gelegenheit zur Auseinandersetzung mit Gesundheitsthemen

über filmische Mittel zu geben. Im Vordergrund stand also das Thema Gesundheit, nicht die Medienpädagogik; der Zugang „Film“ diente eher als motivierende Strukturierungshilfe für das Thema. Als Anregungshintergrund nutzten wir die Ergebnisse und Desiderate des Männergesundheitsberichts, im Film aber sollten vor allem die Jungen selbst mit ihren eigenen Themen und Anliegen zu Wort kommen. Ihre Beteiligung zeigte sich auch über die Arbeit am Film hinaus – z. B. im grafischen, textlichen und im Präsentationsbereich (s. u.). Das Ergebnis, so die Hoffnung, könnte darüber hinaus vielleicht für andere Jungen, aber auch für Erwachsene (Eltern wie Fachkräfte) informativ und anregend sein.

Ein inhaltlicher Workshop sollte die Jungen der Klasse 9d zur Teilnahme motivieren, die ihnen dann freigestellt war.

¹ Neubauer, Gunter/Winter, Reinhard: Jungengesundheit in Deutschland. Themen, Praxis, Probleme. In: Bardehle, D./Stiehler, M. (Hg.): Erster Deutscher Männergesundheitsbericht. München (Zuckschwerdt) 2010, S. 30–70.

² Wie der erste deutsche Männergesundheitsbericht zeigt, gibt es auch im Gymnasialbereich erhebliche Gesundheitsbedarfe bei Jungen, etwa im Kontext Migration, Sozialstatus, sexuelle Identität.

³ vgl. Neubauer, Gunter/Wilser, Anja: „body and more“ – Über Körperideale, Ess-Störungen und den ganz alltäglichen Genuss. Handreichung für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Mskr. Tübingen/Böblingen 2010.

Neben Impulsen, Gesprächen und Übungen gab es u. a. einen anonymen Fragebogen, dessen Auswertung beim nächsten Treffen besprochen wurde (siehe Grafik). Zum Filmwochenende (Freitagnachmittag und Samstag ganztägig) fanden sich dann immerhin neun Jungen ein. Das Filmteam verließ dazu die Schule und nutzte die Räumlichkeiten des Jugendcafés

Gesundheit, so zeigte sich auch beim Filmprojekt wieder, ist eigentlich allen Jungen wichtig, auch wenn sie im Hier und Heute bewusst Risiken eingehen oder mal an ihre Grenzen gehen wollen.

Siesta in Leonberg (Waldhaus Jugendhilfe). An einem weiteren Nachmittag wurde das gedrehte und fotografierte Material in einer Art „Redaktionssitzung“ gesichtet, bewertet und geordnet;

für Weiterbearbeitung und Rohschnitt wurden Einschätzungen und Aufträge der Jungen aufgenommen und dann nochmals abgestimmt. Zum sommerlichen Schulfest produzierten einige Jungen eine Präsentation mit Bildern zum „Making-of“ für Interessierte. Dies waren v. a. Jungen und Mädchen der eigenen Klasse – Letztere hätten gerne auch einen Film gemacht. Eine offizielle Film Premiere mit Eltern, Lehrkräften und der Schulleitung gab es nach den Sommerferien. Der Film (Länge ca. 20 Minuten) kam sehr gut an; er kann allerdings nicht im Netz abgerufen werden – das war den Beteiligten im Vorfeld wegen der vielleicht sensiblen Gesundheitsthemen wichtig – steht aber für den Einsatz in Schulen, in der Jugendarbeit, bei Elternabenden usw. für pädagogische Zwecke auf Nachfrage zur Verfügung.⁴

Für das Filmwochenende hatten wir die Jungen gebeten, einen „gesunden“ und/oder einen „ungesunden“ Gegenstand aus dem Alltag mitzubringen und vorzustellen. Dies geschah in Interviewform vor der Kamera, um zu üben und sich auf die geplanten Straßeninterviews vorzubereiten. Eine wichtige Person im Film ist „Olaf“, der von einem fernen Planeten auf die Erde kommt und keine Ahnung von Gesundheit hat. Der Film begleitet ihn sozusagen auf seiner Forschungsreise. Dazu überlegten wir, was „gesunde“

und „ungesunde“ Orte in Leonberg sind; diese wurden teilweise aufgesucht und filmisch oder fotografisch inszeniert. Auch für Essen und Trinken musste gesorgt werden; für Überraschung und Aufklärung sorgte dabei eine Lebensmittelampel-App, mit der ein Dutzend eingekaufter Getränke zwischen Buttermilch und Red Bull gescannt und in eine Reihenfolge gebracht wurden. Für das Mittagessen waren zwei Gruppen mit unterschiedlichen Aufgaben zuständig – die eine sollte besorgen, was gesund ist, die andere, was gut schmeckt. Interessant war, dass beide gar nicht so weit auseinanderlagen. Alles wurde von den Jungen filmend oder fotografierend begleitet. Die Begleitung konzentrierte sich neben der methodisch-technischen Unterstützung auch darauf, den laufenden Gesundheitsdiskurs unter den Jungen mit Informationen, Impulsen oder Fragen zu befördern und zu vertiefen. Insgesamt waren wir überrascht, wie kommunikationsfreudig, kooperativ und teamorientiert alles zugging.

Die Jungen kannten sich im Schnitt recht gut bei bestimmten Gesundheitsthemen aus. Sie konnten z. B. die üblichen Präventions- und Gesundheitstipps im Gesundheitsdreieck „Ernährung – Bewegung – Entspannung“ umfänglich wiedergeben. Entsprechend ging es dann um die Diskrepanz zwischen Wissen und Verhalten, was Anlass zu teilweise sehr lebhaften Diskussionen in der Gruppe gab. Reizthemen waren z. B. Alkohol, das Rauchen, Fast Food oder süße Softdrinks. Uns war dabei wichtig, dass nicht nur die „reine Lehre“ und Botschaften der „Gesundheitspolizei“ reproduziert, sondern immer auch Zwischentöne, die Frage von Genuss, Abwägung und Freiheit im Umgang mit dem eigenen Körper thematisiert werden. Zielperspektive war also weniger eine (unrealistische) Vermeidungshaltung, sondern reflexive Autonomie und Risikokompetenz. Gesundheit, so zeigte sich auch beim Filmprojekt wieder, ist eigentlich allen Jungen wichtig, auch wenn sie im Hier und Heute bewusst Risiken eingehen oder mal an ihre Grenzen gehen wollen. Abgesehen davon muss man sie auch gesund sein lassen – z. B. in der Schule, die viele Jungen als stressig und belastend erleben. Der Gesundheitsbegriff zeigte sich dabei eher körperbezogen oder „somatisch“, was angesichts der gesellschaftlichen Gesundheitsbotschaften nicht verwundert. Hier kam es darauf an zu vermitteln, dass es auch noch

Der Autor

Gunter Neubauer ist geschäftsführender Gesellschafter des Sozialwissenschaftlichen Instituts Tübingen (SOWIT)

Kontakt

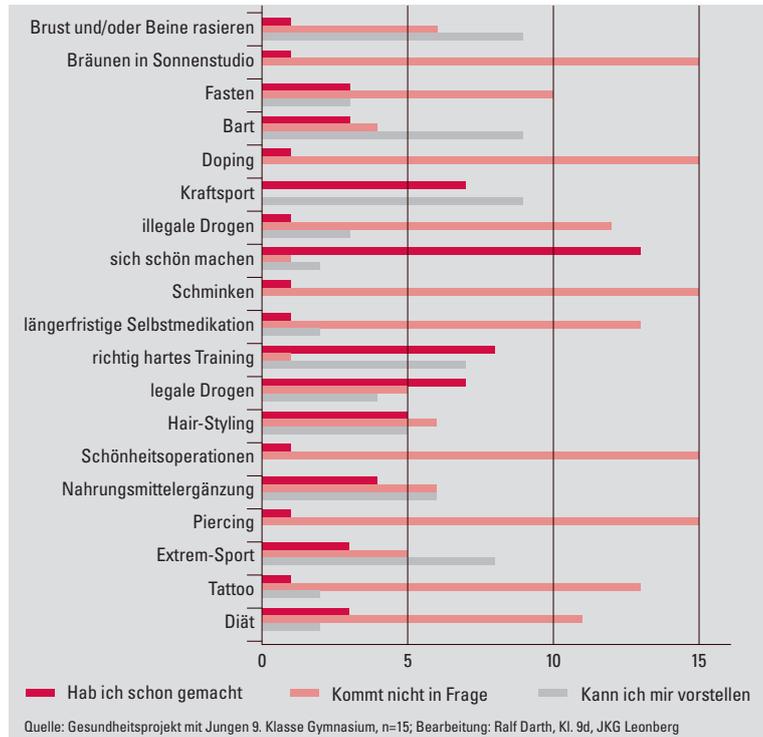
Internet: www.SOWIT.de

⁴ Anfragen an Julius Krauss, Landratsamt Böblingen – Gesundheitsamt/ Gesundheitsförderung, Parkstraße 4, 71034 Böblingen, Tel. (07031) 663-1758, E-Mail: j.krauss@lrabb.de

andere Dimensionen von Gesundheit gibt, z. B. Status und Konkurrenz, Herkunft und Bildung, soziale und psychische Dimensionen, Sinnfragen usw. Unser Eindruck war, dass die Jungen irgendwie erwarten, dass man sie mit Präventionsbotschaften „abfüttern“ will – und dass sie überrascht sind, wenn man sich mit ihnen in einen mehr oder weniger ergebnisoffenen Prozess begibt.

Fazit

Ein medialer Zugang eignet sich gut für eine jungenbezogene Förderung des Gesundheitsdiskurses. Das Medium Film macht es leichter, mit Jungen ins Gespräch über Gesundheitsthemen zu kommen und sie auch untereinander in ein Gespräch zu bringen. Die Gesundheitsressourcen stehen im Vordergrund, ganz konkret auch Anerkennung und Erfolg im gemeinsamen Tun. Natürlich sind die eigene Gesundheit, der eigene Körper usw. im Medium „vermittelt“ und erfahren hier einen eher diskursiven, kommunikativen Zugang. Im distanzierten (und dadurch geschützten) medialen Zugang kann aber immer wieder auch das Eigene thematisiert oder ausgeleuchtet werden, z. B. männliche Sexualität. Jungen schätzen es, wenn sie dabei auch mal unter sich sind. Außerdem zeigte sich,



dass das Filmsetting selbst mit aktivierenden gesunden Impulsen z. B. im Bereich Ernährung, Bewegung und Entspannung durchsetzt sein kann, die von den Jungen gerne aufgenommen und diskutiert werden. Eine Einschätzung von Jungenseite zeigt ein Bericht für die Schulzeitung:

Alien lernt über Jungengesundheit

Johannes-Kepler-Gymnasium, Leonberg

Den männlichen Mitgliedern der Klasse 9d wurde die einmalige Gelegenheit zuteil, an einem vom Sozialwissenschaftlichen Institut Tübingen durchgeführten Filmprojekt zum Thema Jungengesundheit mitzuwirken.

Für die Dreharbeiten eines Films, der das Thema „Jungengesundheit“ behandelt, wurden die Jungen der Klasse 9d von ihrer Biologielehrerin, Frau Maurer, vorgeschlagen und schließlich ausgewählt. Dabei durften diese Schüler nicht nur in einzelnen Bereichen des Films mitwirken, sondern hatten einen Gesamteinfluss darauf. Sie waren sowohl Statisten und Schauspieler als auch Regisseure und Kameramänner. Die Organisatoren und Leiter dieses Projekts, Gunter Neubauer und Harald Sickingler vom SOWIT (Sozialwissenschaftliches Institut Tübingen) bemühten sich, bei den eigentlichen Dreharbeiten nur als

Berater zu fungieren, das Ergebnis komplett zu übernehmen und den Schülern jegliche künstlerische Freiheit zu lassen. Diese Projektleiter sorgten, gemeinsam mit Frau Maurer, für geeignete Räumlichkeiten, Verpflegung und Ausrüstung. Das Projekt war freiwillig und von den 18 Jungen der Klasse 9d nahmen insgesamt zehn Schüler teil. Finanziert wurde das Ganze hauptsächlich vom Gesundheitsamt Böblingen.

Der Film handelt von dem Außerirdischen Olaf, dargestellt durch eine kleine Schlumpffigur, der auf der Erde (zufälligerweise in Leonberg) ankommt und etwas über Jungengesundheit lernen will. Dabei werden unter anderem die Lokalitäten Leonbergs, die die Gesundheit fördern, und die Lokalitäten, welche die Gesundheit schädigen, aufgezeigt. Dazu werden auch noch einige zufällige ausgewählte Passanten Leonbergs interviewt. Zusätzlich werden Olaf noch ein paar Gegenstände

gezeigt, die entweder direkt für den Jungen gesund sind oder bestimmte Aktivitäten oder Gebiete symbolisieren, die zur Gesundheit eines Jungen beitragen können. Außerdem wird der Vergleich zwischen gesunden und ungesunden, in Massen produzierten Lebensmitteln dargestellt.

Insgesamt ist der Film, in Relation zu den Kenntnissen und Erfahrungen der meisten, die an dem Projekt teilnahmen, in Hinsicht auf Qualität und Professionalität gelungen. Überraschenderweise ist der Film mit einem sehr humoristischen Faktor ausgestattet. Es ist ein ungefähr 20-minütiger Lehrfilm für pädagogische Zwecke, dessen Bewertungsprognosen sich von befriedigend bis gut belaufen sollten. Wer aber einen fernsehreifen Dokumentarfilm mit hohem wissenschaftlichem Wert erwartet, dürfte eher enttäuscht werden.

Reto Ghosh, Kl. 9d, JKG Leonberg

„Hab Glück!“ ist ein Befehl, der uns unglücklich macht.

■ **Gustav Beyer (20) und Fabian Stark (22) möchten herausfinden, was für sie seelische Gesundheit ist – und was sie für ihre eigene tun können. Ein Streitgespräch.**

Fabian: Du und ich, wir spielen Rollen. Gerade sind wir Schlagfertige in einem Streitgespräch, gleich sind wir eifrig lernende Studenten oder stürmen als Tatort-Fans die nächste Bar zum Public Viewing. Der Soziologe Erving Goffman schrieb einmal, der Mensch könne gleichzeitig

Darsteller und Publikum seines eigenen Spiels sein. Dann nimmt er sich gefangen in seiner eigenen Welt – und entfremdet sich damit von sich selbst. Man könnte sagen: Der Mensch spielt so gut, dass er seine eigenen Lügen glaubt. Gustav, stehst du momentan neben dir?

Man soll positiv denken. Kleine Probleme lassen sich damit bestimmt gut totglauben. Schwierig haben es krisenempfindliche Menschen, die sich permanent den Reaktionen anderer auf ihr Verhalten ausgesetzt sehen und sich abhängig machen von der Kritik Fremder.

Gustav: Welchen Gustav meinst du? Den, der Angst vor seiner Zukunft hat, oder den, der auf dem Sofa liegt und Tatort schaut? Beide fühlen sich wohl in ihren Rollen. Wie auch immer alles läuft, es kann nicht alles glatt laufen. Der dramaturgische Verlauf des Stückes Leben ist in einem besonders zuverlässig: in seiner Unzuverlässigkeit. Solange meine Existenz nicht bedroht ist, bleiben alle Gustavs auf der Bühne. Es geht immer vorwärts. Das glaube ich mir, weil ich meine eigene Person selbst reflektiere, wie Herr Goffman das treffend ausgedrückt hat. Und dir, Fabian, wie geht's dir?

Fabian: Stopp mal. Du meinst also, deine Seele singt mit Mutter Erde und deinen Mitmenschen allabendlich die Vogelhochzeit, bloß weil du ab und zu über dein Leben und deine unsichere Zukunft nachdenkst?

Gustav: Was bleibt mir denn übrig? Ich gönne mir in Krisensituationen wenig Selbstmitleid, eher schaue ich, wie ich ihnen entkommen kann. Stand sogar neulich in der

Fernsehzeitschrift: Man soll positiv denken. Kleine Probleme lassen sich damit bestimmt gut totglauben. Schwierig haben es krisenempfindliche Menschen, die sich permanent den Reaktionen anderer auf ihr Verhalten ausgesetzt sehen und sich abhängig machen von der Kritik Fremder. Meine Vogelhochzeit kann ich auch ungestört allein feiern. Selbst wenn in den Weiden die Krähen und Geier lauern.

Fabian: Think positive! Ich gebe zu, das rede auch ich mir ein, wenn es mir schlecht geht. Doch letztlich ist das ein Befehl, den ich mir selbst auferlege – und ich bezweifle, dass es meiner seelischen Gesundheit nützt, wenn ich versuche, mich einfach von schlechten Umständen abzukapseln. Denn genau da liegt der Kern der Illusion: Richtig, ich tu letztlich das, was ich gegenüber mir selbst verantworten kann. Doch woher kann ich wissen, ob ich dabei nur abgedroschenen Ideen von Selbstverwirklichung hinterherrenne? Die Unsicherheit bleibt, auch wenn ich sie nicht gerne ausstelle. Manchmal denke ich, es macht keinen Unterschied, ob ich mir bei dieser Reflexion, auf Facebook oder sonst wo meine eigene kleine Welt schaffe.

Gustav: Kleine Welt. Wenn du das so sagst, kommt es mir vor, als hätten wir alle einen großen Knacks. Dabei ist doch auch ein bisschen Frust Teil meiner seelischen Gesundheit. Der Mensch reibt sich doch gern am Negativen. Fühlst du deine Seele in Gefahr? Und was ist das überhaupt, seelische Gesundheit?

Fabian: Ich habe gerade nachgesehen, wie andere, beispielsweise Psychologen, „seelische Gesundheit“ definieren – sie nennen es meist Glück oder Wohlbefinden. Komisch, denn das sind Werte, die unsere Gesellschaft erst frühestens seit dem Wirtschaftswunder in diesem Ausmaß verherrlicht. Persönliche Entfaltung, Genuss und Glück; eigentlich weiß niemand so recht, was das sein soll. Das Ganze hat heute einen stark ideologischen Charakter, und Ärzte, Werber und Gurus wollen es mit und für uns erfüllen, mithilfe der Losung: „Verwirkliche dich selbst!“ Das Paradox: Der Zwang, immer glücklicher zu werden, macht die Menschen unglücklich. Für mich ist seelische Gesundheit,

wenn man seine wirklichen Wünsche erkennt. Das ist schwieriger, als es sich anhört, ich bleibe dabei mitunter an einer schwammigen Idee von „Glück“ hängen. Ich meine damit auch: Du kannst von deinen Zielen weit entfernt und dennoch seelisch gesund sein.

Gustav: Aber auch du gehst davon aus, dass dieses „Was-auchimmer“ namens Glücksempfinden von dir selbst abhängt. Kaum treten Außenstehende mit ihren Interessen in dein Glücksnest, wird es künstlich und falsch, vielleicht schränkt es dich ein und macht dich unglücklich. Bestes Beispiel dafür ist ein ehemaliger Nachhilfeschüler von mir, damals achte Klasse: Zu Hause hatte er ziemlichen Stress. Seine zweijährige Schwester hat ihn die ganze Nacht lang wachgebrüllt, die Freundin ihn verlassen. Die Trennung seiner Eltern war gerade ein halbes Jahr her. In der Schule war die Ursache für den Leistungsdämpfer klar: Die Pädagogen gingen von der Mainstream-Krankheit ADHS aus und haben ihm Tabletten verschrieben. Das hat ihm dann den Rest gegeben – und nicht weitergeholfen.

Fabian: „Jeder ist seines Glückes Schmied“ würde ich so nicht unterschreiben – auch wenn anstelle von „Glück“ etwas anderes stehen mag. Trotzdem erwisch ich mich immer wieder, wie ich auf den Spruch reinfalle, gerade wenn es mir schlecht geht. Die Geschichte mit deinem Nachhilfeschüler hört sich an, als ob hier ein seelisches Leiden schnell als psychische Krankheit abgestempelt wurde. Was, denkst du, hätte ihm geholfen?

Gustav: Zuhörer hätten ihm geholfen, keine selbst überforderten Diagnostiker. Ob Burn-out oder ADHS: Einige Fälle mögen tatsächlich auf einer Krankheit beruhen. Oft erscheint mir die Diagnose aber eher oberflächlich und zu einfach. Wenn ich viel zu tun habe, hilft zunächst eine bessere Organisation oder ein anderer Arbeitgeber. Erst wenn damit die Probleme nicht gelöst sind, kann die Geschichte tiefer gehen. Verhältnismäßig simple Probleme, die einen im Alltag fertigmachen, dürfen nicht medikalisiert werden!

Fabian: Es beginnt schon damit, Einzelne dafür krankzuschreiben. Dadurch findet man nur eine Pseudolösung, die ein komplexes Problem eher schnell für alle unter den Teppich kehrt als klärt. Ich glaube, viele Modekrankheiten sind zwei Seiten derselben Medaille: Ein Mensch bekommt Burn-out, weil er sich nur über seine eigene Leistung definiert. Und Bore-out, weil er nicht damit klarkommt, dass

er für einen Moment nichts zu tun hat. Beide Diagnosen beruhen auf der weitverbreiteten Annahme, man müsse immer beschäftigt sein. Der Sozialphilosoph Erich Fromm sagte schon Mitte des letzten Jahrhunderts, die „Gleichheit“ unserer Demokratie werde oft als Herdenkonformität missverstanden. Ich meine: Die Gesellschaft sollte sich mit fremden Haltungen auseinandersetzen, um die eigene Normativität, also das, was für einen selbst als „normal“ gilt, stets infrage zu stellen.

Gustav: ... und nicht den anderen Rindern der Herde hinterher hecheln. Vielleicht ist das ein Geheimrezept, das gerade junge Menschen selten anwenden: Sich nicht den anderen anpassen zu wollen, sondern die Eigenheiten der anderen wahrzunehmen und nachzuvollziehen, trotzdem aber die eigenen Ansichten und Werte beizubehalten.

Fabian: Wer so durchlässig ist und die Impulse seiner Umwelt aufnehmen kann, ist wohl letztlich auch seelisch gesünder. Denn zu oft verschanzen wir uns hinter Kopfhörern, Facebook und Baller-Games, um zu spüren, dass von der Welt noch irgendetwas zurückkommt. Doch diese Art von Resonanz bringt meine Seele nur kurz zum Klingen.

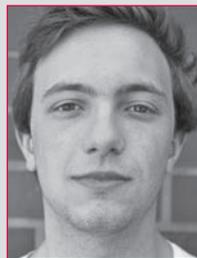
Gustav: Ich verschanze mich jetzt im Tatort, um Menschen bei ihren seelischen Problemen zuzuschauen. Kümmer' du dich eifrig um dein Studium!

Kaum treten Außenstehende mit ihren Interessen in dein Glücksnest, wird es künstlich und falsch, vielleicht schränkt es dich ein und macht dich unglücklich.

Die Autoren



Gustav Beyer (20) ist Ex-Onlineredakteur einer großen Jugendzeitschrift und Darsteller in einer RTL-Serie.



Fabian Stark (22) studiert Europäische Ethnologie in Berlin und war Chefredakteur des jungen Magazins TONIC.



Medien und Materialien

MindMatters – eine Ressource zur Förderung der psychischen Gesundheit in Schulen

MindMatters ist ein wissenschaftlich fundiertes Kooperationsprogramm der BARMER GEK, des Gemeinde-Unfallversicherungsverbands Hannover, der Unfallkasse NRW und der Leuphana Universität Lüneburg.

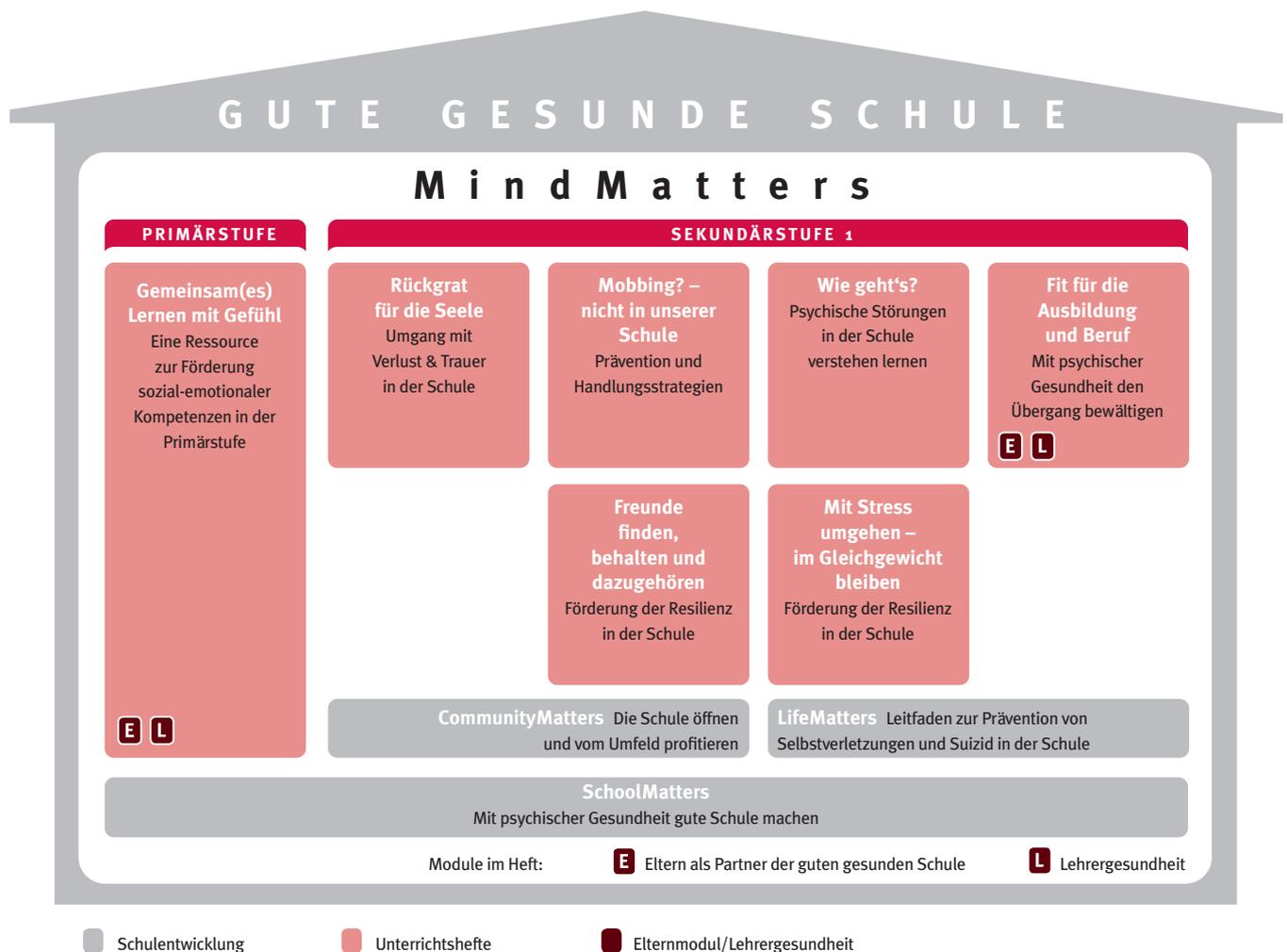
Es ist seit 2002 als Settingansatz entwickelt worden und basiert auf dem Konzept der „guten gesunden Schule“. Mithilfe von Schulentwicklungs- und Unterrichtsmaterialien stellt es Schulen eine

Ressource zur Förderung der psychischen Gesundheit und zum Aufbau einer schützenden und fürsorglichen Lernumgebung zur Verfügung. Durch den Einsatz von Unterrichtsmodulen zum Umgang mit Gefühlen, zur Resilienzförderung, zum Stresserleben, zum Umgang mit psychischen Störungen, Mobbing und weiteren Themen können die Schülerinnen und Schüler ihr Wissen und ihre Kompetenzen erweitern.

Module zur Lehrergesundheit und Elternzusammenarbeit sowie ein umfangreicher Internetauftritt ergänzen das Angebot. Neben thematischen Fortbildungen für Lehrkräfte werden auch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, sogenannte Schulbe-

raterinnen bzw. Schulberater, geschult. MindMatters möchte damit Schulpsychologinnen und Schulpsychologen, Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeiter und Mitglieder von Beratungsstellen dazu befähigen, Schulen bei der nachhaltigen Nutzung von MindMatters zu unterstützen.

Netzwerke zwischen Schule und Schulumfeld sowie die Entstigmatisierung und Förderung der Akzeptanz von Verschiedenheit stehen im Programm MindMatters im Mittelpunkt. Damit knüpft MindMatters an inklusive Konzepte in Schulen an. Mit dem Primarstufenmodul wurde zudem begonnen, die MindMatters-Übungen entsprechend den Lernvoraussetzungen der Schülerschaft zu differenzieren.



Übersicht über die MindMatters Unterrichts- und Schulentwicklungsmodule

„Verschiedenheit als Bereicherung betrachten“ ist das Leitmotiv des gesamten MindMatters-Programms.

Bezug: MindMatters steht allen Schulen und Schulberatungsstellen in Deutschland kostenfrei zur Verfügung, www.mindmatters-schule.de

Tanja & Johnny Haeusler

Netzgemüse. Aufzucht und Pflege der Generation Internet

Wilhelm Goldmann Verlag, München 2012

„Das Internet wird nicht wieder weggehen, und es wird fester Bestandteil der Zukunft meiner Kinder sein. Dieser Verantwortung muss ich mich stellen.“



Dieser Satz aus einem Interview, das die Autoren der Zeitschrift Fluter zu ihrem Buch gegeben haben, umreißt das Anliegen des Buches. Tanja und Johnny Haeusler betreiben gemeinsam das mit dem Grimme-Online-Award ausgezeichnete Weblog „Spreeblick“ und gehören zum Gründungs- und Veranstaltungsteam der „re:publica“. Sie sind also „netzaffin“ – und sie sind Eltern, Eltern, die selbst im Internet zu Hause sind. Dennoch sorgen sie sich ebenso wie viele andere Eltern um ihre Kinder, erleben die Medienwelt als erzieherische Herausforderung. Bevor sie sich den problematischen Seiten der digitalen Welt zuwenden, beschreiben sie anschaulich die Medienwelt heutiger Kinder, in der das Internet so selbstverständlich ist wie Leitungswasser. Es gelingt hervorragend, die digitale Realität zu beschreiben, und zwar mit ihren Chancen, neuen Möglichkeiten und positiven Seiten, ohne die problematischen Aspekte wegzulassen oder zu beschönigen: Was bietet das Internet als Lebens-

raum? Was passiert bei YouTube und natürlich nicht zu vergessen Facebook, Videospiele und Smartphones. Und sie beschreiben und plädieren für die notwendigen familiären Auseinandersetzungen um Regeln.

Die Schwierigkeiten vieler Eltern, sich Unterstützung in medienpädagogischen Fragen zu suchen,

veranschaulicht das Beispiel eines Klassenelternabends: Das Bemühen, sich über die Mediennutzung der Kinder auszutauschen, scheiterte, da niemand der anwesenden Eltern sich zu Wort meldete bzw. Mediennutzung in der Familie keine große Rolle zu spielen schien. Erst beim anschließenden gemütlichen Beisammensein kam es zu einer lebhaften Diskussion. Dabei stellte sich heraus, dass

Kath. LAG Kinder- und Jugendschutz Nordrhein-Westfalen e.V.

Sexualisierte Gewalt an Kindern und Jugendlichen Einführung für Fachkräfte in Schule, Jugendhilfe und Gemeinde

Thema Jugend Kompakt Nr. 2

Uns erschüttern immer wieder Fälle, in denen Kinder und Jugendliche in Familien oder in pädagogischen und kirchlichen Einrichtungen körperlich, seelisch und/oder sexuell misshandelt werden. Zur Unterstützung vor allem für Lehrerinnen und Lehrer, Haupt- und Ehrenamtliche in der (kirchlichen) Kinder- und Jugendarbeit gibt diese Arbeitshilfe Handlungsempfehlungen für die Prävention von und Intervention bei sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen.

Preis: 2,00 Euro zzgl. Versandkosten

Trauer

Elternwissen Nr. 18

Die meisten Erwachsenen sind angesichts trauernder Kinder verunsichert und fühlen sich häufig überfordert. Diese Broschüre vermittelt Eltern und Bezugspersonen, wie sie angemessen mit trauernden Kindern und Jugendlichen umgehen können.

Ansichtsexemplare sind kostenfrei.

Grenzwertig

Sexuelle Grenzverletzungen unter Kindern und Jugendlichen

THEMA Jugend 1/2013

Erwachsene Täter und Täterinnen stehen häufig im Fokus, wenn es um sexuelle Grenzverletzungen und Gewalt geht. Die Polizeiliche Kriminalstatistik verzeichnet allerdings bei den Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung eine deutlich angestiegene Zahl der minderjährigen Tatverdächtigen. Viele Jugendliche berichten von Beleidigungen durch obszöne oder sexualisierte Sprüche, SMS oder Handyfilme. In der Regel sind die sexuell Übergriffigen keine Fremden, sondern Bekannte aus Schule oder Freizeit.

Diese Ausgabe von THEMA Jugend befasst sich mit sexuellen Übergriffen unter Kindern und Jugendlichen und beleuchtet das Thema aus verschiedenen Perspektiven unterschiedlicher Autorinnen und Autoren.

Preis: 2,00 Euro zzgl. Versandkosten

Bezug aller Veröffentlichungen: Kath. LAG Kinder- und Jugendschutz NW e.V.,
Salzstraße 8, 48143 Münster, Tel. (02 51) 5 40 27, info@thema-jugend.de

die Eltern sich vor dem Lehrer oder der Lehrerin keine Blöße geben und den „Anschein einer heilen Bildungsbürgerwelt erhalten wollten“, in der Medien, die ja einen schlechten Ruf haben, keine Rolle spielen. Es gibt also immer noch viel zu tun. Es gilt, Tabus abzubauen, Eltern den Erfahrungsaustausch zu ermöglichen und bei Bedarf Hilfestellungen anzubieten.

Das Buch ist ein witziger, gut lesbarer Ratgeber auch für Eltern, die bisher eher offline leben, und es ist ein großartiges Plädoyer für Medienbildung. In der Medienerziehung geht es eben nicht um Technik, sondern ganz viel um Gesellschaft, Soziales, Ethik und Benehmen. „Informierte Gelassenheit“ – dazu macht die Lektüre Mut. Am besten gefällt an diesem Buch jedoch der Verzicht auf jeglichen Alarmismus. Deutlich werden stattdessen das Vertrauen in die Kinder, in ihre Neugier und Kreativität und die Solidarität mit ihnen.

Ursula Arbeiter

Franz Herrmann

Konfliktkompetenz in der sozialen Arbeit

Neun Bausteine für die Praxis

Reinhardt Verlag, München und Basel 2013



Konflikte gehören zu den zentralen Herausforderungen in der sozialen Arbeit. Ob zwischen Klienten, innerhalb eines Teams, mit Kooperationspartnern: Immer wieder kommt es zu Streit und Störungen. Franz Herrmann legt mit seinem zweiten Buch eine durch und durch systematische Praxishilfe vor. Seine Devise: Jeder Konflikt ist anders und verschieden komplex, weswegen jeder Umgang mit Konflikten ein Einzelfall ist. Um die ver-

schiedenen Aspekte adäquat zu erfassen und in die Bearbeitung einbeziehen zu können, ist ein Modell hilfreich.

Der erste Teil des Buches bietet eine komprimierte Zusammenfassung von Konflikttheorie. Neben grundlegenden Definitionen wird Konfliktkompetenz aufgeschlüsselt als Fall-, System- und Selbstkompetenz, die Besonderheiten für das Feld der sozialen Arbeit werden erläutert. Bezogen auf die drei Handlungsebenen Analyse, Kommunikation und Reflexion ergeben sich (drei mal drei) neun Bausteine. Herrmann schafft es durch eine hohe begriffliche und systematische Klarheit, die Theorie anhand von Konflikten einfacher bzw. mittlerer Komplexität aus den Feldern Allgemeiner Sozialdienst (ASD), Schulsozialarbeit und offene Jugendarbeit in die Praxis zu übertragen. Entlang der ausführlich eingeführten, realistischen Beispiele dekliniert er sein Modell exemplarisch durch. Er konzentriert sich methodisch auf die Grundmodelle Vermittlung, Beratung, Konfrontation und Deeskalation. Jedoch wird hier keine weitere Methodensammlung vorgelegt. Vielmehr betont der Autor, dass die „Person als Werkzeug“ unbedingt ernst zu nehmen ist: Er beschreibt „Merkmale eines konstruktiven Handlungsstils“ in Konflikten als auch die biografische Entwicklung einer Haltung zu und in Konflikten. Auch sein dritter Hauptaspekt dürfte für Praktikerinnen und Praktiker gewinnbringend sein: die Arbeitsfeld- oder Kontextanalyse, also: unter welchen Bedingungen kommt es zu Konflikten, und wie ist die Konfliktkultur einer Einrichtung? Er betont die Wichtigkeit, den Schlüsselprozess „Kooperation mit anderen Organisationen im Umfeld“ aktiv zu gestalten.

Insgesamt zeichnet sich das Buch durch eine klare Gliederung, verständliche Sprache, gute anschauliche Darstellung komplexer Handlungsoptionen und eine umfangreiche Übersicht wichtiger Ansätze aus. Dem Autor gelingt die Gratwanderung, Konflikte nicht zu bagatellisieren, zugleich aber den professionellen Umgang damit zu entdramatisieren. Insbesondere durch die „Umsetzung“ anhand der Beispielkonflikte sowie aufgrund der zahlreichen Arbeitshilfen und Übungen verdient es das Prädikat „höchst praxisnah und -relevant“.

Fazit: Eine fesselnd geschriebene, theoretisch begründete, gewinnbringend zu lesende Praxishilfe für alle Profis in der Jugendhilfe und solche, die es werden wollen.

Lothar Wegner

Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen (Hrsg.)

Jugend und Risiko

Handlungsansätze für die Suchtprävention

Hannover 2012



Die Broschüre thematisiert aktuelle Perspektiven der Wissenschaft und praktische Strategien für den Umgang mit Risikoverhalten und Grenzverletzungen Jugendlicher. Die Beiträge im ersten Teil fokussieren die Bedeutung von riskantem Verhalten für den Entwicklungsprozess Jugendlicher aus verschiedenen Perspektiven. Hierzu zählen die Phänomene Komatrinken und Glücksspiel. Weitere Aufsätze beschäftigen sich mit Essstörungen und deren Wegbereitern – etwa Diäten bei Mädchen und Nahrungsergänzungen bei Jungen. Auch die Erscheinungsformen von selbstverletzendem Verhalten und ihre Funktion für die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben spielen in diesem Zusammenhang eine Rolle.

Im zweiten Teil werden Beispiele aus der Praxis für die Prävention und Intervention im Jugendschutz vorgestellt: Während die motivierende Kurzintervention hilft, mit konsumierenden Jugendlichen ins Gespräch zu kommen, tragen die beschriebenen geschlechtsspezifischen Angebote gegen Ess- und Körperbildstörungen, gegen selbstverletzendes Verhalten, bei Krisen und Suizidalität sowie Angebote zur Selbstbehauptung dazu bei, dass Fachkräfte die Lebenskompetenzen Jugendlicher stärken und ihr Risikobewusstsein fördern können.

Bezug zum Preis von 12,00 Euro:
Landesstelle Jugendschutz
Niedersachsen, 30175 Hannover,
Tel. (05 11) 85 87 88/85 30 61, Fax (05 11) 283 49 54,
info@jugendschutz-niedersachsen.de

Ulrike Wagner, Christa Gebel, Claudia Lampert (Hrsg.)

Zwischen Anspruch und Alltagsbewältigung: Medienerziehung in der Familie

LfM-Schriftenreihe Bd. 72, Berlin 2013

Im März stellte die Landesanstalt für Medien NRW (LfM) in Düsseldorf die beim Institut für Medienerziehung in Forschung und Praxis (JFF) in München und Hans-Bredow-Institut, Hamburg in Auftrag gegebene Studie „Zwischen Anspruch und Alltagsbewältigung: Medienerziehung in der Familie“ vor. Die Studie versucht im Wesentlichen

herauszuarbeiten, in welcher Form Medienerziehung in Familien stattfindet, wo Eltern und welche Gruppen von Eltern Unterstützungs- und Beratungsbedarf haben. Die Ergebnisse sind aufschlussreich für alle, die medienpädagogische Arbeit leisten, um Eltern in ihrer Medienerziehung zu begleiten. Sie zeigen auf, dass Eltern unterschiedliche Muster medienerzieherischen Handelns haben und dass diese wichtige Grundlage für die Elternarbeit sein können.

Als zentraler Aspekt medienerzieherischen Handelns erwies sich die Orientierung am Kind, für die es die Eltern zu sensibilisieren gilt, da sich hier in den elterlichen Erziehungsmustern bedeutsame Unterschiede zeigen. Wichtig ist auch, alle an der Erziehung beteiligten Bezugspersonen zu erfassen und die Rolle der Medien für die Medieninteraktion in der Familie zu berücksichtigen. Medienpädagogische Elternbildung muss, besonders für

mehrfach belastete Familien, bestehende unterstützende Strukturen einbeziehen und zur Netzwerkaufgabe werden. Hierzu gehört auch die Aus- und Fortbildung pädagogischer Fachkräfte, die mit Familien arbeiten.

Mehr als die Hälfte der untersuchten Eltern äußerten einen Wunsch nach Informationen, v. a. zu Risiken der Mediennutzung, zu kindgerechten Angeboten, aber auch zu Erklärungen, wie Kinder Medien verstehen und erleben, und zu Anlaufstellen. Die Studie gibt so auch Hinweise zu möglichen Themenfeldern wie Rahmenbedingungen medienpädagogischer Elternbildung und ist damit wirklich lesenswert für alle, denen Medienerziehung am Herzen liegt.

Eine Kurzzusammenfassung gibt es auf der Seite der Landesanstalt für Medien NRW: www.lfm-nrw.de.

Ursula Kluge



Termine

Landratsamt Böblingen

Workshop „Jungengesundheit“

18. Juni 2013, Böblingen

Das Landratsamt Böblingen – Gesundheitsamt/ Gesundheitsförderung veranstaltet am Dienstag, 18. Juni 2013 von 13.30 bis 17.30 Uhr einen Workshop „Jungengesundheit praktisch“ mit Gunter Neubauer. Hintergrund ist das Jungenskapitel „Sorglos oder unversorgt?“ aus dem Männergesundheitsbericht 2013 und ein – unter anderem auch in diesen ajs-informationen beschriebenes – Filmprojekt. Neben Impulsen zum Thema wird es um ganz praktische methodische Zugänge gehen.

Informationen und Anmeldung:

Landratsamt Böblingen, Gesundheitsamt,
Julius Krauss, Tel. (070 31) 663-1758,
j.krauss@lrabb.de,
www.landkreis-boeblingen.de

Landesarbeitsgemeinschaft Jungenarbeit e.V.

Baden-Württemberg

Weiterbildung zum Jungenarbeiter

Geschlechterbewusstes pädagogisches Handeln

in der Arbeit mit Jungen

Juni 2013 bis Februar 2014,

Karlsruhe und Stuttgart

In Kooperation mit dem Paritätischen Jugendwerk (pjw), dem KVJS, der Akademie der Jugendarbeit und der Aktion Jugendschutz (ajs) bietet die LAG Jungenarbeit ab Herbst diese berufsbegleitende Weiterbildung in Baden-Württemberg an. In sieben Bausteinen werden vermittelt:

- genderbezogenes Wissen (Doing-Gender-Prozesse; Machtverteilungen)
- genderbezogene Praxiskompetenz (Methoden)
- genderbezogene Selbstkompetenz (Reflexion, Entstereotypisierung)

Neben den zweitägigen Seminarblöcken entwickelt jeder Teilnehmer/jede Teilnehmerin ein Praxisprojekt, führt es während der Weiterbildung durch und reflektiert es in der Gruppe. Darüber hinaus gehört ein Literaturstudium zu den Anforderungen.

Abschluss: Zertifikat der o. g. Kooperations-Partner, Kosten: 950,00 Euro (inkl. Tagesverpflegung und Mittagessen) zzgl. Bücher und ggf. Übernachtungskosten.

Information: LAG Jungenarbeit, Kai Kabs,
Tel. (07 11) 21 55-204, info@lag-jungenarbeit.de

isp Dortmund

Neugierig

27. und 28. September 2013 in Frankfurt

Das Institut für Sexualpädagogik (isp) wird 25 Jahre und feiert dies mit einer Fachveranstaltung.

AGJ-Fachverband für Prävention und Rehabilitation in der Erzdiözese Freiburg e.V.

Systemische Mobbingprävention und -intervention in Schule und Jugendhilfe

Fünfteilige berufsbegleitende Fortbildung

Mobbing, das wiederholte und systematische Schikanieren von Einzelnen, tritt vor allem in Zwangsgemeinschaften auf, aus denen Kinder und Jugendliche nicht einfach „fliehen“ können, beispielsweise in Ausbildungseinrichtungen, Heimen, Horten und der Schule. Das Phänomen ist nicht neu. Neu sind Erkenntnisse zu Ausmaß, Folgen und unzureichenden Interventionsmöglichkeiten. Von pädagogischen Fachkräften in Schule und Jugendhilfe wird das Problem häufig übersehen oder verharmlost. Oft herrscht Ratlosigkeit im Umgang mit den Betroffenen. Nicht zu unterschätzen ist die Gefahr, dass ein Schritt in die falsche Richtung die Situation des betroffenen Kindes erheblich verschlimmern kann.

Methoden, die sich bei Konflikten zwischen Einzelnen bewährt haben, bewirken in Mobbingfällen häufig eine Eskalation der Gewalt. Mobbing ist nur als Gruppenphänomen verstehbar und kann nur durch eine koordinierte, systemische Intervention auf den Ebenen Einzelperson, gesamte Gruppe/Klasse und Einrichtung/Schule umfassend und nachhaltig bearbeitet werden. Die Fortbildung ist Teil des Programms Konflikt-KULTUR und vermittelt den aktuellen Wissensstand zum Thema Mobbing sowie Handlungsstrategien zur Prävention und Intervention. Das Zertifikat „Fachberater/-in für systemische Mobbingprävention und -intervention in Schule und Jugendhilfe“ kann erworben werden.

Termine und Orte:

Singen: September 2013 bis Mai 2014, in Stuttgart: September 2013 bis April 2014

und Januar 2014 bis November 2014, Informationen: www.agj-freiburg.de

der Jugendhilfe und Suchthilfe. Aus diesen Bereichen können in Kooperation Inhouse-Seminare beantragt werden. In diesen haben die Fachkräfte die Möglichkeit, mit Unterstützung von externen Referentinnen und Referenten ein gemeinsames Verständnis für die Hilfe von betroffenen Kindern, Jugendlichen und deren Familie zu entwickeln.

Das Projekt wird vom Sozialministerium gefördert und läuft von Februar 2013 bis Ende Oktober 2014. Anträge können bei der Landesstelle für Suchtfragen gestellt werden.

Information und Förderkriterien:

www.suchtfragen.de

(Menüpunkt „Schulterchluss“) und

bei Christa Niemeier, Tel. (07 11) 6 19 67 32.

Aktion Jugendschutz

Landesarbeitsstelle Bayern e.V.

Bloßgestellt im Netz

Fortbildung zum Planspiel

zur Prävention von Cyber-Mobbing

2. Oktober 2013 in Nürnberg, Haus Eckstein

Das Planspiel „Bloßgestellt im Netz“ macht für Jugendgruppen und Schulklassen alle Komponenten einer realen Cyber-Mobbingsituation erfahrbar. Durch eigenes Erleben wird die Dynamik von Cyber-Mobbing den Jugendlichen deutlich und sie werden für einen sorgsameren Umgang miteinander im Netz sensibilisiert. Außerdem erarbeiten sie gemeinsam Handlungsstrategien, die einen Transfer in die Realität ermöglichen. Das Spiel wurde für Jugendgruppen und Schulklassen (Alter 12 bis 16 Jahre, 7. bis 10. Klasse) entwickelt und dient der Prävention von Cyber-Mobbing. Die Fortbildung richtet sich an pädagogische Fachkräfte aus Schule, Jugendhilfe und Jugendarbeit.

Information und Anmeldung:

Aktion Jugendschutz,

Landesarbeitsstelle Bayern e.V.,

80636 München,

Tel. (089) 12 15 73-0, Fax (089) 12 15 73-99,

info@aj-bayern.de,

www.bayern.jugendschutz.de

Neugierig machen möchte das isp sowohl mit der Gestaltung der Veranstaltung als auch den Themen und Referierenden.

In sogenannten Pavillons haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Möglichkeit, etwas zu entdecken, zu diskutieren, zu erarbeiten, zu experimentieren. Sie tragen Titel wie z. B. Natur, Wissen oder Handwerk und in jedem der insgesamt sechs Pavillons ereignet sich Vielfältiges. Interdisziplinäre Expertinnen und Experten wie Prof. Dr. Volkmar Sigusch, Prof. Dr. Ulrike Schmauch, Dr. Peter Mosser, Dr. Susanne Achterberg, Prof. Dr. Tillmann Krüger, Dr. Ada Borkenhagen tragen mit ihren Beiträgen zu einem abwechslungsreichen Programm bei. Und der Sex-Poetry-Slam am Abend macht ebenfalls neugierig.

Neugierig zu sein – das ist nach Meinung des isp eine gute Qualität für sexualpädagogisch Tätige.

Und es ist eine passende Zustandsbeschreibung der 25-jährigen Ausbildungstätigkeit des Instituts im Bereich der Sexualpädagogik.

Jubiläums-Homepage

www.neugierig.isp-dortmund.de

Weitere Informationen zum isp

unter www.isp-dortmund.de

Landesprojekt „Schulterchluss“

Jugendhilfe und Suchthilfe handeln gemeinsam

Das Land Baden-Württemberg geht neue Wege in der Hilfe für Kinder suchtselasteter Familien. Die Jugendhilfe (KVJS-Landesjugendamt) und die Suchthilfe (Landesstelle für Suchtfragen der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg) starten eine Qualifizierungs- und Kooperationsoffensive für Fachkräfte aus Einrichtungen



Aus der Arbeit der ajs

Projekte im Rahmen der Initiative „Kindermedienland Baden-Württemberg“

Medienpädagogische Elternarbeit

Zum Ende des Jahres 2012 konnte die Fortbildungsreihe Medienpädagogische Elternarbeit erfolgreich beendet werden. Insgesamt wurden in zwei Jahren an 16 Standorten 200 Fachkräfte erreicht.

In Heidelberg wurde am 29. November 2012 mit der Fortbildungsgruppe Medienpädagogische Elternarbeit ein Fachtag zum Thema „Medienerziehung – von Sesamstraße zu Facebook“ durchgeführt. Der Fachtag fand bei der Polizeidirektion Heidelberg statt und erzielte mit knapp 170 Besucherinnen und Besuchern großen Anklang. Der Vormittag bot Gelegenheit, die Arbeit der ajs sowie besonders die des LandesNetzWerks für medienpädagogische Elternarbeit vorzustellen. Im Anschluss beleuchtete Anna Schreier, Referentin des LandesNetzWerks, gemeinsam mit Günther Ostringer von der Polizei Heidelberg das Phänomen Cyber-Mobbing vom aktuellen Forschungsstand bis hin zu Handlungsmöglichkeiten. Nachmittags boten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fortbildungsgruppe in neun Workshops fundierte medienpädagogische Anregungen und Ansätze für alle, die mit der Begleitung von Heranwachsenden betraut sind. Die Themen reichten dabei von der Förderung des Hörens und Zuhörens im Kindergarten über die Fernseh- und Facebook-Nutzung von Kindern und Jugendlichen bis hin zu theaterpädagogischen Ansätzen bei der Prävention von Cyber-Mobbing.

Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Projekts werden weiterhin mit wichtigen Informationen und Angeboten der ajs im Bereich der Medienpädagogik und medienpädagogischen Elternarbeit versorgt. Darüber hinaus haben sie die Möglichkeit, als Referentin oder Referent im LandesNetzWerk für medienpädagogische Elternarbeit der ajs

mitzuwirken und werden dies bis Mitte des Jahres 2013 entscheiden. Knapp 50 Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben sich bereits an das LandesNetzWerk angeschlossen, die Zahl der aktiven Referentinnen und Referenten im Netzwerk konnte so beinahe verdoppelt werden. Diese werden durch regelmäßige Fortbildungsangebote, fachliche Information und Beratung seitens der ajs weiterqualifiziert und in ihrer Tätigkeit begleitet. Darüber hinaus wird die ajs gemeinsam mit den Koordinatorinnen und Koordinatoren der sechzehn Fortbildungen die Bildung regionaler Netzwerke Medienpädagogische Elternarbeit anregen und unterstützen.

Henrik Blaich

Medienpädagogische Fortbildung für die Sozialpädagogische Familienhilfe

Beginnend in 2011 konnten bis zum Jahresende 2012 in allen elf beteiligten Regionen medienpädagogische Workshops mit den Fachkräften der Sozialpädagogischen Familienhilfe und ihren Familien durchgeführt werden. Die Inhalte verteilten sich folgendermaßen: je elf Workshops zum Thema Fernsehen, je elf zu den Themen Computerspiele und Internet und acht zu Fragen der Handynutzung. Teilgenommen haben 122 Mütter und Väter sowie 223 Kinder und Jugendliche.

Zum Abschluss des Projekts fand in allen elf Regionen ein Workshop statt, zu dem alle Fachkräfte mit den Familien eingeladen waren. In diesem Workshop erstellten die Familien ein Fotobuch, das sie mit nach Hause nehmen durften. Es ging darum, Familien wie Fachkräften eine Methode aus der Medienpraxis vorzustellen, mit der sie einerseits aktuelle Familienthemen bearbeiten können und die andererseits einen gemeinsamen praxisorientierten und alternativen Umgang mit Medien vorstellt.

Der Austausch zwischen Fachkräften, Eltern und Heranwachsenden ist in allen Workshops aufgrund der auf die konkrete Situation der Familien zugeschnittenen Methodik gelungen. Sie schätzen die

Atmosphäre der Anerkennung, den spielerischen Umgang mit dem Thema Medien und die fachliche Kompetenz der Referentinnen und Referenten. Sie nahmen gern altersgetrennte wie auch generationenübergreifende Angebote im Rahmen der Workshops an, erlebten teilweise zum ersten Mal eine offene Gesprächsatmosphäre zu Fragen der Medien-erziehung sowohl mit ihren Kindern wie auch mit anderen Eltern und mit den Fachkräften der SPFH. Es fanden sich viele Anknüpfungspunkte für die weitere Arbeit in den Familien, und die Rückmeldungen der Fachkräfte zum weiteren Umgang mit einem Medienthema in den Familien bestätigten dies.

Familien-Medien-Planer

Der Familien-Medien-Planer für das Jahr 2013 fokussiert die medienerzieherischen Themen in den Familien, die auch in den Workshops im Mittelpunkt standen, und behandelt sie in kurzen Texten. Deren Aussagen werden durch deutliche Illustrationen unterstützt. Der Planer wurde an alle Fachkräfte zur Weitergabe an die Familien verteilt. Ferner gibt es einen monatlichen Newsletter zum jeweiligen Medienthema mit vertiefenden Hinweisen und Empfehlungen zur Arbeit in den Familien.

Ursula Kluge

Dran bleiben

Deeskalation und Eskalation in Jugendhilfe und Schule, Seminar, 18. bis 19. September 2013

Konflikte gehören zu den zentralen Herausforderungen in der sozialen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Dabei verwickeln sich Pädagoginnen und Pädagogen immer wieder in Situationen, in denen sie sich mehr aufreiben, als ihnen lieb ist. Im Seminar werden sowohl Hintergründe von Eskalations-Episoden reflektiert als auch ein Kompass entwickelt, wann Eskalation und wann Deeskalation zum gewünschten Ziel führt. Inputs, Austausch und Übungen wechseln sich ab.

Information: Lothar Wegner

Vorschau auf die ajs-informationen II/2013

Rechtsextremismus

Die nächste Ausgabe der ajs-information hat den Schwerpunkt Rechtsextremismus und behandelt folgende Fragen: In der Mitte der Gesellschaft? Nationalismus + Rassismus = Rechtsextremismus? Alte Ideologie, neues Design? Prävention: Was tun, was besser lassen?

ner Reflektion ihres Umgangs und der Nutzung von mobilen Endgeräten anzuregen und zugleich Informationen zu Chancen wie Risiken zu vermitteln. Dazu diente auch das Kennenlernen und Ausprobieren verschiedener in der Praxis einsetzbarer Apps. Im Anschluss an diesen Fachtag werden sich die Referentinnen und Referenten des LandesNetzWerks bei ihrem diesjährigen Jahrestreffen im April mit der Nutzung mobiler Geräte beschäftigen. Im Vordergrund stehen dann Tablet-PCs.

Ursula Kluge

LandesNetzWerk für medienpädagogische Elternarbeit

Das LandesNetzWerk in Graz

Einer Einladung des Vorsitzenden des Österreichischen Zentrums für Kriminalprävention folgend, beteiligte sich die ajs im November 2012 beim 3. Österreichischen Präventionskongress in Graz mit zwei Workshops zu Zugängen, Methoden und Inhalten für die erfolgreiche medienpädagogische Arbeit mit Eltern sowie zu den Bedingungen und strukturellen Voraussetzungen für eine gelingende Organisation medienpädagogischer Elternarbeit. Die ajs unterstützt das Österreichische Zentrum für Kriminalprävention beim strukturellen Aufbau eines Netzwerks für medienpädagogische Elternarbeit auf der Basis der langjährigen Erfahrungen mit der erfolgreichen Arbeit des LandesNetzWerks in Baden-Württemberg.

Fachtag Spielerische Methoden zum Thema Handy und Smartphone

Im Februar 2013 konnten die Referentinnen und Referenten des LandesNetzWerks gemeinsam mit Arnfried Böker von der Landesarbeitsstelle Kinder- und Jugendschutz Sachsen-Anhalt verschiedene Methoden kennenlernen und ausprobieren, um mit Eltern, Kindern und Jugendlichen, aber auch in intergenerativen Settings niederschwellig und spielerisch zum Thema Handy und Smartphone zu arbeiten. Hier konnte auf die Erfahrungen aus dem Projekt mit Fachkräften und Familien der Sozialpädagogischen Familienhilfe zurückgegriffen werden.

Es stand im Vordergrund, die Zielgruppen in einer spielerischen und Spaß machenden Weise zu ei-

Neuaufgabe

Interkulturelle Kompetenz

Kompaktwissen, März 2013

Die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen werden zunehmend heterogen – nicht nur, aber auch aufgrund der steigenden Bedeutung von Migration für unsere Gesellschaft. Für die Pädagogik ist es eine alltägliche Herausforderung, den unterschiedlichen Lebensgeschichten gerecht zu werden, ohne sicher zu sein, sie umfassend verstehen zu können. Unser neues Kompaktwissen bietet eine kompakte Übersicht für Fachkräfte, was interkulturelle Kompetenz und interkulturelle Öffnung bedeuten. Die theoretischen Ausführungen sind durch Beispiele aus dem professionellen Erziehungskontext verständlich erläutert.

Konflikte lösen – Gewalt vermeiden

Kompaktwissen, überarbeitete Neuaufgabe
Dezember 2012

Anstrengend, aber unvermeidbar – wir alle kennen die beiden Seiten von Konflikten. Eltern sind genervt über das „ständige Streiten“ mit ihren Kindern. Und auch pädagogische Fachkräfte sind selten erfreut, „wenn es knirscht und kracht“. Doch Konflikte gehören zum Leben. Ob sie als Belastung oder als Chance zur Weiterentwicklung angesehen werden, hängt vom Umgang mit ihnen ab. Das Faltblatt für pädagogische Fachkräfte und für Eltern gibt Anregungen zu einer konstruktiven Konfliktbearbeitung – und damit zur Gewaltprävention.

Noch Fragen?

- Elke Sauerteig**
Geschäftsführerin, Kinder- und Jugendschutzrecht, Öffentlichkeitsarbeit
Tel. (07 11) 2 37 37 11, sauerteig@ajs-bw.de
- Ursula Arbeiter**
Jugendmedienschutz, Medienpädagogik, ajs-informationen
Tel. (07 11) 2 37 37 15, arbeiter@ajs-bw.de
- Henrik Blaich**
Medienpädagogik, Medien und Gewaltprävention
Tel. (07 11) 2 37 37 18, blaich@ajs-bw.de
- Ute Ehrle**
Suchtprävention, Gesundheitsförderung
Tel. (07 11) 2 37 37 19, ehrle@ajs-bw.de
- Ursula Kluge**
Medienpädagogik, LandesNetzWerk für medienpädagogische Elternarbeit
Tel. (07 11) 2 37 37 17, kluge@ajs-bw.de
- Bernhild Manske-Herlyn**
Sexualpädagogik, Kinderschutz, Prävention von sexueller Gewalt
Tel. (07 11) 2 37 37 13
manske-herlyn@ajs-bw.de
- Lothar Wegner**
stellv. Geschäftsführung, Gewaltprävention, Interkulturelle Pädagogik
Tel. (07 11) 2 37 37 14, wegner@ajs-bw.de

Cyber-Mobbing

Kompaktwissen, Neuerscheinung Dezember 2012

Was unterscheidet Mobbing und Cyber-Mobbing? Was sind die Motive der Täterinnen und Täter? Welche Unterstützung brauchen die Opfer? Was können pädagogische Fachkräfte und Eltern tun? Antworten auf diese Fragen finden Sie im neuen Kompaktwissen der ajs.

Alle ajs-Kompaktwissen können zum Preis von 0,50 Euro zzgl. Versandkosten bezogen werden: info@ajs-bw.de, www.ajs-bw.de oder mit dem Bestellschein auf der Heftrückseite.

Neues medienpädagogisches Fortbildungsangebot für die Sozialpädagogische Familienhilfe

Ein Angebot im Rahmen der Initiative Kindermedienland

Die ajs wird im Auftrag des Staatsministeriums das Angebot „Medienpädagogische Fortbildung für die Sozialpädagogische Familienhilfe“ fortführen. Fachkräfte der Sozialpädagogischen Familienhilfe aus ausgewählten Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs werden medienpädagogisch qualifiziert, die dann Familien in ihrem Alltag direkt erreichen und so gezielt in der Medienerziehung unterstützen können. Die Fortbildung beinhaltet eine Schulung der Fachkräfte in wichtigen medienpädagogischen Themenfeldern und Fragen sowie das Angebot, gemeinsam mit von ihnen betreuten Familien an zielgruppenspezifischen medienpädagogischen Workshops teilzunehmen.

In den Jahren 2011 bis 2012 wurde dieses Angebot bereits erfolgreich in elf Stadt- und Landkreisen durchgeführt: Breisgau-Hochschwarzwald, Emmendingen, Enzkreis, Karlsruhe, Konstanz, Lörrach, Main-Tauber, Rhein-Neckar-Kreis, Sigmaringen, Ulm und in Mannheim. Nun möchte die ajs das Projekt weiteren Landkreisen anbieten.

Das Angebot ist kostenlos und die organisatorische Durchführung wird vor Ort mit den Partnern nach deren Bedürfnissen und Möglichkeiten abgestimmt.

Informationen:

Ursula Kluge, Tel. (0711) 2 37 37 17, kluge@ajs-bw.de

und auf der Website der ajs – gern können Sie auch unseren Infolyer anfordern.

Handlungsfähig bleiben – bei Konflikten und Gewalt!

In-House-Fortbildungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Hilfen zur Erziehung

Der Umgang mit Konflikten und Gewalt konfrontiert die pädagogischen Fachkräfte in den Hilfen zur Erziehung trotz guter Ausbildung immer wieder mit Unsicherheiten. Unser Angebot bündelt wichtige und erprobte Facetten gewaltpräventiven pädagogischen Handelns als In-House-Fortbildungen zu folgenden Themen:

- Mediatives Konfliktregelungsgespräch
- Konfrontativer Gesprächsstil
- Körpersprache und Deeskalationsansätze
- Medien – Konflikte – Gewalt
- Interkulturelle Konflikte
- Sexuelle Übergriffe und sexualisierte Gewalt
- Cool sein – cool bleiben
- Positive Peer Culture

Information: Lothar Wegner. Tel. (0711) 2 37 37 14, wegner@ajs-bw.de

Gern können Sie einen Infolyer in der Geschäftsstelle anfordern.



