

Raimund Geene, Claudia Höppner, Frank Lehmann (Hg.)
Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt
Ein multidisziplinäres Arbeitsbuch zur Kindergesundheit



Bibliographische Informationen der Deutschen Bibliothek

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

1. Auflage 2013
ISBN 978-3-9813922-1-0

© 2013 by Verlag Gesunde Entwicklung, Bad Gandersheim
c/o Zentrum für Salutogenese
Am Mühlteich 1
37581 Bad Gandersheim
Tel.: +49 (0)5382-9554730 Fax: +49 (0)5382-9554712
E-Mail: verlag@gesunde-entwicklung.de
Web: www.gesunde-entwicklung.de

Lektorat und Gestaltung: Melanie Lubke
Umschlaggestaltung: Stefanie Klemp
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Pressel Digitaler Produktionsdruck, Remshalden-Grunbach
Printed in Germany
Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des
Bundesministeriums für Gesundheit

Raimund Geene, Claudia Höppner, Frank Lehmann (Hg.)

Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt

**Ein multidisziplinäres Arbeitsbuch zur
Kindergesundheit**

Verlag Gesunde Entwicklung

Danksagungen

Das hier vorgelegte Buch basiert auf einem insgesamt zweijährigen Arbeitsprozess, in dem die beteiligten Autor/innen und viele weitere Unterstützer/innen und Kolleg/innen intensiv analysiert und darüber diskutiert und gestritten haben, welche Rolle der Ressourcenorientierung zukommt in ihren Fachgebieten und in der gesamten Arbeit mit und für Kinder(n).

Zunächst gilt unser Dank der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit unser initiales Projekt „Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und Familien – Kindheitswissenschaftliche Ansätze“ von Oktober 2011 bis Februar 2012 gefördert hat, auf dessen Grundlage das hier vorliegende Arbeitsbuch entstanden ist.

Die Projektrealisierung verdanken wir in besonderem Maße Melanie Lubke, die die Bucherstellung als Lektorin und Layouterin in hervorragender Weise gemanagt hat, und der Geschäftsführerin Susanne Borkowski und dem ganzen Team des KinderStärken e.V. Ohne Eure Hilfe säßen wir noch heute auf einem großen Stapel Papier, aber noch lange nicht vor diesem gebundenen Buch!

Die (ehem.) Wissenschaftlichen Hilfskräfte Friederike Haehnel, Denise Mikoleit, Anika Noack, Benjamin Ollendorf, Thekla Pohler, Patricia Streissenberger und Steffi Wolf haben uns vielfältig unterstützt bei Recherche, Textarbeit, Korrekturlesen und Organisation der Tagungen und Diskussionsveranstaltungen, die wir im Rahmen der Kongresse zu Armut und Gesundheit in Berlin durchgeführt haben bzw. durchführen werden. Hier geht unser Dank an sie und an den Geschäftsführer Stefan Pospiech sowie Rita König, Marianne Pundt, Stefan Weigandt und das ganze Team von Gesundheit Berlin-Brandenburg. Wir gedenken insbesondere auch Stefans Vorgängerin, unser lieben Freundin Carola Gold, die in Konzeptentwicklung und der 1. Berliner Satellitentagung noch intensiv mit uns diskutiert hat, und deren Tod im April 2012 uns sehr schmerzt. Dieses Buch ist auch ihr gewidmet und setzt ihr Wirken fort.

In den letzten beiden Jahren haben wir in Diskussionen, Beratungen und Kommentierungen zahlreiche Unterstützung erfahren durch: Doreen Beer, Berlin; Pia Block, Gesundheit Berlin-Brandenburg; Stefan Bräunling, Gesundheit Berlin-Brandenburg; Saskia Danke, Kassel; Prof. Dr. Christiane Dienel, HAW Hildesheim; Danielle Dobberstein, Gesundheit Berlin-Brandenburg; Dr. Gabriele Ellsäßer, Landesgesundheitsamt Brandenburg; Mareike Fiedler, Hamburg; Corinna Fritsche, Berlin; Prof. Dr. Johannes Gostomzyk, Landeszentrale für Gesundheit Bayern; Elisabeth Helming, Deutsches Jugendinstitut, München; Ulrike von Haldenwang, Berliner Hebammenverband; Prof. Dr. Benjamin Hoff, Staatssekretär a. D., Alice Salomon Hochschule Berlin; Prof. Dr. Ilona Kickbusch, Universität St. Gallen, Schweiz; Holger Kilian, Gesundheit Berlin-Brandenburg; Maria Klein-Schmeink MdB, Münster; Dr. Thomas Kliche, UKE Hamburg/Hochschule Magdeburg-Stendal; Prof. Dr. Karl Lauterbach MdB, Köln; Prof. Dr. Colin MacDougall, Flinders University Melbourne/Adelaide, Australien; Prof. Dr. Wolfgang Maiers, Hochschule Magdeburg-Stendal; Prof. Dr. Gerd Meinlschmidt; Senatsverwaltung und Charité Berlin; Prof. Dr. Marion Musiol, Hochschule Neubrandenburg; Klaus-Dieter Plümer, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen Düsseldorf; Mechthild Rawert MdB, Berlin; Hertha Schnurrer, Hochschule Magdeburg-Stendal; Eckhard Schroll, BZgA, Köln; Prof. Dr. Clarissa Schwarz, Hochschule für Gesundheit Bochum; Prof. Dr. Annette Seibt, HAW Hamburg; Anja Stiedenroth, Büro Diana Golze MdB, Berlin/Rathenow; Regina Stolzenburg, Charité Berlin; Miriam Walter, NAKOS Berlin; Dr. Karina Weichold, Friedrich Schiller-Universität Jena sowie Prof. Dr. Dr. Reinhard Wiesner, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin.

Dieses Buch hätte insbesondere nicht realisiert werden können ohne die Autorinnen und Autoren, die unser Projekt so engagiert begleitet haben.

Allen genannten Beteiligten und auch denen, die wir aus unbeabsichtigten Gründen nicht aufgeführt haben sollten, gilt unser ganz herzlicher Dank!

Abschließend möchten wir uns bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Verlags Gesunde Entwicklung Dr. Theodor D. Petzold und Stefanie Klemp bedanken für ihre Flexibilität und die Umschlaggestaltung sowie bei der Druckerei Pressel für die Verarbeitung.

Inhalt

Raimund Geene, Claudia Höppner, Frank Lehmann

Zur Einführung: Ressourcen, Resilienz, Respekt – Wo stehen die
kindheitsbezogenen Handlungsfelder? 7

Raimund Geene, Frank Lehmann, Claudia Höppner, Rolf Rosenbrock

Gesundheitsförderung – Eine Strategie für Ressourcen..... 19

*Raimund Geene, Beatrice Hungerland, Manfred Liebel, Franziska Lutzmann,
Susanne Borkowski*

Subjektorientierung und Partizipation – Schlüsselbegriffe der
Kindheitswissenschaften..... 69

Susanne Borkowski, Raimund Geene, Detlef Pech, Friederike Haehnel

Subjektorientierung und Ressourcenverständnis in der
Allgemeinen Pädagogik..... 91

Johanna Kloss, Beatrice Hungerland, Anne Wihstutz

Kinder als Akteure – Die Neue Soziologie der Kindheit..... 115

Beate A. Schücking

Kontrolle oder Unterstützung? Chancen und Grenzen der
Schwangerenvorsorge in Deutschland und im internationalen Vergleich 131

Raimund Geene, Claudia Höppner, Eva Luber

Kinderärztliche Früherkennungsuntersuchungen zwischen
Risikodetektion und Ressourcenstärkung 139

Günter Mey

Perspektiven einer ressourcenorientierten Entwicklungspsychologie 165

<i>Dorthe Namuth, Eva Lischke, Raimund Geene</i> Soziale Arbeit und Sozialarbeitswissenschaften – Konzeptionelles Grundgerüst für Ressourcenorientierung?	203
<i>Nicola Wolf-Kühn, Nicolas Eden</i> Ressourcenorientierung in der Kinder- und Jugendrehabilitation	225
<i>Tobias Wenzel, Claudia Wendel</i> Ressourcenanalyse aus neurowissenschaftlicher Perspektive	247
<i>Susanne Borkowski, Annette Schmitt</i> Ressourcenorientierung in der Elementarpädagogik	279
<i>Raimund Geene, Sigrid Graumann, Alexandra Jekal, Simone Wejda</i> Inklusionspädagogik – Die freiheitliche und gleichberechtigte Inklusion von Kindern mit Behinderung als menschenrechtlicher Anspruch	305
<i>Romy Schulze, Antje Richter-Kornweitz, Michael Klundt, Raimund Geene</i> Kinderarmutsforschung im Wandel: Entwicklung, Ergebnisse, Schlussfolgerungen	327
<i>Alexandra Sann, Raimund Geene, Mechthild Paul</i> Frühe Hilfen – Ein neues Handlungsfeld zur Stärkung von Kindern und Familien.....	361
<i>Raimund Geene, Claudia Höppner, Frank Lehmann</i> Ressourcen, Resilienz, Respekt – Wo stehen die kindheitsbezogenen Handlungsfelder? Versuch eines Resumees	389
Autorinnen und Autoren.....	401

Zur Einführung: Ressourcen, Resilienz, Respekt – Wo stehen die kindheitsbezogenen Handlungsfelder?

In den Gesundheitswissenschaften wird mit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986 ein Paradigmenwechsel zur sog. „New Public Health“ eingeleitet: weg von der Fixierung auf Krankheit (Pathogenese) hin zur Betrachtung von Gesundheit (Salutogenese). In den kindheitsbezogenen Wissenschaften ist dieser Wandel mit Händen zu greifen, denn auch in der Pädagogik, der Psychologie, der Soziologie und der Sozialpädagogik wandelt sich das Verständnis von der zuvor dominierenden Problemzentrierung hin zu einer Ressourcenorientierung – statt auf Schwächen herumzureiten, sollen die Stärken gefördert werden, statt Feuerwehreinsätzen ist Gärtnermentalität gefragt. Prävention und Gesundheitsförderung v. a. in Form der Lebensweltgestaltung und der vernetzten und bereichsübergreifenden Zusammenarbeit sind die neuen Herausforderungen der modernen Gesellschaft. Gerade sozial benachteiligte Kinder, Jugendliche und Familien benötigen dringend einen solchen positiven Ansatz – mit einer weiteren Stigmatisierung ist ihnen nicht geholfen!

Auch wenn die fachlichen Entwicklungen zur Ressourcenorientierung durchaus parallel verlaufen, stehen sie doch vor zwei grundlegenden Schwierigkeiten.

Zum einen sind die fachlichen Diskurse grundverschiedenen, ähnliche Zielgrößen werden vielfach mit unterschiedlichen Worten beschrieben. Es herrscht – zugespitzt ausgedrückt – babylonische Sprachverwirrung in den gesundheits- wie kindheitswissenschaftlichen Disziplinen.

Zum anderen – und dieses Problem ist noch massiver – sind die Anreizsysteme der sozialen Steuerung durchweg defizitorientiert: Für Leistungen des Gesundheitswesens bedarf es zunächst der Feststellung einer Erkrankung, für heilpädagogische Hilfen einer (zumindest drohenden) Behinderung, für sozialpädagogische Unterstützung einer akuten Notlage. Das mag sozialrechtlichen Logiken entsprechen – es unterläuft aber den Bedarf an präventiver, ressourcenorientierter Lebensgestaltung.

Der vorliegende Band bilanziert einen gut zweijährigen Arbeitsprozess, in dem sich die Autor/innen der hier versammelten Beiträge mit den spezifischen Ressourcendiskursen in ihren Fachdisziplinen und diesen Grundproblemen beschäftigt haben.

Eröffnet wird das Buch durch den Beitrag von **Raimund Geene, Frank Lehmann, Claudia Höppner** und **Rolf Rosenbrock**, in dem sie die Entwicklung der Gesundheitswissenschaften/Public Health und ihrer zentralen **Strategie der Gesundheitsförderung** darstellen. Die hier als Leitbild fungierende Ottawa-Charta ist ein Kind weltweiter sozialer Bewegungen. Mit drei Kernstrategien für fünf Handlungsfelder zieht diese Erklärung einen breiten Bogen, der je nach Standpunkt als weitsichtige Vision gefeiert oder als beliebige Utopie kritisiert werden kann. Mit dem Erwachsenwerden der vormals jugendbewegten Akteur/innen kann die Gesundheitsförderung aber nunmehr auf einen erfolgreichen ‚Marsch durch die Institutionen‘ verweisen, hat sich der Ansatz doch als Querschnittsanforderung an alle sozialen und gesundheitlichen Sicherungssysteme etabliert. In seiner praktischen Umsetzung bleibt er zwar vielfach auf halber Strecke stehen, wenn Ressourcen auf Verhalten individualisiert werden. Wissenschaftliche Fundierungen der Ressourcenkonzepte und Strategien zur Gesundheitsförderung in schwierigen Lebenslagen (Setting-Ansatz) bewirken aber zusammen mit einem partizipativen Forschungs- und Qualitätsentwicklungsansatz hohe Durchschlagskraft. Der Kommunale Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle“ zeigt, dass eine ressourcenfördernde Arbeit dort, wo die Menschen leben, lieben und arbeiten, in greifbare Nähe gerückt ist.

In diesem Sinne wird auch innerhalb der Kindheitswissenschaften als eigener Fachdisziplin in Deutschland gelehrt und geforscht. Dieser noch junge Wissenschaftsansatz ist überfällig und knüpft international an die Childhood Studies an. Auch hier steht mit der UN-Kinderrechtskonvention und dem damit verbundenen Dreiklang von Protection, Provision und Participation eine internationale Deklaration ‚Pate‘. Bislang fehlt eine übergreifende Fachdisziplin, die die verschiedenen Perspektiven der Pädagogik, Pädiatrie, Psychologie u. a. im Hinblick auf Kinderrechte bündelt und damit die Verbesserung der Lage der Kinder und ihrer Eltern in den Mittelpunkt stellt. Im zweiten Einführungsbeitrag dieses Buches von **Raimund Geene,**

Beatrice Hungerland, Manfred Liebel, Franziska Lutzmann und Susanne Borkowski wird anhand der Diskurse über **Subjektorientierung und Partizipation in den Kindheitswissenschaften** der Mehrwert einer solchen Bündelung herausgearbeitet. Der sozial-ökologische Ansatz geht davon aus, dass sich Potenziale von Kindern durch aktive Auseinandersetzung mit der Umwelt entwickeln. Auch dabei kommt sozialen Beziehungen eine wichtige Rolle zu. Im subjektorientierten Ansatz wird davon ausgegangen, dass Kinder kompetente Personen („Subjekte“) sind, die ein Recht darauf haben, an der Gestaltung ihrer Lebenswelt beteiligt zu werden. Dies gilt auch für die Durchführung von partizipativ ausgerichteter Forschung. Der Staat und die Gesellschaft müssen aber die Bedingungen bereitstellen, dass jedes Kind seine Rechte wahrnehmen und die von ihm gewünschte Lebensqualität erreichen kann.

Nach diesen beiden Basistexten folgen die vier klassischen Wissenschaftsfelder, die sich mit Kindheit beschäftigen: Pädagogik, Soziologie, Medizin und Psychologie. Wie in Blei gegossen scheint dabei die **Allgemeine Pädagogik**, der durch die Schulpflicht quasi ein universelles Zugriffsrecht auf Kinder und Kindheit eingeräumt wird. **Susanne Borkowski, Raimund Geene, Detlef Pech und Friederike Haehnel** arbeiten das ‚Bild vom Kind‘ als wesentlichen Bestimmungsfaktor heraus. Die aufkommende Verweltlichung mit der Überwindung eines verkürzten Schwarz-Weiß-Denkens (Gut und Böse) im ausgehenden Mittelalter bildet die Grundlage für ein humanistisches Bildungsverständnis, das sich jeweils analog zu gesellschaftlichen Umbrüchen und sozialen Bewegungen weiterentwickelt. Aktuell stehen ethische Debatten zur „Verzweckung“ von Bildung und zur sozialen Ungleichheit im Vordergrund des fachlichen Diskurses in Deutschland. Kompetenzentwicklung durch Partizipation, kollektive Lernformen und Vernetzung sind dabei Schlüsselbegriffe. Die Unterstützungen für und durch Eltern und Lehrkräfte, z. B. über kompetentes Diversity-Management, bilden den Ausgangspunkt einer umfassenden Ich-Stärkung eines Kindes als Subjekt seiner eigenen Bildung und insgesamt seines eigenen Lebens.

Eine besondere Erklärungsstärke besitzt die Soziologie. Hier hat der Historiker Ariès erst in den 1960er Jahren die Erkenntnis herausgearbeitet, dass Kindheit eine soziale Konstruktion ist, die grund-

verschieden betrachtet oder auch ignoriert werden kann. **Johanna Kloss, Beatrice Hungerland** und **Anne Wihstutz** geben in ihrem Beitrag einen Überblick über die junge Unterdisziplin **Neue Soziologie der Kindheit**, die Kinder als soziale Gruppe mit eigenen Regeln und Alltagspraktiken begreift. Zwar kommt dem Begriff „Ressource“ keine zentrale Bedeutung in der bisherigen Theoriebildung zu. In der subjektorientierten Perspektive, die Kinder in ihrer Gegenwärtigkeit und Vollständigkeit als gestaltungsfähige Akteure ihres Lebens sieht, sind aber durchaus Analogien zu einer Ressourcenorientierung erkennbar. Dabei nimmt die Neue Kindheitssoziologie die gesellschaftlich gesetzten Grenzen, in denen sich Kinder bewegen, in den Blick und beschäftigt sich mit den unterschiedlichen Lebenslagen, in denen sie aufwachsen. Mit Bourdieus Habituskonzept und seiner Theorie verschiedener Kapitalien lassen sich diese Differenzierungen analysieren und mögliche Ressourcen, wie z. B. Beziehungen und Freundschaften (Soziales Kapital), aufzeigen. Obwohl die Neue Soziologie der Kindheit keine Anwendungswissenschaft ist, die Handlungsempfehlungen ausspricht, finden sich in den Forschungsfeldern große Schnittmengen mit den Begrifflichkeiten der Ottawa-Charta, so beim Advocacy- und Empowerment-Auftrag und im Bereich der Kompetenzentwicklung.

In der medizinischen Betrachtung und Analyse von Kindheit sind Gynäkologie und Pädiatrie die Fachrichtungen, die explizit auf kindliche Entwicklung abzielen. Ihre Früherkennungskonzepte entstammen einer technikeuphorisierten Zeit, in der jede Art des Fortschritts über Checklisten erreichbar schien. Dabei wird in der **Schwangersorge** besonders Wert gelegt auf eine präventive Haltung, jedoch mit paradoxen Effekten, wie **Beate A. Schücking** eindrucksvoll darstellt. Gerade der scheinbar umfassende Ausschluss jedes Risikos führt dazu, dass genau diese negative Sichtweise dominiert. Angst und Verunsicherung sind häufig die Folge. Ein weiteres Kuriosum: Vor lauter Schwangerschaftsrisiken – $\frac{3}{4}$ aller untersuchten Frauen bekommen Risiken attestiert – werden die tatsächlich besonders Unterstützungsbedürftigen kaum erkannt und in Ansprache und Angebot weitgehend verfehlt. Ein Grund für diese Form der Über-, Unter- und Fehlversorgung liegt darin, dass nur wenige der zahlreichen Untersuchungen auf Grundlage eines nachgewiesenen Nutzens

durchgeführt werden. Schücking plädiert dementsprechend für eine Abwendung von der defizitorientierten Vorsorge entlang des Risikokonzepts. Die Stärkung der zum Zeitpunkt der Schwangerschaft reichlich vorhanden personalen (z. B. Hoffnung auf das Baby) wie auch sozialen Ressourcen (z. B. soziales Netz), sollten bei einer vermehrt gesundheitsorientierten Begleitung der Schwangerschaft im Vordergrund stehen. In diesem Zusammenhang ist anzustreben, dass auch in Deutschland die Schwangerschaftsbetreuung verstärkt in die Hände von Hebammen gelegt wird.

Diese Problematik bildet sich auch nachgeburtlich bei den **Früh-erkennungsforschungen** in der Pädiatrie ab, die anknüpfend von **Raimund Geene, Claudia Höppner** und **Eva Luber** dargestellt werden. Diese sind bislang im Sinne von Old Public Health auf Detektion von Erkrankungen orientiert. Das verschafft der Vorsorge zwar ebenso wie den Schwangerschaftsuntersuchungen eine hohe gesellschaftliche Akzeptanz, mobilisiert aber gerade deswegen enorme Beharrungskräfte, die eine Ressourcenorientierung erschweren. So gibt es auch hier kaum Qualitätsorientierung durch Nutzenbewertungen. Die inzwischen dominierenden psychosozialen Entwicklungsstörungen („neue Morbidität“) werden eher als zukünftige Einnahmequelle für die Arztpraxis („Präventionsberatung“ oder gar „Präventionsrezept“) gesehen denn als Aufforderung für Unterstützungsbedarfe und zur Mobilisierung von Schutzfaktoren im Sinne der zentralen Ottawa-Faktoren: Anwaltschaftliche Fürsprache, Vernetzung der Anbieter und Kompetenzstärkung auch bei besonders belasteten Eltern wären die entsprechenden Anforderungen, von denen die Pädiatrie trotz deutlicher Praxisanforderung noch weit entfernt scheint.

In einer sorgfältigen Analyse entfaltet **Günter Mey** anschließend das Potenzial einer **ressourcenorientierten Entwicklungspsychologie**. Er schlägt dabei einen Bogen von Platon und Aristoteles über die Tagebuchaufzeichnungen des Ehepaars Stern als Grundlagen der empirischen Fachdisziplin Entwicklungspsychologie bis hin zu heutigen Theorien mit unterschiedlichen und z. T. konträren Annahmen über Entwicklung. Neben der Sichtweise auf Entwicklung als lebenslanger Prozess ist die These, dass die Individuen aktive Produzenten ihrer eigenen Entwicklung (bereits als „kompetenter Säug-

ling“) und den Umwelteinflüssen nicht passiv ausgeliefert sind, grundlegend für die moderne Entwicklungspsychologie. Durch die Darstellung der zentralen Konzepte Bindung und Identität der Entwicklungspsychologie wird die Bedeutung der Ressourcenperspektive herausgearbeitet. In einer Ressourcengewinnspirale erwerben Kinder und Jugendliche elterngestützt Bindungssicherheit, positive Emotionalität, Selbstwirksamkeitserfahrungen und Identität, die wiederum Schlüsselressourcen für den Aufbau zukünftiger Ressourcen sind. Hiermit wird die zunächst defizitorientierte Betrachtung von Entwicklungsprozessen abgelöst oder zumindest ergänzt durch eine stärker ressourcenorientierte Sichtweise. So wird auch Jugend nicht als Zeit der Krise aufgefasst, sondern als Bewältigungsaufgabe der Identitätsentwicklung. Zwar ist eine ressourcenorientierte Betrachtung wichtig, doch wird gleichermaßen kritisch angemerkt, subjektive Krisen und diagnostizierte Störungen darüber nicht zu banalisieren.

Erst aus diesen Kerndisziplinen lassen sich die folgenden Anwendungswissenschaften begreifen. Gerade der Prototyp der Anwendungswissenschaften, die **Soziale Arbeit/Sozialarbeitswissenschaften**, bietet mit dem Lebensweltbezug umfassende Klienten- und Ressourcenorientierung, wie **Dorthe Namuth**, **Eva Lischke** und **Raimund Geene** darstellen. Zugleich werden die Schwierigkeiten in der Umsetzungspraxis deutlich: Partizipation verlängert mitunter Prozesse der Leistungserbringung und erschwert damit vermeintlich die Arbeit. Bei fehlenden Vernetzungsstrukturen insb. im kommunalen Raum kommen Sozialarbeitende unter den bestehenden Bedingungen des Kosten- und Leistungsdrucks an ihre eigenen Belastungsgrenzen. Auch daraus resultiert die staunende Begeisterung ob vermeintlicher Eindeutigkeiten aus Medizin und Psychologie („Psycho-Boom“) und die Abwehrhaltung gegenüber Familien mit hohem Unterstützungsbedarf. Lösungsansätze für eine gelingende Soziale Arbeit werden in kommunalen Strukturänderungen gesehen hin zu einer präventiven und ressourcenbezogenen Ausrichtung. Ein Modell hierfür kann im Auf- und Ausbau von Präventionsketten liegen. Solche integrierten, kommunalen Strategien sind nicht an Ämterzuständigkeit, sondern an Synergien mit Blick auf die Wirksamkeit bei Kindern, Jugendlichen und ihren Familien, insb. in

schwierigen sozialen Lagen orientiert. Konkrete Schritte dazu sind auch hier neben Vernetzung im Sinne der Kinder, z. B. mittels der Transitionskonzepte zu gelingenden Übergängen, eine anwaltschaftliche Fürsprache, wie z. B. über „Bündnisse gegen Sozialabbau“, und die Kompetenzförderung über entsprechende Angebote der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe.

Nicola Wolf-Kühn und **Nicolas Eden** stellen heraus, dass sich auch in der **Kinder- und Jugendrehabilitation** neben Schnittstellenproblemen und Verkürzung auf Verhaltensprävention auch positive Entwicklungen abzeichnen. Nachdem in der Rehabilitation lange Zeit ein rein medizinisches Modell vorgeherrscht hat, bietet das von der WHO veröffentlichte theorie- und handlungsleitende Konzept der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) mit seiner mehrdimensionalen biopsychosozialen Sichtweise gute Voraussetzungen. Die ICF fasst Behinderung nicht nur als Eigenschaft einer Person, sondern zeigt neben individueller Befähigung auch die Notwendigkeit einer Veränderung von Faktoren der Umgebung und Gesellschaft auf und benennt somit Partizipation und Teilhabe als relevante Einflußgrößen. In den verschiedenen praktischen Handlungsfeldern des zergliederten Systems der Kinder- und Jugendrehabilitation finden salutogenetische Konzepte durchaus Aufmerksamkeit. Allerdings bleibt die praktische Entwicklung hinter der ICF als theoretischer Grundlage zurück. Ressourcenstärkung setzt in der Praxis weiterhin vorwiegend auf der individuellen Ebene an und nicht im Sinne der Ottawa-Charta auch bei der Veränderung von Lebensverhältnissen.

Tobias Wenzel und **Claudia Wendel** gehen in ihrem Beitrag der Frage nach, ob auch in dem momentan besonders populären Feld der **Neurowissenschaften** und ihren Disziplinen eine Abwendung von der bislang vorrangig defizitorientierten Sichtweise erfolgt. Obwohl sich – so ein Ergebnis – in den Neurowissenschaften explizit keine ausgeprägte Entwicklung weg von reinem pathogenetischen Betrachtung aufzeigen lässt, können mit einem verbreiterten Blick auch auf Nachbardisziplinen und deren Verknüpfung mit neurowissenschaftlichen Erkenntnissen erste Ansätze für eine Ressourcenperspektive ausgemacht werden. Eine wichtige Grundlage hierfür ist der Befund, dass Ausbildung und Abbau der Verbindungen zwischen den Ner-

venzellen (Synapsen) zeitlich differenziert erfolgen (Synaptogenese). Zunehmend erhärten sich neurowissenschaftliche Annahmen, dass schon in der Schwangerschaft die Gehirnentwicklung von Umwelteinflüssen bedingt ist. Hiermit könnten perspektivisch auch die Ressourcen der Mutter/Eltern in den Blick geraten. Die Bindungsforschung spielt auch im Rahmen der Neurowissenschaften eine Rolle, denn traumatische Erfahrungen im Säuglingsalter können sich negativ auf die neuronale Entwicklung auswirken. Als Konsequenz wird auf Programme zur Verbesserung der Eltern-Kind-Bindung verwiesen. Auch die zunehmende Behandlung von AD(H)S im Rahmen multimodaler Konzepte, die Elternterapie und Interventionen in Kindertagesstätten und Schulen beinhalten können, lässt auf eine vermehrte Ressourcenorientierung hoffen.

Insbesondere korrespondieren die Ergebnisse der modernen Hirnforschung mit Erkenntnissen aus der epidemiologischen Forschung: Gerade der Start ins Leben (Schwangerschaft und frühe Kindheit) ist besonders wirksam für ein gesundes Aufwachsen. Von der WHO ist dies bereits durch die „Early Child Development“-Strategie¹ von 2008 aufgenommen worden, in der als Maßnahmen präventive, ressourcenfördernde Konzepte abgeleitet und den Mitgliedsstaaten zur Umsetzung aufgetragen werden.

Susanne Borkowski und **Annette Schmitt** widmen sich der **Ressourcenorientierung in der Elementarpädagogik**. Entstanden aus einer reinen Defizitorientierung – nämlich Kinder vor Verwahrlosung zu bewahren – setzt dieser Haltung schon im 19. Jh. die Fröbel-Pädagogik eine zunehmende Ausrichtung an den Ressourcen der Kinder entgegen. Periodisch zurückgeworfen durch Phasen einer verstärkten Ausrichtung an sozialfürsorglichen Aspekten, setzt sich die Orientierung der pädagogischen Arbeit an den Ressourcen und Lebenswirklichkeiten der Kinder in den vergangenen Jahren zunehmend durch, wie sich in den neuen Bildungsprogrammen der Länder im 21. Jh. manifestiert. Hier wird das Kind als Akteur und

¹ ECD-Strategie, erarbeitet von der sog. Marmot-Kommission (Vorsitz: Michael Marmot), ist nachzulesen in: WHO CSDH (2008): *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Genf: WHO.

Gestalter eigener Bildungsprozesse gesehen, wobei Bildung als ‚aktive Weltaneignung‘ verstanden wird. Die Gestaltung (ko)-konstruktivistischer Lernprozesse steht dabei im Mittelpunkt pädagogischen Handelns. Bildung und Entwicklung werden als soziale Prozesse verstanden, auf die der soziokulturelle Kontext, in dem Kinder aufwachsen, einen wesentlichen Einfluss hat. Aus diesem Grund hat die aktive Einbindung von Eltern in sog. „Erziehungspartnerschaften“ an Bedeutung gewonnen. Unterstützungsarbeit entsteht hier durch Handlungsansätze der Sozialen Inklusion, bei denen Eltern als Experten ihres Alltags anerkannt und unterstützt werden. Elterliches Selbstbewusstsein und elterliche Intuition erfahren dadurch Stärkung und Aufwertung. Kindertagesstätten bieten durch die Initiierung wohnbereichsnaher Angebote sowie die systematische Vermittlung von Unterstützungsangeboten und Informationen über Ansprechpartner/innen die Möglichkeit niedrigschwelliger Hilfen für Eltern, können sich so zu einem ‚One Stop Shop‘, einer zentralen Anlaufstelle im Stadtteil, entwickeln. Prozesshafte Vernetzung und anwaltschaftliche Unterstützung und Vertretung der Interessen von Familien werden so auch in der Frühpädagogik zu zentralen Anforderungen an die praktische Arbeit.

Im Beitrag von **Raimund Geene, Sigrid Graumann, Simone Wejda** und **Alexandra Jekal** wird gezeigt, dass die Anwendung des Konzeptes der **Inklusion** in pädagogischen Settings als Weiterentwicklung von Behindertenhilfe über Heil-, Sonder- und Integrationspädagogik die Chance bietet, ein gemeinsames Lernen aller Kinder zu ermöglichen. Auch hier bildet mit der UN-Behindertenrechtskonvention von 2006 eine völkerrechtliche Vereinbarung die Grundlage für einen Anspruch, der von Aktivist/innen schon lange eingefordert wird. Die aktuelle Praxis in Deutschland scheint tatsächlich aber noch weit davon entfernt. Weiterhin dominieren kompensatorische, therapeutische oder sozialrehabilitative Ansätze. So werden nach wie vor Sonderschulen als vermeintliche Schutzräume vorgehalten. Dass sie gleichzeitig ausgrenzen und diskriminieren, wird beschönigt. Inklusion wird gegen diese Banalisierung gestellt und als allgemeines Kinderrecht ausgewiesen. Als durch **freiheitliche und gleichberechtigte Inklusion** zu fördernde und gleichzeitig zu gewinnende Ressourcen für alle Kinder und Jugendlichen werden dabei ein posi-

tives Selbstbild und umfassende private, berufliche und öffentliche Netzwerke herausgearbeitet. Allerdings bringt die Umsetzung auch viele Anforderungen an die Familien, Gemeinschaften und die Gesellschaft mit sich. Jahrhundertalte Vorurteile drücken sich noch heute aus in gesellschaftlichen Selektionskonzepten, einer diskriminierenden Sicht auf Menschen mit Behinderung und standardisierten Leistungsnormen (Stichwort: Schulnoten), die der Vielfalt des Lebens nicht Rechnung tragen. Dem entgegen zu setzen ist ein emanzipationsbezogener Community-Aufbau, flankiert von einer gesundheits- und inklusionsfördernden Gesamtpolitik.

Der Bogen schließt sich mit zwei Beiträgen zu neuen Handlungsfeldern, die sich als konkrete Antwort auf zentrale Probleme von Kindern und Familien verstehen und gesamtgesellschaftliche politische Strategien zur Umsetzung von Ressourcenansätzen nahelegen bzw. bereits umsetzen.

Romy Schulze, Antje Richter-Kornweitz, Michael Klundt und Raimund Geene zeichnen den **Wandel in der Kinderarmutsforschung** von der Defizit- zur Ressourcenorientierung nach. Deutlich wird hier eine zunehmende Subjektorientierung, die u. a. dazu führt, dass Kinder selbst zur Wahrnehmung und Bewältigung ihrer Lebenssituation befragt werden. Kitas und Schulen sind Orte der Gemeinschaft, die bei der Ausstattung mit entsprechenden Rahmenbedingungen den Ausbau von Ressourcen zur Stärkung der Resilienz von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien, insb. auch in schwierigen sozialen Lebenssituationen, fördern können. Dies richtet sich einerseits nach innen mit der selbstkritischen Erkenntnis, dass allein schon die ständige Wiederholung des Gesundheitsrisikos Armut oder die Benennung von Betroffenenengruppen, wie Alleinerziehenden, Mehrkindfamilien oder Familien mit Migrationshintergrund, diskriminierenden Charakter haben kann. Wichtige gesellschaftliche Forderungen im Sinne der anwaltschaftlichen Vertretung von Kindern und Familien in Armut sind Ganztagsbetreuung, Gemeinschaftsschule, Grundsicherung, vernetzte Freizeitangebote durch Quartiersmanagement und Förderung sozialer Netzwerke.

Im Beitrag von **Alexandra Sann, Raimund Geene und Mechthild Paul** über **Frühe Hilfen als neues Handlungsfeld zur Stärkung von Kindern und Familien** wird deutlich, dass dieses

interdisziplinäre Handlungsfeld einerseits gute Möglichkeiten bietet, einer konstatierten psychosozialen Unterversorgung in der Zeit rund um die Geburt sowie in den ersten Lebensjahren eines Kindes entgegenzuwirken, sodass diese Transitionsphase im Leben einer Familie ressourcenstärkend begleitet wird. Insbesondere die Bedürfnisse sozial benachteiligter Familien und die Möglichkeiten ihrer Erreichbarkeit stehen im Mittelpunkt der unterschiedlichen Projekte und Angebote. Gleichzeitig weist das Handlungsfeld unter dem Vorzeichen Kinderschutz viele immanente Kontrollaspekte auf, die eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Eltern unterlaufen können. Hier gilt es, Ängste zu verstehen und Unterstützung so anzubieten, dass sie gerne angenommen wird und wirklich hilft. Alle Beteiligten sind gefordert, mit professioneller Empathie und einer umfassenden Ressourcenorientierung zum erfolgreichen Aufbau dieses Handlungsfeldes beizutragen. Mit der angestrebten bundesweiten Netzwerkbildung in allen Kommunen und der Begleitung von Familien durch Familienhebammen, Pfleger/innen sowie Patinnen und Paten besteht eine besondere Herausforderung, für die die Gesundheitsförderung eine Art ‚Blaupause‘ darstellen kann.

Abschließend melden sich die Herausgeber/innen **Raimund Geene, Claudia Höppner** und **Frank Lehmann** erneut zu Wort, um im Beitrag **Ressourcen, Resilienz, Respekt – Wo stehen die kindheitsbezogenen Handlungsfelder? Versuch eines Resumees** einen Ausblick zu geben. Dieser beginnt zunächst eher fatalistisch mit der Darstellung, wie tief die Defizitorientierung in unsere Arbeitsstrukturen und unserem Denken verwurzelt ist. Doch wird dies den komplexen Lebenssituationen von Kindern, Jugendlichen und jungen Familien in einer modernen Gesellschaft nicht gerecht. Hier zeigt sich, wie wichtig eine Ressourcenorientierung ist. Das hohe Bewegungspotenzial der mobilisierenden Vision der Gesundheitsförderung verweist zudem darauf, dass der Paradigmenwechsel von der Defekt- zur Ressourcenorientierung bereits in vollem Gange ist und sich durchaus noch weiter entwickeln wird. Politik und soziale Bewegung, professionelle und freiwillige, zivilgesellschaftliche Akteur/innen sind gemeinsam in der Gestaltung dieses gesellschaftlichen Prozesses gefragt, wie es im Whole-of-Society Approach der Ottawa-Nachfolgekongressen bereits skizziert ist.

In diesem **Versuch eines Resumees** nennen wir als Schlussfolgerung der Beiträge, in denen die einzelnen Autor/innen ihre jeweiligen Fachgebiete unter dem Aspekt der Ressourcenorientierung wissenschaftlich wie praxisbezogen durchdrungen haben, Anknüpfungs- und Vertiefungspunkte. Damit wollen wir erste Anstöße geben für eine Diskussion zur systematischen Verstärkung der Ressourcenorientierung. Sie richtet sich an die Akteure der kinder- und familienbezogenen Handlungsbereiche, an Politik und Gesetzgebung (Stichwort: Gesundheitsförderungsgesetz), aber auch an Kinder – besonders Kinderaktivist/innen – Eltern und die Zivilgesellschaft als solche. Die Detaillektüre der, wie wir finden, hoch spannenden Beiträge werden sicherlich Sie als Leserinnen und Leser und hoffentlich insgesamt die Fachwelt dazu anregen.

Gesundheitsförderung – Eine Strategie für Ressourcen

1 Schlüsselkonzept Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung gilt als Schlüsselkonzept der Gesundheitswissenschaften (Hurrelmann et al. 2010). In diesem Beitrag wird ihre Bedeutung zunächst auf dem Hintergrund der wechselhaften Geschichte von Public Health und ihrer konzeptionellen Verdichtung durch die Ottawa-Charta von 1986 hergeleitet. Anschließend werden unterschiedliche gesundheitswissenschaftliche Ressourcenkonzepte vorgestellt, die die wissenschaftliche Basis für Interventionskonzepte bilden und zugleich Ziele der Gesundheitsförderung benennen. Am Beispiel des Setting-Konzeptes wird dann diskutiert, wie Lebenswelten von Kindern, Jugendlichen und Familien gesundheitsförderlich gestaltet werden können. Dafür bedarf es hohen Engagements und eines Gesamtkonzeptes ‚vor Ort‘, das aktuell mit dem Kommunalen Partnerprozess ‚Gesund aufwachsen für alle‘ angestoßen wird.

1.1 Wurzeln der Gesundheitswissenschaften

Die Wurzeln der Gesundheitswissenschaften liegen in den sozialhygienischen Bewegungen des 19. Jh. „Mehr Licht, mehr Luft, mehr Sonne“ heißt das Leitprinzip der späteren städtebaulichen Charta von Athen (Rodenstein 1988), die Kanalisierung Londons 1860 gilt als Markstein einer Prävention, die der große britische Sozialmediziner Thomas McKeown (1979) später als eine der wesentlichen Maßnahmen zur Eindämmung der grassierenden Infektionskrankheiten des aufkommenden Industriezeitalters nachweist.

Während die sozialhygienische Bewegung wegen ihrer Vereinahmung durch die nationalsozialistische Rassenhygiene im Nachkriegsdeutschland kaum Anschluss findet, steigt die Bedeutung von Public Health¹ im anglo-amerikanischen Raum. Erst in den 1970er Jahren formiert sich als Teil der sozialen Bewegungen in Westdeutschland eine medizinkritische Bewegung, die insb. gegen ein

Sozialhygienische Bewegungen als Wurzel

Gesundheitsbewegung ab den 1970er Jahren

¹ Public Health heißt wörtlich „öffentliche Gesundheit“, im Deutschen eher verwendet im Sinne von „Gesundheitswissenschaften“.

**Menschen als
Expert/innen
ihrer eigenen
Gesundheit**

Expertentum gerichtet ist, das Bürger/innen und Patient/innen entmündige (Schwartz et al. 2003). Die Menschen als Expert/innen ihrer eigenen Gesundheit zu sehen und sie zu Selbsthilfe, Autonomie und Partizipation zu befähigen, ist das Gegenkonzept, das sich auf Großveranstaltungen wie den Berliner und Hamburger Gesundheitstagen ab 1980 ausdrückt und in neu entstehenden Gesundheitsläden, Patientenberatungsstellen und Selbsthilfezentren in den 1980er und 1990er Jahren praktisch umgesetzt (Geene et al. 2009). Dabei orientiert sich die Bewegung zunächst an der dominierenden Kurativmedizin, die es zu verändern gelte. So beschreibt der Arzt und Psychologe Horst-Eberhard Richter (1986: 217) die Vision dieser Bewegung:

„Aber es gibt ja eine andere Medizin, die sich zunächst als soziale und ökologische Medizin darum kümmert, daß Menschen nicht infolge widernatürlicher Lebens-, Arbeits- und Ernährungsweisen millionenfach künstlich Krankheiten produzieren. Es gibt eine sanfte Medizin, die eher die natürlichen Heilkräfte des Organismus zu stärken versucht. Es gibt eine verstehende Medizin, die Menschen hilft, die hinter einer Vielzahl von Krankheit verborgenen psychosozialen Probleme anzugehen. Es gibt eine behutsame, schonende Chirurgie, die nicht Krankheiten mit Mitteln beherrschen will, die am Ende mehr Elend als jene verursachen.“

**WHO 1977:
„Gesundheit
für alle“**

Auch international bildet sich diese Entwicklung ab. So formuliert die WHO 1977 auf der 30. Weltgesundheitsversammlung die visionäre Strategie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ (O’Neill 1984; Mahler 1989) und 1986 die Operationalisierung des neuen Konzeptes der Gesundheitsförderung mit der Ottawa-Charta als „Antwort auf eine wachsende Bewegung für Gesundheit in der ganzen Welt“ (Ruckstuhl 2011: 111). Ausführlich dokumentiert ist dies bei Helmut Hildebrandt (1992) in seiner Zusammenstellung über Gesundheitsbewegungen in den USA.

**Ottawa-Charta
als Durchbruch
für Gesund-
heitsförderung**

Die Ottawa-Charta (WHO 1986/2001) gilt als internationaler Durchbruch des Gesundheitsförderungsgedankens (Naidoo & Wills 2010: 85f.). Auch Kickbusch (1999) sieht hier einen grundsätzlichen Perspektivwandel vollzogen. In ihrem Vorwort zum Arbeitshandbuch ‚Gesundheitsförderung in Settings‘ von Leo Baric und Günter Conrad (1999) schreibt sie zur Ottawa-Charta:

„Sie legte die Grundlagen für die Verlagerung der Schwerpunkte von den Krankheiten und Gesundheitsgefahren (Medizinisches Modell der Gesundheitsförderung) zu den Gesundheitsproblemen der Menschen, die in den verschiedenen Settings leben, arbeiten und spielen (Settingsansatz der Gesundheitsförderung durch Organi-

sationsentwicklung). Es ist ermutigend festzustellen, daß diese Verlagerung gerechtfertigt war und mittlerweile auch weltweit akzeptiert ist“ (Kickbusch 1999: 5).

Während die WHO Gesundheitsförderung in diesem Sinne als Kerngedanken zukünftiger Gesundheitspolitik begreift (Abholz 1989; WHO, EU & BMG 1991; Kickbusch 1997), wird der Ansatz von zahlreichen Akteur/innen eher als „Randthema“ begriffen und behandelt, wie Petra Müller (1994: 68) in einer Studie über den öffentlichen Gesundheitsdienst herausarbeitet. Trojan (1996: 61) betont, dass die Abgrenzung zwischen Gesundheitsförderung und Krankenversorgung im Text der Ottawa-Charta z. T. unklar bleibt. Solche Mehrdeutigkeiten scheinen dem Spagat der „visionären Utopie mit pragmatischer Orientierung“ (Milz 1996: 88f.) geschuldet. Die Doppeldeutigkeit trägt der Erkenntnis Rechnung, dass Gesundheitssysteme nicht schlagartig, sondern nur systemisch verändert werden können. Hier eröffnet das Konzept die Möglichkeit, sich zunächst komplementär zu etablieren, um später auch als Reformmodell in der Kurativversorgung zu dienen (Geene 2000: 86ff.).

Spagat der visionären Utopie mit pragmatischer Orientierung

Wenngleich alle Bundesregierungen seit 1986 und auch der damalige Bundesgesundheitsrat die WHO-Politik formal unterstützen, formuliert sich aus der Ärzteschaft vereinzelter Widerstand. „Bonn sollte diesen Schwachsinn stoppen“ (Schwerdtfeger 1985, zit. nach Spatz 2000: 40) heißt es bspw. in einem Beitrag in der Medical Tribune, und im Deutschen Ärzteblatt wird vor einem „Irrweg der WHO“ (Burkart 1986, zit. nach Spatz 2000: 40) gewarnt. Dass diese Kritik versendet, mag damit zu tun haben, dass Gesundheitsförderung als staatliche Strategie vorrangig eine Aufgabe der Kommunen ist und diese insb. im Tätigkeitsfeld Gesundheit kaum Ressourcen zu verteilen haben.

Unterstützung vs. Widerstand

Kritik versendet

Die Konzeptionen der Weltgesundheitsorganisation zur Gesundheitsförderung werden in Deutschland – wie auch in anderen Ländern mit hochentwickeltem Medizinsystem und lobbystarken Ärzteverbänden – in ihrer praktischen Umsetzung auf einen Randbereich degradiert. Zwar eröffnen Ergebnisse aus diesen Nischen Perspektiven zur Weiterentwicklung, dennoch scheinen sie in Anbetracht des Problemumfangs eher marginal, wie insb. die Diskussionen um ein Gesundheitsförderungs- und Präventionsgesetz in Deutschland (Altgeld et al. 2006; Geene 2012a) verdeutlichen.

Umsetzung der Gesundheitsförderung zunächst nur in Nischen

1.2 New Public Health

Verhaltens- und Verhältnisprävention

New Public Health, das im Deutschen mitunter als „Gesundheitspolitik“ übersetzt (Rössler & Kirch 1996) und als neu etablierte Wissenschaftsdisziplin „Public Health“ genannt wird (Brenner 1998), bemüht sich im Gegensatz zum kurativmedizinischen Modell um die Verhinderung von Krankheit durch Verhaltensbeeinflussung (Verhaltensprävention) und v. a. durch Verbesserung der Lebensverhältnisse (Verhältnisprävention), um gesellschaftlichen Gruppen, aber auch Einzelnen zu neuen Ressourcen (vgl. Abschnitt 3) zu verhelfen, die im salutogenetischen Modell der „Generalized Resistance Resources“ (dt.: allgemeine Widerstandsressourcen) zur Produktion von gesundheitsförderlichen und Bewältigung von krankmachenden Einflüssen helfen (Faltermaier 1994; Bengel et al. 2009).

Stärkung der Handlungskompetenzen durch Empowerment

New Public Health ist ein sozialökologisch-systemisches Konzept und definiert als „Gesundheitsförderung durch aktive Gestaltung von Lebenswelten und Lebensräumen“ (Franzkowiak & Sabo 1998: 16). Es zielt ab auf die Stärkung der eigenen Entscheidungs- und Handlungskompetenzen der Menschen durch Empowerment und Emanzipationsprozesse in kooperativ-koordinierender Zusammenarbeit aller Beteiligten.

Erweiterung des biomedizinischen Modells um psychosoziale Komponenten

Abgegrenzt ist der Begriff des „New Public Health“ gegen den des „Old Public Health“, der Sozialhygiene im sozialmedizinischen Konzept meint, und gegen den weiterentwickelten Public-Health-Gedanken eines durch Gesundheitserziehung beeinflussten biomedizinischen Risikofaktorenmodells. Stattdessen ist New Public Health konzipiert als Weiterentwicklung der „Community Intervention“, die das biomedizinische Modell um die Einflusskomponente des Psychosozialen erweitert und Prävention auf Gemeindeebene anstrebt (ebd.: 36).

2 Gesundheitsförderung als Orientierung und Querschnittsanforderung

Höchstmaß an Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit ermöglichen

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein Höchstmaß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen“, heißt es im Einführungssatz der Ottawa-Erklärung.

Die Charta ist eine politische Darstellung und bietet im engeren

Sinne weniger eine Definition als v. a. einen Orientierungsrahmen für die Gesundheitsförderung. Sie benennt dabei Frieden und soziale Gerechtigkeit als zentrale Ausgangspunkte, auf deren Hintergrund Gesundheit erst aktiv hergestellt werden könne, durch ein möglichst hohes Maß an Partizipation und Selbstbestimmung, Gemeinschaftsaktivitäten, gesunde Lebenswelten und eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik. Wesentliche Bestimmungsfaktoren (Determinanten) für die Gesundheit sind nach den Annahmen der Charta die sozialen Lebensbedingungen der Menschen.

Frieden und Gerechtigkeit als Voraussetzungen für Gesundheit

Das Prozesshafte und das Politische sind die beiden Grundorientierungen der Ottawa-Charta, die das Konzept der Gesundheitsförderung auszeichnen. Gleichzeitig bringt diese Orientierung Schwierigkeiten mit sich, denn allzu häufig wird die Gesundheitsförderung auf ein einzelnes Ziel bzw. Handlungsfeld reduziert. Die Charta beschreibt aber vielmehr eine „Haltung“, die eine Querschnittsanforderung an alle Bereiche der gesundheitlichen und sozialen Sicherung darstellt und die anschlussfähig ist an neue Entwicklungen und Erkenntnisse in Zeiten und Gesellschaften starken sozialen Wandels.

Gesundheitsförderung als Haltung und als Prozess

2.1 Kernstrategien und Handlungsfelder der Ottawa-Charta

In der schönen Sprache der Ottawa-Charta – oftmals als ‚Lyrik‘ bewitzelt – wird die gesundheitsförderliche Haltung umrissen. Dabei werden drei Kernprinzipien identifiziert, die die gesundheitsförderliche Haltung bestimmen (WHO 1986/2001). Als Kernstrategien werden Befähigen („enable“, wobei Befähigung im individuellen wie kollektiven Sinne erläutert wird), Vermitteln („mediate“, im Sinne von Vermittlung und Netzwerkarbeit) und Vertreten („advocate“, als persönliche und kollektive Anwaltschaft der gesundheitlichen Interessen) genannt.

Kernstrategien: Befähigen, Vermitteln, Vertreten

Im Weiteren werden in der Ottawa-Charta fünf Handlungsfelder ausgewiesen. Schon im ersten, übergreifenden Handlungsfeld („Gesundheitsförderliche Gesamtpolitik“) wird dabei der politische Charakter der Charta unterstrichen. Nach der Charta insistiert die Gesundheitsförderung darauf, nicht nur in der Nische der Gesundheitssysteme zu arbeiten, in der man meist nur – oft im wörtlichen

Handlungsfelder: 1. Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik

Sinne – Pflaster auf die Wunden klebe, die andere schlagen. Entsprechend werde Gesundheit auch in Bereichen wie Wirtschafts- und Sozialpolitik, Wohnungs-, Stadtplanungs- oder Verkehrspolitik oder im Bildungswesen geschaffen, wobei insb. eine hohe Bildung einen Indikator für ein langes, gesundes Leben darstelle (Mielck 2005; Mielck et al. 2012). Später wird der Ansatz in der Health 2020-Strategie zum ressortübergreifenden Anspruch eines „Whole-of-Society Approach“, der eine gemeinsame Verantwortung aller staatlichen und zivilgesellschaftlichen Akteur/innen einfordert (WHO Euro 2012). Dieser Weiterentwicklung wird in unserem Beitrag v. a. hinsichtlich der konkreten Umsetzung in Deutschland noch eine wesentliche Rolle zukommen (s. Abschnitt 5).

**2. Schaffung
gesunder
Lebenswelten
(Settings)**

Dem visionären, übergreifenden Ziel der gesunden Gesamtpolitik schließt sich die vergleichsweise konkrete Orientierung auf Gesunde Lebenswelten („Settings“) als zweites Handlungsfeld an. Gesundheit, so eine der zentralen Postulate der Ottawa-Charta, finde im Alltag der Menschen statt. Weil sich dies für die weitere praktische und theoretische Entwicklung der Gesundheitsförderung als besonders relevant erwiesen hat, befasst sich Abschnitt 4 ausführlich damit.

**3. Unter-
stützung von
gesundheits-
bezogenen
Gemeinschafts-
aktionen**

Im dritten Handlungsfeld wird gefordert, Gemeinschaftsaktionen zu stärken. Der Mensch ist ein soziales Wesen, seine Erkenntnisse und Lernprozesse finden im sozialen Miteinander statt. Mit dem Konzept des „Sozialen Kapitals“ (Bourdieu 1982; Putnam 2001) – also der zentralen Bedeutung von sozialen Verknüpfungen wie Freundschaften und Nachbarschaften für die Gesundheit der Menschen (Richter & Wächter 2009) – gewinnen Netzwerke, die auf gegenseitige Unterstützung zielen, einen zentralen Stellenwert in der Gesundheitsförderung.

**4. Entwicklung
persönlicher
Kompetenzen**

Auch das vierte Handlungsfeld, Entwicklung persönlicher Kompetenzen, hat ein Vierteljahrhundert nach Verabschiedung der Charta weiterhin hohe Relevanz. Die Charta hebt darauf ab, dass nichts die Gesundheit so nachhaltig positiv fördere wie die Kompetenz, sein Leben selbstbestimmt führen zu können. Diese Art des Autonomiegefühls drückt sich in verschiedenen salutogenetischen oder gesundheitspsychologischen Konzepten aus: Ressourcen, Resilienz, Kohärenzsinn und Selbstwirksamkeit sind Begriffe, die auf die positive Erfahrung bauen, für sich einen zufriedenstellenden Weg gefunden

zu haben, im Einklang mit sich selbst und aktiver Auseinandersetzung mit der Umwelt. Aktuell werden die persönlichen Kompetenzen unter dem Begriff des „Health Literacy“ (Kickbusch & Maag 2008) diskutiert als Kompetenz, sich Gesundheitsinformationen und – im Sinne der Ottawa-Charta – ein Wissen zum Wohlbefinden anzueignen und dieses auch achtsam anzuwenden (s. Abschnitt 3).

Erst im fünften und letzten Handlungsfeld bezieht sich die Charta auf die etablierten Gesundheitsdienste, deren Aufgabe sich im Lichte des skizzierten Ansatzes neu stellen. Hier geht es nicht mehr um klassische Kontrollaufgaben, sondern vielmehr um eine Ausrichtung zur Vermittlung und Unterstützung der Gesundheitsförderung – ganz im Sinne der drei Kernstrategien. Angesprochen werden dabei zunächst Gesundheitsämter, doch der Anspruch geht weit darüber hinaus. So sollen alle Systeme der gesundheitlichen Sicherung zu dieser Haltung der Gesundheitsförderung verpflichtet werden.

5. Neu-orientierung der Gesundheitsdienste

2.2 Die Ottawa-Nachfolgekongressen

Der Ansatz der Gesundheitsförderung ist in bislang sechs WHO-Nachfolgekongressen aktualisiert und weiterentwickelt worden, die in Tabelle 1 übersichtlich in Stichworten festgehalten werden.

Die Diskussionen der Gesundheitsförderung sind maßgeblich von diesen Kongressen geprägt, die ihrerseits wiederum weniger eine trennscharfe Abgrenzung zulassen als vielmehr die Prozesshaftigkeit der Gesundheitsförderung herausstellen. Insgesamt zeichnet sich eine kontinuierliche Verstärkung der politischen Dimension ab. In diesem Sinne werden v. a. soziale Determinanten in den Blickpunkt gerückt und das individuelle Verhalten den Fragen nach der Gestaltung der Verhältnisse untergeordnet. Flankiert wird die Bezugnahme auf die Determinanten durch Umsetzungsstrategien wie nationale und internationale Gesundheitspläne und -ziele sowie Vorschläge zum Aufbau intersektoraler Bündnisse.

Politische Dimension von Gesundheitsförderung zunehmend im Fokus

Parallel zu diesen fachlichen und politischen Diskussionen um Gesundheitsförderung gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher theoretischer Konzepte, die den positiven Ansatz der Ottawa-Charta – teils

Tabelle 1: WHO-Nachfolgekonzferenzen mit ihren Schwerpunkten

<p>Adelaide 1988 – Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frauengesundheit unterstützen - Gerechte Verteilung der Nahrung, Überwindung von Hunger u. Mangelernährung - Aktionen gegen Tabak und Alkoholkonsum - Schaffung unterstützender Lebensfelder u. Umwelten - Entwicklung neuer Bündnisse u. Kooperationen - Globale Verantwortung für öffentliche Gesundheit
<p>Sundsvall 1991 – Gesundheitsförderliche Lebenswelten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Förderung von Chancengleichheit - Partizipation erweitern; Interessenvertretung stärken - Gruppen u. Einzelne befähigen - Bündnisse schließen; Vermittlung von Interessen
<p>Jakarta 1997 – Neue Akteure für eine neue Ära – Gesundheitsförderung für das 21. Jh.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Herausstellen der (sozialen) Determinanten für Gesundheit - Förderung sozialer Verantwortung für Gesundheit - Festigung u. Ausbau von Partnerschaften - Stärkung gesundheitsfördernder Potenziale von Gemeinschaften u. der Handlungskompetenzen des Einzelnen - Sicherstellung einer Infrastruktur für Gesundheitsförderung <p>Zentraler Appell: Bildung eines weltweiten Bündnisses der Staaten u. zivilgesellschaftlichen Akteure für Gesundheitsförderung mit der WHO in der Führungsrolle</p>
<p>Mexiko 2000 – Die Lücke in der Gleichstellung schließen – Von Ideen zu Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Förderung von Gesundheit u. sozialer Entwicklung als zentrale Pflicht u. Aufgabe der Regierung - „Closing the Gap“ – Gesundheitliche Lücke schließen durch konkrete Umsetzung in Form von Aktionsplänen/Gesundheitszielen in allen Ländern - Verstärkte Maßnahmen der Zusammenarbeit in der Gesundheitsförderung - Aufbau nationaler u. internationaler Netze zur Gesundheitsförderung
<p>Bangkok 2005 – Bangkok Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gesundheitsdeterminanten in einer globalisierten Welt - Empowerment von Gemeinschaften - Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit - Strategien entwickeln: Anwaltschaft, Investitionen, Capacity-Building
<p>Nairobi 2009 – Nairobi Call To Action For Closing The Implementation Gaps</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schließen der Lücken zwischen Erkenntnis und Umsetzung durch vielfältige wachsende Bedrohungen für die Gesundheit: <ul style="list-style-type: none"> o Finanzkrise; Klimawandel o Wachsende Komplexität durch steigende Migrationsraten o Ungleichheit zwischen u. innerhalb der Länder → ungleiche Verteilung von Wissen, Macht, Geld u. Ressourcen <p>Strategien: 1. Capacity-Building für Gesundheitsförderung 2. Gesundheitssysteme stärken 3. Partnerschaften 4. Empowerment auf Gemeindeebene 5. Gesundheitskompetenz</p>
<p>Helsinki 2013 – Bildung Capacities For Health In All Policies</p> <p>Die 8. Weltkonferenz der Gesundheitsförderung wird vom 10.-14.06.2013 in Helsinki stattfinden.</p>

explizit, zumeist jedoch nur gleichzeitig – aufgreifen und z. T. sogar zu operationalisieren suchen, Letzteres insb. im Bereich der Psychologie. Wir stellen im Folgenden einige der Schlüsselkonzepte dar, die sich als Ressourcenförderung in Abgrenzung zu einer dominierenden Negativzuschreibung (Defizitorientierung) begreifen.

3 Ressourcenkonzepte

Der in Ottawa und den Nachfolgekonferenzen vorgeschlagene positive Gesundheitsbegriff ist eng mit der Entwicklung von Ressourcenkonzepten verbunden. Die Orientierung auf Potenziale statt Defizite ist bereits zuvor diskutiert worden. Schon in den 1930er Jahren konzipiert Viktor Frankl (2005), ein Schüler Siegmund Freuds, mit dem „Wille[n] zum Sinn“ ein Modell von gesunden, persönlichkeitsstärkenden Faktoren, die später unter den Leitbegriffen der Resilienz durch Emmy Werner et al. (1977) bzw. der Ressourcen durch Aaron Antonovsky (1979, „Salutogenese“) sowie durch Stevan E. Hobfoll (1989; Hobfoll & Buchwald 2004) ausführlich entwickelt werden.

**Orientierung
auf Potenziale
statt Defizite**

Wir stellen im Folgenden einige der wesentlichen Ressourcenkonzepte dar, die Relevanz und hohe Rezeption für die Konzeptentwicklung in der Gesundheitsförderung haben. Leider gibt es dabei nur wenige Bezugnahmen aufeinander – die Mehrzahl der Wissenschaftler/innen sieht sich in der für das Feld offenbar so typischen Außenseiterrolle. Die Zusammenstellung beginnt mit den psychologisch und zunächst eher personell orientierten Konzepten von Selbstwirksamkeit, Locus of Control, Hardiness, Control of Destiny, Kohärenz, Empowerment, Selbstregulation, Health Literacy bis hin zur Resilienz, die bereits vergleichsweise weitreichend operationalisiert ist, wenngleich die entsprechenden Ansätze durchaus kritisch diskutiert werden (Bengel et al. 2009).

**Eher personell
orientierte
Ressourcen-
konzepte**

Anschließend stellen wir ergänzend den Ansatz von Johannes Siegrist (1996), der sich um einen übergreifenden Verhaltens- und Verhältnisansatz bemüht, und die neueren Konzepte des Diversity-Ansatzes und der Verwirklichungschancen vor, die aus anderen wissenschaftlichen Feldern aktuell in die Gesundheitswissenschaften hineingetragen werden (Bittlingmayer 2011). Anders als die gesundheitswissenschaftlichen Konzepte sind diese von ihrem Einstieg her

**Eher gruppen-
bezogene
Ressourcen-
konzepte**

gruppen- bzw. bevölkerungsbezogen und stellen für den feldübergreifenden, multidisziplinären Ansatz eine wichtige Perspektiverweiterung dar.

3.1 Selbstwirksamkeit

Selbstwirksamkeits- bzw. Kompetenzerwartung

Das Konstrukt Selbstwirksamkeit wird von dem kanadischen Psychologen Albert Bandura (1977/1997) als wesentlicher Aspekt seiner sozial-kognitiven Lerntheorie formuliert. Selbstwirksamkeitserwartung (self-efficacy expectancy), auch als Kompetenzerwartung bezeichnet, meint die subjektive Überzeugung, aufgrund von persönlichen Kompetenzen eine schwierige Situationen durch eigenes Handeln erfolgreich bewältigen zu können, z. B. (nach Schwarzer & Renner 1997: 50): „Ich bin mir sicher, daß ich ein anstrengendes Trainingsprogramm regelmäßig und ausdauernd durchhalten kann.“

Selbstwirksamkeitserwartung als starker Prädiktor für Gesundheitsverhalten

Selbstwirksamkeitserwartung wird unterschieden in spezifische, also auf spezielle Handlungsbereiche bezogene, und generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung. In Bezug auf Gesundheitsverhalten gilt Selbstwirksamkeitserwartung als eine zentrale Motivationseinflussgröße und als starker Prädiktor. Die Selbstwirksamkeitserwartung beeinflusst die Auswahl von Handlungen, die investierte Anstrengung beim Erreichen eines Ziels und die Ausdauer bei der Bewältigung von Aufgaben und hat demzufolge oftmals Auswirkungen auf Handlungserfolge.

Überredung, Modelllernen und eigene positive Erfahrungen zur Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung

Die Selbstwirksamkeitserwartung lässt sich nach Bandura v. a. durch drei Interventionsprinzipien beeinflussen. Gerade die wenig wirksame Methode der Überredung wird häufig verwendet. Sie kann zwar zum Aufbau von Selbstwirksamkeit beitragen, aber auch das Gegenteil bewirken. Bei dieser Methode wird jemand, möglichst von einer Autoritätsperson, überredet, Vertrauen in die eigene Kompetenz zu haben. Alternativ kann die Selbstwirksamkeitserwartung durch Modelllernen gestärkt werden. Hierbei wird eine Nachahmung von Verhaltensmodellen empfohlen. Eigenen positiven Erfahrungen wird der größte Einfluss auf die Ausbildung von Selbstwirksamkeitserwartungen zugeschrieben. Wird eine herausfordernde Situation erfolgreich gemeistert, kann dies den Glauben an die eigene Handlungsfähigkeit stärken. Um Erfolgserlebnisse zu generieren, gilt

es, erreichbare Nahziele zu formulieren und Bewältigungsstrategien zu unterstützen (Schwarzer 2002).

3.2 Locus of Control

Das Konzept der Kontrollüberzeugung ist vom US-amerikanischen Psychologen Julian B. Rotter (1966) im Rahmen der sozialen Lerntheorie entwickelt worden. Die soziale Lerntheorie versteht sich als Weiterentwicklung des Ansatzes von Bandura (1977/1997). Sowohl Rotter als auch Bandura sehen das menschliche Verhalten weder allein durch äußere Reize noch durch kognitive Prädispositionen bestimmt, sondern durch die Interaktion zwischen äußeren Reizen und der Person (Schröder 1997). Im Zentrum von Rotters sozialer Lerntheorie steht die Frage, welche Entscheidungen Menschen treffen, wenn ihnen verschiedene Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. In diesem Zusammenhang spielen sog. „Kontrollüberzeugungen“ eine Rolle. Solche Kontrollüberzeugungen meinen die Erwartung, dass das Auftreten eines Ereignisses abhängig vom eigenen Verhalten bzw. von äußeren Umständen ist. Wird ein zukünftiges Ereignis als Konsequenz des eigenen Handelns gesehen, spricht man von internaler Kontrollüberzeugung. Externale Kontrollüberzeugung bedeutet, dass ein zukünftiges Ereignis als nicht der eigenen Kontrolle, sondern dem Schicksal, dem Zufall oder dem Handeln anderer Personen unterliegend wahrgenommen wird. Dabei ist irrelevant, ob ein zukünftiges Ereignis tatsächlich durch eigenes Handeln beeinflussbar und damit selbst kontrollierbar ist oder nicht, allein die Wahrnehmung ist entscheidend. Wie auch der Selbstwirksamkeitserwartung wird der internalen Kontrollüberzeugung eine motivationale Bedeutung zugemessen.

**Kontroll-
überzeugungen
beeinflussen
Entscheidungen**

**Internale vs.
externale
Kontroll-
überzeugungen**

3.3 Hardiness

Das Konzept Hardiness wird von der US-amerikanischen Psychologin Suzanne Kobasa (1979) eingeführt und von ihr und ihrem Kollegen Salvatore R. Maddi weiterentwickelt (Rieckmann 2002). Das Konzept entsteht im Rahmen von Untersuchungen über an ihrem Arbeitsplatz Stress ausgesetzten Gruppen von Menschen, die – so zeigen die Ergebnisse – eine unterschiedliche Stresstoleranz aufwei-

**Hardiness als
Widerstands-
ressource**

sen. Hardiness bezeichnet eine Widerstandsressource, die Menschen trotz großer Belastungen relativ unanfällig für negative Auswirkungen von Stress macht. Hardiness umfasst die Komponenten Engagement („commitment“), Sich-herausgefordert-Fühlen („challenge“) und Kontrolle („control“).

**Engagement,
Sich-heraus-
gefordert-
Fühlen und
Kontrolle als
Hardiness-
Komponenten**

Engagement umfasst das Bestreben, sich mit allem, was man tut, zu identifizieren und sich für das Erreichen von Zielen und Plänen zu engagieren. Dies beinhaltet Interesse und Neugier gegenüber der Umwelt, z. B. an anderen Menschen und Aktivitäten. Mit Sich-herausgefordert-Fühlen ist der Glaube daran gemeint, dass Wandel und Veränderungen mehr als Stabilität unabdingbar zum Leben dazugehören. Veränderungen werden als Gelegenheit für persönliches Wachstum und nicht als Bedrohung der Sicherheit begriffen. In neuen Situationen wird nach Herausforderungen gesucht. Kontrolle beinhaltet das Gefühl, sein Leben zu überschauen und es kontrollieren zu können.

3.4 Salutogenese/Kohärenzsinn

Der Kohärenzsinn (auch Kohärenzgefühl) ist eine zentrale Dimension im Konzept der Salutogenese, das der israelisch-amerikanische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1979/1997) formuliert hat. Die Salutogenese richtet ihren Blick auf die Herstellung und Erhaltung von Gesundheit. Sie steht im Gegensatz zur Krankheitslehre, der Pathogenese. Wie Gesundheit trotz gesundheitsgefährdender Einflüsse entsteht und erhalten bleibt, darauf geben die sog. „generalisierten Widerstandsressourcen“ eine erste Antwort. Widerstandsressourcen finden sich auf verschiedenen Ebenen: auf der körperlichen (z. B. Immunsystem), der personalen und psychischen (z. B. Gesundheitswissen), auf der interpersonalen (z. B. soziale Unterstützung), auf der soziokulturellen (z. B. Eingebundensein in stabile Kulturen) und der materiellen (z. B. Wohnraum). Diese Widerstandsressourcen ermöglichen es potenziell, Belastungen konstruktiv zu bewältigen. Das alleinige Vorhandensein von Widerstandsressourcen ist aber nicht hinreichend, Ressourcen müssen erkannt, aktiviert und gewinnbringend eingesetzt werden. Hierfür bedarf es eines Grundgefühls, aktiv handlungs- und bewältigungsfähig zu sein, was

**Gesundheit
trotz Belas-
tungen durch
generalisierte
Widerstands-
ressourcen**

als Kohärenzsinn bzw. Kohärenzgefühl bezeichnet wird. Verfügt ein Mensch über ausreichend generalisierte Widerstandsressourcen, kann er einen Kohärenzsinn ausbilden und aufrechterhalten (Schumacher 2002). Der Kohärenzsinn umfasst drei Komponenten:

- Das Gefühl der Verstehbarkeit der Welt. Dies beinhaltet ein Gefühl des Vertrauens, dass Ereignisse oder Entwicklungen kalkulierbar und erklärbar sind.
- Das Gefühl der Handhabbarkeit. Dies bezieht sich darauf, dass verfügbare Ressourcen wahrgenommen werden, mit denen Schwierigkeiten und Anforderungen bewältigt werden können.
- Das Gefühl von Sinnhaftigkeit und Bedeutsamkeit. Dies beinhaltet, dass das Leben als sinnvoll empfunden wird und Schwierigkeiten und Anforderungen als Herausforderungen, für die es sich zu engagieren lohnt, wahrgenommen werden.

**3 Komponenten des Kohärenzsinnns:
Verstehbarkeit,
Handhabbarkeit,
Sinnhaftigkeit/
Bedeutsamkeit**

Kohärenzgefühl als ein Gefühl, dass Lebensbedingungen aktiv gestaltbar sind, stellt ein Steuerungsprinzip dar, dass es Menschen ermöglicht, je nach Anforderung unterschiedliche Bewältigungsressourcen einzusetzen. Ist das Kohärenzgefühl ausgeprägt, kann es durch die mögliche Mobilisierung von Ressourcen zur besseren Bewältigung des Stresserlebens einen Schutz vor stressbedingten Krankheiten bieten (Franzkowiak 2003).

3.5 Control of Destiny

Das Konzept Control of Destiny² des US-amerikanischen Epidemiologen Leonard Syme wird in Deutschland nur wenig rezipiert. Syme definiert sein Konzept als „The ability of people to deal with the forces that affect their lives, even if they decide not to deal with them“ (Syme 2004). Control of Destiny kann als „das Maß an Entscheidungsspielräumen in der eigenen Lebenssituation“ (Syme 1991: Abstract) begriffen werden. Es will einen Erklärungsansatz für den in epidemiologischen Studien gefundenen sozialen Gradienten in Bezug auf Krankheitslast liefern, also dafür, dass Unterschiede im Gesundheitsstatus nicht nur zwischen den höchsten und niedrigsten sozialen Schichten gefunden werden, sondern auch zwischen Grup-

**Control of
Destiny als
Maß an Ent-
scheidungs-
spielräumen in
der eigenen
Lebenssituation**

² Wörtlich übersetzt etwa „Kontrolle des eigenen Schicksals“.

**Je niedriger
der soziale
Status, desto
geringer die
Control of
Destiny**

pen, die in der sozialen Hierarchie enger beieinander liegen. Je niedriger der soziale Status von Menschen ist, desto weniger Kontrolle haben sie über ihre Lebensumstände und die Faktoren, die ihr Leben beeinflussen. Gleichzeitig bietet Control of Destiny einen Ansatz für Interventionen, die auf der Gemeindeebene bei Gruppen und nicht beim Individuum ansetzen und auch soziale und umweltbezogene Einflussfaktoren in den Blick nehmen. Als Beispiel nennt Syme die Arbeit mit Busfahrern aus San Francisco, die hohe Raten von Bluthochdruck, Atemwegs- und gastroenteralen Problemen aufwiesen. Als eine dahinterliegende Erklärung konnte die Tatsache angesehen werden, dass sie durch unrealistische Zeitvorgaben großem Stress ausgesetzt waren. In der Intervention wurden zusammen mit den Fahrern bessere Fahrpläne erarbeitet (Syme 2004).

3.6 Empowerment

**Empowerment:
Befähigen zur
und Ermög-
lichen einer
selbstbestimm-
ten Gestaltung
der eigenen
Lebenswelt**

Empowerment ist ein von Julian Rappaport (1985) entwickeltes Konzept der Befähigung und Ermächtigung. Er ergänzt damit seine ausführlichen Studien zur Gemeindespsychologie (Rappaport 1977) um eine Handlungsperspektive. Empowerment wird von ihm als zu initiiender Prozess begriffen, in welchem Menschen Fähigkeiten entwickeln und Möglichkeiten gewinnen, ihre soziale Lebenswelt aktiv und selbstbestimmt zu gestalten und mehr Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen erlangen. Empowermentprozesse beinhalten gleichermaßen die Stärkung von Ressourcen und Kompetenzen, die mehr Handlungsfähigkeit ermöglichen. Dies findet auch auf der individuellen Ebene statt, aber um wirksam handlungsmächtig zu werden, bedarf es v. a. Prozessen in Gruppen und Netzwerken, in denen Menschen sich gegenseitig unterstützen und gemeinsam ihre Interessen vertreten. Darüber hinaus gilt es, auf der strukturellen Ebene im Rahmen von Empowermentstrategien Bedingungen für Möglichkeiten wirksamen Handelns zu schaffen bzw. zu verbessern (Kilian et al. 2004).

**Empowerment
-prozesse als
Suchbewegung**

Bei Prozessen des Empowerments ist zentral, dass es sich um Suchbewegungen handelt, deren Ausgang offen ist. Professionelle Akteur/innen können diese anstoßen, indem sie Fragen stellen und Neugier wecken. Im weiteren Prozessverlauf gilt es, sich nur wenig

einzumischen und stattdessen die nötigen Rahmenbedingungen zur Verfügung zu stellen (Stark 2002).

3.7 Health Literacy

Das von Ilona Kickbusch (2006) im Rahmen ihrer Darstellung zur entstehenden „Gesundheitsgesellschaft“ geprägte Konzept des Health Literacy bezieht sich laut Kickbusch und Maag (2008) auf Gesundheitskompetenzen, die es ermöglichen, in verschiedensten Kontexten – bspw. zuhause, bei der Arbeit, in sozialen Zusammenhängen, im Kontakt mit dem Gesundheitswesen – begründete gesundheitsförderliche Entscheidungen zu treffen.

Der seit den 1970er Jahren genutzte Begriff Health Literacy wird im Laufe der Jahre immer wieder neu gefasst und erweitert. Zunächst bezieht Health Literacy sich auf Kompetenzen, die im Rahmen schulischer Gesundheitserziehung erworben werden können. Nach einer Erweiterung durch die WHO umfasst Health Literacy nicht nur die Grundkompetenzen, gesundheitsbezogene Informationen aufzunehmen, zu verarbeiten und zu verstehen, sondern meint alle kognitiven und sozialen Kompetenzen, die Menschen in die Lage versetzen, ein gesundheitsförderliches Leben zu führen. Dazu zählen bspw. Zugangsmöglichkeiten zu relevanten Informationen, Fertigkeiten, diese auch zu verstehen sowie mit ihnen konstruktiv umzugehen. Kritisiert wird, dass Health Literacy auf den einzelnen Menschen reduziert sei, stattdessen sollen auch der soziale und kulturelle Kontext, in dem Health Literacy über Kultur, Bildung und Erziehung vermittelt wird sowie die gesamtgesellschaftliche Wirkung betrachtet werden (Abel & Bruhin 2009). Aktuell wird Health Literacy als wissensbasierte Kompetenz, die eine gesundheitsfördernde Lebenspraxis ermöglicht, gefasst. Dies umfasst Wissen bspw. über den Umgang mit Gesundheit und Krankheit, über soziale Faktoren, durch die Gesundheit determiniert wird, über Gesundheitsrisiken oder Maßnahmen, gesundheitsabträgliche Lebensumstände zu verbessern. In einem erweiterten Sinne kann es auch als „Wissen zu Wohlbefinden“ interpretiert werden. Die Leitfrage ist dabei: Wie entwickeln Menschen Fähigkeiten („Skills“), ihren Lebensstil mit ihren gesundheitlichen Potenzialen bestmöglich zu verknüpfen?

Health Literacy: Kompetenzen zum Treffen gesundheitsförderlicher Entscheidungen

Health Literacy als Wissen zum Wohlbefinden

3.8 Resilienz

Resilienz als optimale Anpassung an schwierige Lebensbedingungen durch Schutzfaktoren

Der Begriff der Resilienz wird von der US-amerikanischen Psychologin Emmy Werner geprägt, die seit 1955 Kinder auf der Insel Kauai beobachtet und dabei in ihren Veröffentlichungen ab 1971 darstellen kann, dass sich ein Drittel der Kinder trotz zahlreicher biologischer und sozialer Risikofaktoren positiv entwickelt (Werner et al. 1977). Mit Resilienz meint sie, dass Menschen trotz vorliegender Risikofaktoren, wie schwierigen Lebensbedingungen und hohen Belastungen (z. B. Traumata), eine positive Persönlichkeit entwickeln und Probleme und negative Ereignisse erfolgreich meistern bzw. widrige Umstände abmildern können (Rieckmann 2002). Resilienz kann auch als optimale Anpassung an diese schwierigen Lebensbedingungen bezeichnet werden. Hohe Resilienz ist verbunden mit Schutzfaktoren wie einer stabilen Bindung zu einer Bezugsperson oder einem unterstützenden elterlichen Erziehungsstil (Zander 2010). Dieselben Schutzfaktoren und Ressourcen bzw. Risikofaktoren können in den verschiedenen Lebensabschnitten eine unterschiedliche Rolle spielen.

Exkurs: Operationalisierung von Resilienz

Können Ressourcen gemessen werden?

Anknüpfend an die Arbeiten von Emmy Werner ist vielfach versucht worden, Resilienz zu operationalisieren (Fröhlich-Gildhoff & Rönau-Böse 2009). Dies soll an dieser Stelle exemplarisch vertieft werden, einmal weil gerade zu diesem Ansatz besonders viele Untersuchungen vorliegen. Zum anderen verdeutlicht die Operationalisierung ein Dilemma: Die notwendige Breite der Schutzfaktoren illustriert die hohe Komplexität solcher Messungen. Diese dann wiederum zu Ergebnissen zu verdichten, führt dazu, dass die Intention der Ressourcendiskussion in gewisser Weise konterkariert wird, da die hier vermeintlichen Eindeutigkeiten dichotom sind, d. h. präzise Richtig-Falsch-Ergebnisse implizieren, die die Prozesshaftigkeit der Ressourcenansätze unterlaufen.

Resilienz wird als psychische Widerstandsfähigkeit gemessen

Grundsätzlich lässt sich Resilienz als Personenmerkmal „psychische Widerstandsfähigkeit“ messen mit der von Jörg Schumacher und Kolleg/innen (2005) teststatistisch überprüften deutschsprachigen Version einer 1993 von Wagnild und Young entwickelten Resi-

lienzskala. Bei der überprüften Version der RS-25 handelt es sich um eine eindimensionale Skala, die aus 25 Items besteht. Sie umfasst Fragen wie: „Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch“, „Normalerweise schaffe ich es alles irgendwie“, „Mein Glaube an mich selbst hilft mir auch in harten Zeiten“, „Mein Leben hat einen Sinn“. Das Messinstrument liefert bevölkerungsrepräsentative Normwerte und kann den Verfasser/innen zufolge als reliabel gelten. Durch Korrelation mit der Selbstwirksamkeitserwartung (gemessen mit der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung) ließe sich auch die Validität der RS-25 zeigen. Weiterhin liegt von Schumacher et al. (2005) eine Kurzfassung (RS-11) vor, die sie ebenfalls als reliabel, valide und ökonomisch bezeichnen. Eine Modifizierung in Form einer RS-13 wird von Leppert et al. (2008) vorgelegt. Als weitere Resilienzskalen werden u. a. die Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC), die Ego Resilience Scale, die Resilience Scale for Adults (RSA) oder die Brief Resilience Scale (BRS) genannt, wobei Lyssenko et al. (2010) darauf verweisen, dass der Zusammenhang von sog. „Schutzfaktoren“ und Risikoreduktion komplex ist, u. a. abhängig von Lebensstufen. Nur Längsschnittuntersuchungen können dazu Aufschluss geben. Bezugspunkte im deutschsprachigen Raum sind die bislang vier Längsschnittstudien zu Schutzfaktoren, nämlich die Bielefelder Invulnerabilitätsstudie (Bender & Lösel 1997), die Mannheimer Risikokinderstudie von Laucht (2003), die kiggs/BELLA-Studie (Bettge & Ravens-Sieberer 2005; Ravens-Sieberer et al. 2007) sowie die AWO/ISS-Studie³ (Holz 2010). Zwar werden die Ergebnisse zur Präzisierung kindlicher Entwicklungssitems genutzt (z. B. ET 6-6, Petermann et al. 2006), sie können jedoch nicht als unmittelbare Ableitung gelten, insb. weil sie Korrelationen nur auf hohem Abstraktionsniveau nachzeichnen können und keine Kausalitäten (im Überblick: Kuhn et al. 2012). Für die Messung von Entwicklungssitems ergibt sich zudem die Problematik, dass die Ressourcen- oder Resilienzbefragungen hier regelmäßig nur die Umkehrung der Defizitbefragung darstellt und keine von möglichen

Eindimensionale Resilienzskala

Langsschnittstudien zu Schutzfaktoren

Korrelation statt Kausalitäten

Umkehrung der Defizitbefragung

³ Die AWO-ISS-Studie wurde zwischen 1997 und 2005 als bislang umfangreichste Längsschnittstudie zu Kinderarmut in Deutschland durchgeführt. In Fortführung der leider nicht weiter finanzierten Studie wird aktuell eine Nacherhebung bei inzwischen 16-Jährigen durchgeführt (Holz 2010: 26).

Schäden und Risiken unabhängige Erhebung darstellen kann (Bengel et al. 2009; vgl. Geene, Höppner & Luber, in diesem Band).

3.9 Selbstregulation

Ergänzung der Selbstregulation durch Sozio-emotionale Motivation und Gesellschaftliche Chancenstruktur

Siegrist (1996) hat in seinem Buch zu sozialen Krisen und Gesundheit den anspruchsvollen Versuch unternommen, das immer wieder aufscheinende Problem der Trennung von Person und Umwelt, Verhaltens- und Verhältnisprävention konzeptionell zu erfassen. Er ergänzt die Konstrukte der Selbstregulation (Selbstwirksamkeitserfahrungen, Selbstbewertungserfahrungen und Erfahrungen der Selbsteinbindung) durch zwei neue komplementäre Termini. „Sozio-emotionale Motivation“ bezeichnet die Bestrebungen einer Person, an einem sozial-kommunikativen Feld zum Zweck der Selbstregulation teilzuhaben. Dies stellt die „Bindungsenergie“ der Person an mikrosoziale Umwelten dar. „Gesellschaftliche Chancenstruktur“ bietet dagegen die notwendigen Stellen, Lokalisationen und Positionen an, über deren Besetzung selbstregulatorische Prozesse realisiert werden können. Aus den drei Formen der Selbstregulation ergeben sich jeweils drei Formen der sozio-emotionalen Motivation und drei Formen der sozialen Chancenstruktur:

- Selbstwirksamkeit zu zielgerichtetem Handeln zum Zuweisen sozialer Rollen (z. B. Erwerbsrolle)
- Selbstbewertung zu Belohnung, Anerkennung, zum Zuteilen von Gratifikationen
- Selbsteinbindung zu Zugehörigkeit und zum Verfügen über soziale Netzwerke und Primärgruppen

Modell der Gratifikationskrisen

Aus diesem Ansatz entwickelt Siegrist ein Modell der Gratifikationskrisen, die dann auftreten, wenn es zu einer Diskordanz zwischen den genannten Feldern kommt, wie z. B. bei einem Ungleichgewicht zwischen günstigen Leistungen der Selbstwirksamkeit in Form hoher beruflicher Verausgabung und ungünstigen Erfahrungen der Selbstbewertung in Form niedriger, der Leistung nicht angemessener Belohnungen. Umgekehrt ergibt sich daraus das Modell einer Ressourcenstärkung durch Selbstwirksamkeitserfahrungen, wenn die drei Felder als konkordant erlebt werden.

Diesen Ansatz hat Siegrist v. a. durch seine Arbeiten mit Michael Marmot (z. B. Siegrist & Marmot 2006) auch in internationale Diskussionen einspeisen können, die sich wiederum bspw. in britischen Bildungsprogrammen wie „Sure Start“ abbilden (vgl. auch Borkowski & Schmitt, in diesem Band).

**Vorbild für
britische
Bildungs-
programme**

3.10 Diversity

Diversity bezieht sich auf den gesellschaftlichen Umstand von Heterogenität und Vielfalt, davon ausgehend, dass Unterschiedlichkeit für Menschen bereichernd ist. Dabei werden v. a. personale Dimensionen in den Blick genommen, die als gegeben gelten. Das deutsche Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) von 2006 weist sechs Gruppen auf, die als besonders diskriminierungsgefährdet gelten.

**Diversity:
Heterogenität
und Vielfalt**

„Ziel des Gesetzes ist, Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität zu verhindern oder zu beseitigen“,

**Diskriminie-
rungsgefährdete
Gruppen laut
AGG**

heißt es in § 1 AGG, das sich vorrangig als Diskriminierungsschutz begreift. Auch wenn das AGG nunmehr einen rechtlichen Bezugspunkt zum Diversity-Konzept bietet, gibt es dennoch deutliche Unterschiede im gedanklichen Ansatz. Zum einen ist der Begriff der ‚Rasse‘ umstritten und wird in der Wissenschaft kaum verwandt; zum zweiten wird in den fachlichen Diskursen die soziale Lage (z. B. als Alleinerziehende) als typisches Identitätsmerkmal angesehen, aber im Gesetz nicht aufgenommen, weil dieses sich auf (mutmaßlich) unveränderliche Merkmale beschränkt; schließlich ist die Ausrichtung des AGG problem- und nicht (wie der Diversity-Ansatz) potenzialorientiert⁴ (Geene 2012b).

Ein wichtiger Bezugspunkt des Diversity-Ansatzes ist die Gender-Diskussion und das Konzept des „Gender Mainstreamings“, bei dem es weniger um die biologischen Unterschiede zwischen den Geschlechtern geht, sondern „um die damit verbundenen Rollen, Verhaltensweisen und Lebenslagen“ (Kolip 2009: 22). Diese Aufschlüsselung entfernt sich von der defizitorientierten Zuschreibung und er-

**Vom Gender-
zum Diversity-
Mainstreaming**

⁴ Zur Diskussion um das AGG siehe ausführlich Schönwälder (2007); zum „Potenzial-Prinzip“ des Diversity-Ansatzes siehe Stuber (2009).

Inklusion von Menschen mit Behinderung

öffnet die Perspektive, in der jeweiligen Eigenart einen bereichernden Vorteil zu erkennen, wie sich beispielgebend in den „Gender und Queer Studies“ (Czollek et al. 2009) ausdrückt. Analog dazu wird vielfach von „Diversity Mainstreaming“ (Stuber 2006; Minkler & Wallerstein 2008) gesprochen.

Im Bereich der Behindertenpädagogik gipfelt eine analoge Entwicklung 1994 in der Salamanca-Deklaration (UNESCO 1994) und der UN-Behindertenrechtskonvention von 2006 (UN 2006/2009, vgl. Geene, Graumann et al., in diesem Band), die sich gegen die Sonderbehandlung von Menschen mit Behinderung ausspricht. Diese sollen vielmehr als gleichwertig mit eigenen Stärken (und Schwächen) angesehen werden und – zur Bereicherung aller – nicht mehr in Sonderschulen unterrichtet, sondern in das Regelschulsystem einbezogen werden. Als Schlüssel dazu gilt die „Inklusion“ – ein Denk- und Handlungsansatz, der über die reine Integration hinaus die aktive Einbeziehung fordert. Wer nur integriert wird, kann einfach nur dazu kommen – Inkludierung will jedoch (im Idealfall) eine gleichberechtigte Zusammenkunft (Metzger & Weigl 2010). Penta und Schraml (2009: 2) wenden die Methode übergreifend an: „Die Inklusion von Migrantinnen und Migranten, von Menschen mit geistiger oder körperlicher Behinderung oder von Obdachlosen kann gelingen, wenn diese Menschen mit ihren Nöten und Problemen, aber auch Ressourcen und Potenzialen wahrgenommen und als selbstbestimmte Akteure respektiert werden.“

3.11 Capability Approach

Der Ansatz des Capability Approach bzw. der Verwirklichungschancen wird vom Nobelpreisträger Amartya Sen (2000) konzipiert, um das Wohlbefinden und die Gerechtigkeit einer Gesellschaft zu analysieren. Zunächst im ökonomischen Kontext entwickelt, ist es auch in den Bildungs-, Sozial- und Gesundheitswissenschaften breit aufgegriffen worden (SVR 2009; Bittlingmayer & Ziegler 2012; vgl. die Beiträge von Schulze et al. sowie Borkowski et al., in diesem Band). Das Konzept richtet den Blick auf Möglichkeiten und die damit verbundenen Verwirklichungschancen, ein gutes, gelingendes Leben zu führen. Es werden Fähigkeiten von Menschen („Capabilities“) the-

Verwirklichungschancen für ein gelingendes Leben

matisiert, damit sie ein aus ihrer Sicht gutes Leben führen können, für das sie sich begründet entscheiden können und in dem Bedingungen für Selbstachtung gegeben sind. Verwirklichungschancen als Möglichkeiten werden vorrangig durch instrumentelle Freiheiten bestimmt, die als von der Gesellschaft zur Verfügung zu stellende Chancen zu verstehen sind. Individuelle Faktoren ergeben sich im Wesentlichen aus diesen Chancen. Instrumentelle Freiheiten umfassen u. a. politische Freiheiten, soziale Chancen und soziale Sicherheit sowie ökonomische Chancen. Nur wenn Verwirklichungschancen gegeben sind, haben Menschen die praktische Freiheit, ihnen entsprechende Lebensweisen zu wählen. Die Entscheidungsfreiheit über die Wahl der konkreten Daseinsform und der zu erreichenden Fähigkeiten („Functionings“) liegt dabei beim Einzelnen. Erweitert wird der Ansatz von der Sozialphilosophin Martha Nussbaum (1999, 2010), die eine Liste mit Faktoren erstellt hat, die als Grundbedingungen gelten, ein Leben nach eigenen Wünschen und Bedürfnissen gestalten zu können (vgl. Schulze et al., in diesem Band).

Capabilities (mögliche Verwirklichungschancen) sind von instrumentellen Freiheiten bestimmt

Functionings (erreichte Fähigkeiten)

3.12 Ressourcenstrategien – ein Zwischenfazit

Im Überblick lässt sich zunächst feststellen, dass die der Gesundheitsförderung unterliegenden Ansätze von eher personal orientierten Ressourcenkonzepten dominiert werden. Dem entgegen forciert die WHO in den Ottawa-Nachfolgekonferenzen eine verhältnispräventive Ausrichtung. Durch den Einfluss der Erkenntnisse über soziale Determinanten (z. B. Dahlgren & Whitehead 1991) kommt gruppen- bzw. bevölkerungsbezogenen, verhältnispräventiven Ansätzen wachsende Bedeutung zu. Abgezielt wird dabei auf eine Integration personenbezogener *und* sozialer, umweltbezogener Konzepte.

Ziel: Integration personenbezogener *und* sozialer, umweltbezogener Konzepte

Hier spiegelt sich die Erkenntnis auch aus der bundesdeutschen Präventionsforschung (Kuhn et al. 2012), dass komplexen Interventionen einer umfassenden Forschungsperspektive bedürfen, die insb. auch die Zielgruppen aktiv einbezieht (sog. „Partizipative Qualitätsentwicklung“⁵, vgl. Wright 2010). Mit Methoden der partizipativen Forschung und Qualitätsentwicklung können in kommunalen, landes- und bundesbezogenen Lernschleifen bevölkerungsweite Public-

Aktiver Einbezug der Zielgruppen

⁵ www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de [24.02.13]

Health-Wirkungen erzielt werden, wie sie in Abschnitt 4 dargestellt werden.

Diese Perspektive auf Umweltfaktoren und soziale Determinanten zeigt sich deutlich in der Entwicklung des Setting-Ansatzes der WHO, der im folgenden Abschnitt vertiefend dargestellt und unter dem Aspekt der Ressourcenorientierung diskutiert wird. Der Schwerpunkt liegt dabei auf Setting-Konzepten zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen („gesund aufwachsen“).

4 Gesunde Lebenswelten für Kinder – Der Setting-Ansatz

Als zentrales Handlungsfeld der Praxis der Gesundheitsförderung – speziell in Form der nichtmedizinischen Primärprävention⁶ – hat sich der Setting-Ansatz herausgebildet. Grundlage ist zunächst die empirisch gestützte Erfahrung, dass benachteiligte Kinder und ihre Familien durch individuelle Gesundheitsbotschaften nicht nur nicht ‚erreicht‘, sondern z. T. noch weiter belastet werden: Da sie solche Botschaften oft nicht umsetzen können, fühlen sie sich dann noch stärker als ‚Versager‘. Allein schon durch die Ansprache fühlen sie sich mitunter diskriminiert – und haben mit diesem Eindruck oft Recht (Bauer 2005; Geene & Rosenbrock 2012). Dabei sind es aber genau diese Gruppen, die den höchsten Präventionsbedarf haben. Gesundheitsförderung sollte daher weniger auf individuelles Verhalten als vielmehr auf die sozialen Verhältnisse abzielen. Beim Setting-Ansatz werden das Verhalten von Individuen und die Einflüsse der sozialen und physischen Umwelt (Verhältnisse) in ihrer gegenseitigen Bezogenheit gesehen und – v. a. durch Ressourcenstärkung – bearbeitet. Der Weg dazu besteht in einer Ressourcen stärkenden, möglichst selbstbestimmten Identifikation und gemeinsamen Bearbeitung von Problemen im Setting. Ziel ist erlebte Selbstwirksamkeit und eine gesundheitsförderliche(re) Lebenswelt. Damit enthält der Setting-Ansatz die beiden Grundkomponenten der Ottawa-Charta: das Politische und die Prozessbetonung.

**Gefahr der
Diskriminierung
sozial Benach-
teiligter**

**Setting-Ansatz
berücksichtigt
die Lebens-
verhältnisse**

⁶ Zur notwendigen, aber häufig fehlenden Differenzierung zwischen Gesundheitsförderung und Prävention siehe Rosenbrock und Gerlinger (2006) sowie Ruckstuhl (2011).

Beim Setting-Ansatz wird ein integriertes Handlungskonzept entwickelt, nach dem die Menschen in ihren jeweiligen Lebenswelten selbstständig ihren Themen und Bedürfnissen nachgehen. Gesundheit kann dabei das gemeinsame Ziel sein, das soziale Gruppen und Zusammenhänge verbindet (Baric & Conrad 1999), allerdings können auch unspezifische Zielsetzungen (,Verbesserung des Zusammenlebens‘) oder solche ohne direkten Bezug auf Gesundheit (,Nutzerorientierte Gestaltung öffentlicher Räume‘) geeignete Ansatzpunkte guter Setting-Interventionen sein. Der Zugang über die Lebenswelten ist besonders geeignet, auch Benachteiligte zu erreichen, ohne sie als solche zu stigmatisieren – die Gesundheitsförderung versucht nicht primär, Einstellungen und Handlungsmuster Einzelner zu beeinflussen, sondern die Lebenswelt so zu gestalten, dass die von ihr ausgehenden Belastungen möglichst gering gehalten und zugleich unterstützende Strukturen entwickelt und gestärkt werden. Der drohende und von den Menschen abgewehrte Umkehrschluss, sie selbst trügen Schuld an ihrem Förderungsbedarf, wird so vermieden. Daher ist Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz vergleichsweise diskriminierungsarm (Geene & Rosenbrock 2012).

Neben der Betrieblichen Gesundheitsförderung, die als besonderes Erfolgsmodell gilt – auch weil sie sich in eindeutig messbaren Werten wie Arbeitsfehlzeiten ausdrücken und daher als (vermeintlich⁷) evident wirksam gilt (Faller 2010), definieren die Krankenkassen die Settings Kita, Schule und seit 2010 auch Stadtteil als prioritäre Handlungsorte (GKV 2010). Der Stadtteil gilt dabei als eine Art ‚Rahmen-Setting‘, insb. für gesundes Aufwachsen sowie gesundes Altern (Gold & Lehmann 2012).

Die folgende Darstellung folgt nicht dieser Vorgabe, sondern geht von den Settings Schule und Kita aus, ergänzt um einen Exkurs zu den konzeptionellen Schnittmengen von Bildungsprogrammen und Ressourcenansätzen. Daran anschließend werden die Familie sowie

Ziel: Gesundheitsfördernde Gestaltung der Lebenswelt

Lebensweltbezug vermeidet Stigmatisierung

Settings: Betrieb, Kita, Schule und Stadtteil

⁷ An dieser Stelle sei keinesfalls die Wirksamkeit von Betrieblicher Gesundheitsförderung in Frage gestellt, sondern lediglich die Methode der Evidenzmessung: Arbeitsfähigkeitsdaten sind zwar gut dokumentierte und damit vergleichsweise leicht auswertbare Daten. Die Grundlagen ihrer Veränderung (Steigung oder Senkung) sind jedoch vielfältig (z. B. Arbeitsmarktlage). Komplexe Setting-Interventionen können damit korrelieren, eine Kausalität ist jedoch kaum abzuleiten.

Lebenswelten Jugendlicher als Settings diskutiert, um danach den Bogen zum Stadtteil zu schlagen.

4.1 Schule als Ort der Gesundheitsförderung

**Gute Struktur
und Steuer-
barkeit des
Settings
Schule**

Schulen gelten als bedeutsames gesundheitsförderliches Setting, weil sich die Gesundheitsförderung sinnvoll mit dem Bildungsauftrag der Schulen ergänzen kann. ‚Schulerfolg‘ – wie immer er definiert sein mag – braucht gesunde und zufriedene Lehrkräfte und Schüler/innen sowie die Unterstützung und Einbindung von Eltern, Verwaltung, Schulträgern und anderen lokalen Stakeholdern. Durch klare rechtliche Vorgaben, Strukturen und Hierarchien sind Schulen gut strukturiert und insofern gemeinsam steuerbar. Schließlich können hier alle Kinder erreicht werden, besser und gebündelter als in jedem anderen Setting. Durch entsprechende Auswahl der Schulen nach Region (Orte bzw. Stadtteile mit großem Anteil von Menschen in sozialen Belastungssituationen) und Art (Grund-, Haupt- bzw. Sekundar-, Berufs- und Sonderschulen) können im Erfolgsfall relevante Beiträge zur Verminderung sozial bedingter Chancenungleichheit geleistet werden (Sommer et al. 2005).

**Auswahl der
Settings nach
Region und
Schulform**

**Gesundheits-
förderung als
Leitbild**

Das Setting Schule ermöglicht es aufgrund seiner bereits entwickelten Strukturen, Gesundheitsförderung als Leitbild zu verankern und ein gesundes Heranwachsen von Kindern zu fördern. Schule bietet gute Voraussetzungen, alle Zielgruppen in die Organisationsentwicklung einzubeziehen. Wichtig ist, dass die Entscheidung, die Schule zu einem ‚gesunden Ort‘ zu entwickeln, sowohl von der ‚Basis‘ ausgeht (d. h. Schüler- und Elternvertretung sowie Lehrerkollegium) als auch auf der Leitungsebene beschlossen wird. Die Leitungsebene bzw. ein eingerichtetes Steuergremium ist für Initiierung, Begleitung und nachhaltige Umsetzung sowie kontinuierliche Überprüfung verantwortlich (Geene & Rosenbrock 2012). Für die Umstrukturierungsprozesse werden besonders in der Anfangsphase hohe zeitliche und personelle Ressourcen gebraucht. Netzwerkprojekte wie das der Krankenkassenverbände mit den Landesvereinigungen für Gesundheit aus Sachsen-Anhalt, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz „Gesund leben lernen“ (Heinrich et al. 2006; Kliche et al. 2010) oder das „Audit Gesunde Schule“ (LVG 2007) initiieren und

**Entscheidung
der Basis und
der Leitungsebene**

**Netzwerk-
projekte
und Audit-
Verfahren
initiiieren und
begleiten
Modellprojekte**

begleiten solche Prozesse der Organisationsentwicklung.

Der Fokus im Rahmen der „gesunden Schule“ richtet sich auf eine aktive Partizipation der Eltern und den Aufbau nachhaltiger Kooperationen mit Strukturen im Umfeld der Schulen (Stadtteileinrichtungen, Sportvereine, Migrantenorganisationen etc.). Damit sollen Selbstorganisation und Selbsthilfepotenziale der Beteiligten angesprochen und aktiviert werden. Ziel dabei ist die Kompetenz- und Ressourcenstärkung insb. der Schüler/innen, aber auch der Lehrkräfte und der Eltern. Dies kann einerseits erreicht werden durch gemeinsame Leitbildentwicklung, andererseits durch gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen, die diese in einem möglichst gemeinsamen und offenen Prozess miteinander entwickeln. Im Ergebnis kann dies zu einem neuen gegenseitigen Verständnis führen und der Einstieg sein in eine nachhaltige Teilhabe- und Partizipationskultur möglichst aller am Schulgeschehen Beteiligten (ausführlich: Geene & Rosenbrock 2012)⁸.

Vernetzung im Stadtteil, Partizipation von Eltern, Lehrkräften und Schüler/innen

Selbstorganisation und Selbsthilfepotenziale aktivieren

Ziel: nachhaltige Teilhabe- und Partizipationskultur

4.2 Kita als Ort der Gesundheitsförderung

Bereits im frühen Kindesalter entwickeln und stabilisieren sich gesundheitlich bedeutsame Verhaltensweisen und Lebensstile (Lohaus et al. 2006: 31). Die in dieser Lebensphase erworbenen Gewohnheiten können sich in höheren Altersgruppen zu konkreten Gesundheitsressourcen, aber auch -gefahren entwickeln (ebd.: 13). Deshalb ist eine möglichst frühzeitige Gesundheitsförderung von großer Bedeutung. Das starke Elternrecht des Grundgesetzes (Art. 6 GG) weist den Eltern Recht und Pflicht zur Förderung der Kinder zu und damit auch die Verantwortung, gesunde Verhaltensweisen zu fördern. In Familien mit hohen sozialen Belastungen fehlen jedoch häufig die nötigen Ressourcen, um den Kindern einen gesunden Lebensstil zu vermitteln, was diese Familien zu einer besonderen Zielgruppe für gesundheitsfördernde Unterstützung macht. Nach der primären Sozialisation in der Familie bildet die Kindertageseinrichtung den ersten Ort der „Außenwelt“ (sekundäre Sozialisationsinstanzen, vgl. Hurrelmann 2006).

Familie als primäre, Kita und Schule als sekundäre Sozialisationsinstanzen

⁸ Anschauliche Praxisbeispiele dazu finden sich in der Datenbank www.gesundheitliche-chancengleichheit.de [24.02.13].

**Präventions-
müdigkeit
durch
koordinierte
Maßnahmen
vermeiden**

Es gibt zwar inzwischen eine große Anzahl von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Kitas. Überblicksstudien (Kliche et al. 2009) verweisen aber darauf, dass die Maßnahmen häufig keine eindeutigen Wirkungen zeigen, und zudem aufgrund ihrer Vielfältigkeit mitunter zu Abwehrverhalten bei Kita-Trägern und -Mitarbeiter/innen führen (sog. „Präventionsmüdigkeit“). Solche Sättigungserscheinungen können vermieden werden, wenn die Anbieter der Maßnahmen mit übergreifenden Rahmenkonzepten koordiniert handeln.

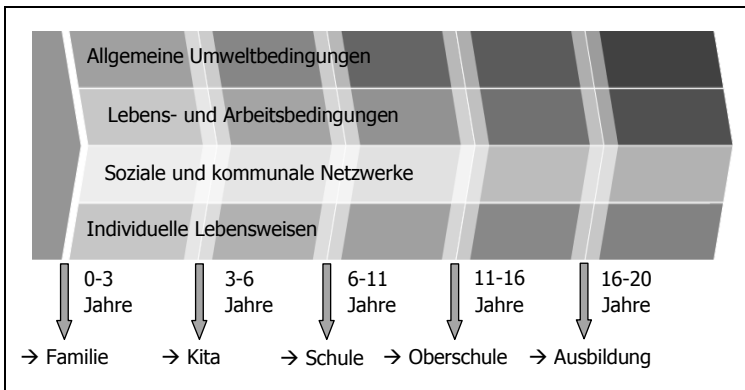


Abbildung 1: Gestalten von Lebenswelten und Übergängen im Lebenslauf: „Präventionsketten“ (entnommen aus: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2013).
Die Darstellung wird zukünftig insb. noch um eine Ausdifferenzierung im Krippenbereich (< 3 Jahre) ergänzt.

**Gute Erreich-
barkeit der
Eltern**

Ein wichtiges Argument für die gesundheitsförderliche Setting-Entwicklung in der Kita ist die gute Erreichbarkeit der Eltern, die speziell in den ersten Kita-Jahren aufgeschlossen und engagiert den Themen der Kindergesundheit begegnen (Richter et al. 2004: 64). Aber auch hier bedarf es zur aktiven Partizipation belasteter Familien bzw. Eltern besonderer Aufmerksamkeit. Zwar nutzen auch diese Familien die Kitas inzwischen mehr, insb. dort, wo ihre Nutzung

kostenfrei ist. Es bleibt jedoch mitunter eine Distanz und Zurückhaltung benachteiligter Eltern, sei es aus der Sorge vor Diskriminierung (Vermeidungsstrategie), aus dem Gefühl der Fremdheit („Schwellenängste“) oder der ‚Unzuständigkeit‘. Es bedarf hier eines integrierenden Arbeitsansatzes der Erzieher/innen zur systemischen Förderung der Familien und zur Stärkung der Elternkompetenz. Um Kindern und Familien langfristig und nachhaltig bei einem gesundheitsförderlichen Lebensstil zu unterstützen, ist eine Vernetzung mit dem Setting Schule (insb. im Bereich Transition/Übergangsmangement, vgl. Fthenakis 2003; Geene & Borkowski 2009) sowie idealerweise mit dem Setting Stadtteil/Quartiersmanagement (s. u.) wünschenswert (s. Abb. 1).

Integrierter Ansatz zur Stärkung der Elternkompetenz sowie Vernetzung mit Stadtteil und Schule nötig

Exkurs: Konzepte in Kitas

Im Setting Kita ist es besonders ergiebig, die pädagogischen Konzepte und ihre Schnittmengen zur Gesundheit zu analysieren (vgl. auch BZgA 2002: 18f.). Gesundheitsfördernde Maßnahmen verbinden sich gut mit pädagogischen Konzepten der Kita (ebd.: 25). Der Situationsorientierte Ansatz, ein in den 1970er Jahren entwickeltes sozialpädagogisches Konzept, wird vielfach in der Kita angewandt und sollte in diesem Zusammenhang etwas ausführlicher betrachtet werden. Erzieher/innen kennen den Ansatz zumeist, Gesundheitsförder/innen hingegen wissen oft wenig darüber und verkennen die hohe Gemeinsamkeit mit den Zielen und der Philosophie der Ottawa-Charta. Es handelt sich um einen ganzheitlichen Ansatz, der versucht, die Lebensbedingungen der Kinder zu berücksichtigen, um die pädagogische Forderung zu erfüllen, dass die „Kindergartenarbeit auf der Grundlage der unterschiedlichen Lebensgeschichten der Kinder geschieht“ (Krenz 1991: 17). Um die Gesellschaft aktiv und verantwortungsbewusst mitgestalten zu können, sollten Kinder sog. Schlüsselkompetenzen wie personale (bei Kindern sog. „Ich-Kompetenzen“), soziale, Sach- und fachliche bzw. lernmethodische Kompetenzen erwerben. Um Lernorte und die soziale Umwelt zu entdecken, soll das soziale Leben in die Kita hinein geholt bzw. die Kinder durch aktive Mitwirkung in der Nachbarschaft mit dieser konfrontiert werden (Büttner & Dittmann 1999: 51). Gemeinwesenorientierung und Kontakte zu Menschen außerhalb der Kita gewinnen

Situationsorientierter Ansatz – Gemeinsamkeiten mit der Ottawa-Charta

Aufbau personaler, sozialer, Sach- und lernmethodischer Kompetenzen

**Einbeziehung
von Gesund-
heit als umfas-
sendes Thema
in die Lebens-
welt Kita**

so für die elementarpädagogische Praxis an Bedeutung, wie Becker-Textor (1994: 85) schon frühzeitig erkannt hat. Der Situationsorientierte Ansatz soll Kinder befähigen, Situationen zu bewältigen und damit für die Zukunft zu lernen (ebd.: 85). Gesundheitsförderung in der Kita bedeutet in diesem Sinne nicht mehr nur Gesundheits- oder Umwelterziehung als isoliertes Handlungsprogramm, sondern die Einbeziehung von Gesundheit als umfassendes Thema in die Lebenswelt Kindertagesstätte (BZgA 2002: 29).

**Praxis von
Situations-
analysen**

Der Situationsorientierte Ansatz ist wie die oben angeführten Ressourcenkonzepte auf Ganzheitlichkeit ausgerichtet. Er setzt auf Kompetenz, Autonomie und Wohlbefinden und baut auf die Praxis von Situationsanalysen (ebd.). Dabei steht das Kind mit seinen Erfahrungen, Fähigkeiten, Interessen und Gefühlen im Vordergrund und nicht das normative Ziel. „Der Erziehungsgedanke muss zurückgestellt werden, denn Gesundheit als Wohlbefinden und Lebenskompetenz ist nicht etwas, zu dem man erziehen kann“ (ebd.: 30). Es muss vielmehr eine selbst erlebte Erfahrung sein. Die neuen Bildungsprogramme der Elementarpädagogik greifen diese pädagogische Intention in den Ansätzen zur kindlichen Subjektorientierung und der erweiterten Aufgabenbeschreibung in Richtung Eltern-Kind-Zentren umfassend auf (vgl. Textor 2006; Geene & Borkowski 2008). Die zentrale Entwicklungsaufgabe für das Setting Kita besteht nun darin, Gesundheitsförderung im Rahmen der Organisationsentwicklung zu einem der Leitbilder der Neuausrichtung der Kitas zu profilieren und dies für die Akteur/innen – Erzieher/innen und Kita-Träger, aber auch Eltern und Kinder – konkret und positiv erlebbar zu machen.

**Gesundheits-
förderung
muss konkret
und positiv
erlebbar werden**

4.3 Die Familie als Ort der Gesundheitsförderung

**Methoden zur
Organisations-
entwicklung
sind für das
Setting Familie
ethisch, recht-
lich und prag-
matisch proble-
matisch**

Kita und Schule sind für Kinder die Bereiche der sekundären Sozialisation (Hurrelmann 2006). Noch stärker werden sie durch ihre Familie (primäre Sozialisation) geprägt. Artikel 6 des Grundgesetzes sieht hier als besonderen Schutz eine „Privatsphäre“ (Schnabel 2010: 313) vor, die nur durch die spätere Schulpflicht (Art. 6, Abs. 2 GG) eingeschränkt wird. Methoden zur Organisationsentwicklung im Sinne der Anregung und auch Irritation der sozialen Systeme, die in

der Gesundheitsförderungspraxis in den Settings Kita und Schule angewendet werden, sind insofern für das Setting Familie sowohl ethisch als auch rechtlich sowie pragmatisch fraglich. Gesundheitsförderung im Setting Familie bedarf einer anderen Interventionslogik: Sie muss die Autonomie des Systems Familie zunächst anerkennen, alle Maßnahmen basieren auf Freiwilligkeit. Es bedarf anwaltschaftlicher Fürsprache für Eltern mit dem Blickwinkel, die Außenwirkungen auf das System Familie abzuschätzen und gesundheitsförderlich auszurichten. Es sind also nicht die Eltern oder Familien, sondern vielmehr die Rahmenbedingungen ihrer Lebenswelten, die vorrangig unterstützend und (gesundheits)förderlich zu gestalten sind. Die Entwicklungsaufgabe liegt darin, die vielen unterschiedlichen Stimmen der Familiendienstleister/innen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung (nach SGB V, SGB VIII, aber u. U. auch weitere SGBs) so zusammenzuführen, dass für Familien „der gesunde Weg der einfache Weg“ ist (WHO-Motto „Make the healthier way the easier choice“, Bittlingmayer & Hurrelmann 2006: 189).

Familien für Gesundheitsförderung direkt zu adressieren, heißt hier, Eltern Rat und Tat dafür anzubieten, ihren Kindern die bestmöglichen Voraussetzungen für ein unbeschwertes Leben in Gesundheit und Wohlbefinden zu vermitteln. Im Rahmen des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ sind Modellprojekte (z. B. Familienzentren), neue Dienstleistungen (z. B. Familienhebammen) und Methoden (z. B. Eltern-AGs) als „Good Practice“ identifiziert worden, die aufgrund der frühzeitigen Intervention vor oder unmittelbar nach der Geburt nachhaltig positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Familien erwarten lassen. Insbesondere Leistungen des Jugendamtes stehen dabei immer wieder im Spannungsverhältnis zwischen Unterstützung und Kontrolle (Geene & Gold 2009).

Hier sei noch auf ein besonders Dilemma elternunterstützender Gesundheitsförderung hingewiesen: Die Kommunen sind finanziell in ihrer Handlungsfähigkeit stark eingeschränkt. Zudem wachsen die Kosten für Hilfen zur Erziehung (HzE), denn hier besteht ein Rechtsanspruch, sofern eine Behinderung oder Behinderungsbedrohung diagnostiziert wird. Insbesondere die HzE-Ausgaben zur Fremdunterbringungen sind im Zuge der verstärkten Sensibilisierung ge-

Maßnahmen im autonomen Familiensystem basieren auf Freiwilligkeit

Den gesunden Weg zum einfacheren Weg machen

Positive Auswirkungen durch frühzeitige Interventionen vor und nach der Geburt

Unterstützung vs. Kontrolle im Spannungsverhältnis

**Dilemma:
Hilfegewährung
erst bei mani-
festen Proble-
men statt
präventiv**

genüber Kindesvernachlässigung stark angestiegen (Meier-Gräwe & Wagenknecht 2012). Hier besteht die paradoxe Situation, dass Hilfe nicht präventiv geleistet werden kann, sondern nur geboten wird, wenn bereits ein manifestes Problem vorliegt. Wenn Leistungserbringung nur als Krisenbewältigung finanziert wird, verlockt sie die Leistungserbringer, die jeweilige Problematik verschärft darzustellen – sie wird ja quasi dann weiter bezahlt, wenn sie *nicht* erfolgreich ist. Dieser Anreiz zur Leistungsmengensicherung bzw. -ausweitung durch Pathologisierung bzw. Klientelisierung ist nicht nur ökonomisch zweifelhaft, er ist v. a. auch ethisch unvertretbar, denn er führt zu einer negativen Selbst- und Fremdzuschreibung der Betroffenen. Gleichwohl entsteht in der Binnenlogik der Finanzierung die entsprechende Notwendigkeit – wie bei der Überprüfung von Pflegestufen attestiert eine medizinische, psychologische oder sozialpädagogische Fachkraft, die es vermeintlich ‚gut‘ mit der Familie meint, dieser eine möglichst umfassende Problemlage, um damit hohe Unterstützungsleistungen zu legitimieren (vgl. auch Namuth et al., in diesem Band).

**Gesundheits-
förderung als
politische
Interessen-
vertretung**

Gesundheitsförderung im Setting Familie heißt demgegenüber auch politische Interessenvertretung von Eltern, insb. auf dem Hintergrund ihrer gesellschaftlichen Marginalisierung (Mierendorff 2010). Daraus ist unmittelbar abgeleitet die Forderung nach einem abgestimmten Vorgehen der beteiligten Akteure, womit neben Jugendämtern (SGB VIII) auch die örtlichen Schul- und Bildungsträger, Krankenkassen (SGB V) und weitere öffentlich-rechtliche Träger nach den SGBs II (Arbeitsagenturen), IX (DRV/ Rentenversicherungsträger für den Bereich der Rehabilitation) sowie XI (Frühförderung) und schließlich auch zivilgesellschaftliche Akteur/innen („Whole-of-Society Approach“, WHO Euro 2012, s. o.) adressiert werden. Dem Bereich der Frühen Hilfen, der sich dieser Problematik stellt, ist ein eigener Beitrag (Sann et al., in diesem Band) gewidmet.

Im Folgenden werden die besonderen Herausforderungen der Gesundheitsförderung mit älteren Kindern und Jugendlichen dargestellt.

4.4 Gesundheitsförderung bei Jugendlichen

Mit Familien, Kitas, Schulen und Stadtteilen sind die zentralen Lebensräume von Kindern benannt. Spätestens mit der Einschulung beginnt bei Kindern aber auch das Interesse an weiteren Lebenswelten, die wachsende Bedeutung erhalten. Für ältere Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, eine bislang stark vernachlässigte Gruppe der Gesundheitsförderung (Bahrs 2010), eröffnen sich hier neue Lebenswelten. Der Freizeitbereich als tertiäre Sozialisation bietet den Jugendlichen eine vergleichsweise große Handlungsautonomie und wird von ihnen zur eigenen Identitätsentwicklung intensiv genutzt. Sport- und Freizeiteinrichtungen als jugendliche Lebenswelten sollen daher an dieser Stelle einer schlaglichtartigen Betrachtung unterzogen werden, inwiefern sich hier weitere zukünftige Handlungsfelder für den Setting-Ansatz erschließen lassen. Besonders interessant ist dies für den durch das Ganztagsschulprogramm und veränderte gesellschaftliche Anforderungen gerade expandierenden Bereich der Schulsozialarbeit (Speck & Olk 2010), dem hierbei künftig zur Initiierung eine besondere Schnittstellenfunktion zukommen kann.

Vernachlässigung der Zielgruppe der Jugendlichen

Freizeiteinrichtung als tertiäre Sozialisationsinstanz

Gestaltungsaufgaben im Bereich der Schulsozialarbeit

4.4.1 Gesundheitsförderung im Kinder- und Jugendsport

Ein typischer Ort älter und selbstständig werdender Kinder ist der Sportverein. Tatsächlich sind mehr als die Hälfte der bundesdeutschen Kinder und Jugendlichen im organisierten Sport aktiv (Steinbach & Hartmann 2007: 232f.); fast 80 % sind zumindest zeitweise Mitglied (BMFSFJ 2009: 192). Insbesondere Mädchen, aber auch Jungen mit Migrationshintergrund und/oder aus einkommensschwachen Familien sind in Sportvereinen deutlich unterproportional vertreten; soziale, kulturelle und materielle Barrieren wie Zugang, Aufnahmebedingungen, Kontinuität oder Mitgliedsbeiträge wirken hier deutlich sozial selektiv (Brinkhoff & Sack 1999: 97ff.). Andererseits bietet der Sport besondere Teilhabeoptionen trotz möglicher Exklusionsgründe wie z. B. Sprachvermögen (ebd.). Für einen Großteil der sportlich organisierten Kinder wird ihr Verhalten in diesem Rahmen neu ausgerichtet. Bewegung und sportliche Betätigung gelten zunächst als per se gesundheitsförderlich. Regelmäßige Sportausübung

Selektion durch soziale, kulturelle und materielle Barrieren

Positive Auswirkungen von sportlicher Betätigung

trainiert nicht nur Geist und Körper, es sozialisiert auch in besonderem Maße, sowohl hinsichtlich des sozialen Zusammenlebens als auch der eigenen Körperwahrnehmung. Hier kann die Erfahrung von Grenzen und eigener Grenzüberschreitung ein wichtiger Baustein sein für positive Selbstwertgefühle, gute Selbsteinschätzung und insgesamt einen kohärenten Lebensstil (Mörath 2005).

Praxis der Sportvereine

In der Praxis der Sportvereine stellt sich dies z. T. anders dar, weil insb. die männlich geprägten Sportarten (v. a. Ballsportarten) von hohem Leistungsdruck gezeichnet sind. Auch ist der Nikotin- und Alkoholkonsum, z. B. von jugendlichen Fußballspielern, deutlich erhöht (Brinkhoff & Gomolinsky 2004). Ohnehin sind die Sportvereine nur eingeschränkt in der Lage, die Tendenz der „Versportung der Gesellschaft“ (Brinkhoff & Sack 1999: 42) und auch die sog. „Versportlichung der Kindheit“ (ebd.: 96) in vermehrte Mitgliedschaften zu wandeln. Tatsächlich entwickeln sich Trendsportarten wie Skating oder Basketball insb. bei benachteiligten Kindern und Jugendlichen z. T. in Konflikt mit Sportvereinen, deren Anlagen ungenehmigt genutzt oder deren Regeln nicht eingehalten werden (ebd.: 50ff.).

Abbau von Verständigungsschwierigkeiten zwischen Vereinssport und jugendlichen Bewegungsbedarfen

BZgA-Kampagne „Kinder stark machen“

Eine gesundheitsförderliche Ausrichtung im Sport kann dazu führen, die Verständigungsschwierigkeiten zwischen Vereinssport und kindlich-jugendlichen Sport- und Bewegungsbedarfen zu überbrücken und zum beiderseitigen Gewinn eine neue gemeinsame Sportkultur zu entwickeln. Die BZgA-Kampagne „Kinder stark machen“ zielt hier auf eine derartige Öffnung ab, in dem Übungsleiter/innen und Trainer/innen pädagogisch geschult werden, um den Kindern soziale Gestaltungsmöglichkeiten und Selbstwirksamkeitserfahrungen zu vermitteln (Brinkhoff & Gomolinsky 2004). Gerade zur Prävention von Essstörungen oder Gewalt bieten sportliche Angebote Chancen zur sozialen Integration (Brinkhoff 2006: 10), sofern den jeweiligen besonderen sozial-emotionalen und körperlichen Bedarfen im Sinne einer Identitätsunterstützung Rechnung getragen wird. Weil „Sport als jugendspezifische Altersnorm“ und der Sportverein als „unangefochtene Nr. 1 der außerschulischen Jugendarbeit“ (ebd.: 6) wahrgenommen wird, gleichzeitig aber neben der positiven Sozialisationsfunktion auch mit der Gefahr subjektiv empfundener und/oder tatsächlich stattfindender Selektion und Aus-

schlussmechanismen verbunden ist, stellt sich hier eine besondere Steuerungsaufgabe sowohl für die Sportvereine selbst als auch für entsprechende Förder- und Rahmenbedingungen.

Auch hier empfehlen sich partizipative Methoden der Angebotsgestaltung und der jeweiligen Ziel- und Ergebnisformulierung, sodass Gesundheitsförderung im Sport nicht nur als kurzzeitiger Impuls wahrgenommen wird, sondern als Prozess der gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung und der Öffnung im Kinder- und Jugendsport. In einem solchen Sinne „bieten (Jugend-)Sportvereine insgesamt günstige Voraussetzungen für einen ‚gesunden Sozial- und Lebensraum‘ und damit für ein Setting zur Gesundheitsförderung“, heißt es unter Verweis auf Opper (2002) im 13. Kinder- und Jugendbericht (BMFSFJ 2009: 195), der hier bereits einige entsprechende ressourcenförderliche Ansätze im Vereinssport konstatiert, die jedoch einer weiteren Verstärkung bedürfen (ebd.).

Gesundheitsförderliche Organisationsentwicklung im Jugendsport

4.4.2 Gesundheitsförderung in Jugendfreizeiteinrichtungen

Im Übergang von kindlichen zum jugendlichen Heranwachsen kommt der Peergroup eine wachsende Bedeutung zu, da sich Jugendliche stark am Handeln anderer Jugendlicher orientieren und ihr Verhalten mit steigendem Alter zunehmend einem alters- und milieuspezifischen Habitus anpassen (Gerhards & Rössel 2003). Neben Formen der mobilen Jugendarbeit durch sog. „Streetworker“, die Jugendliche in besonderen Konflikt- und Problemlagen aktiv aufsuchen, stellen Jugendämter, kirchliche und freie Einrichtungen Jugendzentren und Jugendfreizeiteinrichtungen als geschütztes Umfeld zu einem selbstbestimmten Aufwachsen bereit. Viele Elemente dieser Angebote können per se als gesundheitsförderlich bezeichnet werden, zielen sie doch durch entsprechende Methodenprogramme der Sozialpädagogik darauf ab, den Kindern und Jugendlichen Teilhabe, Partizipation, Autonomie, Selbstorganisation, Erfolgserlebnisse und Selbstwirksamkeitserfahrungen zu vermitteln. „Der gesetzliche Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe stimmt in großen Teilen [...] mit den Handlungsebenen der Ottawa-Charta überein“, konstatiert Plantz (2008: 55).

Bedeutung der Peergroup

Jugendfreizeiteinrichtungen fördern Teilhabe, Partizipation, Autonomie und Erfolgserlebnisse

Pothmann und Thole (2005) berichten von etwa 8.000 Jugendeinrichtungen in Deutschland mit gut 20.000 hauptamtlichen Mitarbei-

Inanspruchnahme von Jugend-einrichtungen

ter/innen sowie einer größeren Zahl von Ehrenamtlichen. Ihre jugendlichen Besucher/innen stammen zumeist aus dem jeweiligen räumlichen Nahbereich. Der 12. Kinder- und Jugendbericht (BMFSFJ 2006: 244ff.) verweist auf eine lückenhafte Datenlage, gibt aber Hinweise auf eine höhere Inanspruchnahme durch sozial benachteiligte Jugendliche, insb. von Migrant/innen. Mit einer gezielten sozialräumlichen Auswahl durch Schwerpunktbildung in belasteten Wohngebieten können benachteiligte Jugendliche diskriminierungsarm erreicht werden.

Gesundheitsfördernde Arbeit bisher meist themenbezogen statt über das Setting selbst

Der 13. Kinder- und Jugendbericht (BMFSFJ 2009: 196) kritisiert jedoch eine fehlende „explizite Benennung von Gesundheitsförderung als Zielkategorie Offener Kinder- und Jugendarbeit“ und bezieht dabei auch die Mobile Jugendarbeit ein. Zumeist werde hier zu einzelnen Themen wie Suchtprävention, Sexualpädagogik oder Ernährungsverhalten gearbeitet, mithin also eher defizitorientiert. Als Anforderung an gesundheitsförderliche Settings im Kinder- und Jugendbereich formuliert der Bericht die Ausrichtung an altersspezifischen Bewältigungsaufgaben in ihrer ganzen Komplexität. Erste gute Ansätze werden in Fachprogrammen einzelner Bundesländer oder dem BZgA-Programm „gut drauf“ gesehen, weil hier über Beispiele guter Praxis Anregungen für eine gesundheitsförderliche Orientierung gegeben werden (ebd.: 195f.).

Profilierung im Feld fördern

Zur Umsetzung solcher Ansprüche steht die Offene Jugendarbeit in einem Dilemma. Einerseits ist ihre Strukturierung und die Bindung zu den Jugendlichen eher gering, andererseits wird die Mittelbereitstellung durch die öffentliche Hand als prekär erlebt. Ähnlich wie in stärker strukturierten Settings (Kita oder Schule) kann es hier die Aufgabe der Gesundheitsfördernden sein, mit Beratung und Impulssetzung eine entsprechende Profilierung im Feld voranzutreiben, wobei es – ebenso wie im Bereich der Frühen Hilfen/Setting Familie – entsprechender Kooperationsvereinbarungen zwischen den Kostenträgern von SGB V (insb. Krankenkassen) und SGB VIII (Jugendämtern) bedarf.

4.5 Perspektiven des Setting-Ansatzes

Mit dem Setting-Ansatz hat die Gesundheitsförderung das wichtige Handlungsfeld der primären Prävention eindrucksvoll erschlossen und darin eine Perspektive für verhältnisbezogene Verhaltensprävention im Sinne der genannten Ressourcenkonzepte eröffnet. Eine Setting-Intervention ist jedoch eine hochkomplexe Maßnahme, die erheblicher Zeit- und Materialressourcen, einer qualifizierten Projektbegleitung und gut ausgewählter Steuerungsimpulse bedarf.

Im Bereich der Kindergesundheit und zur Bekämpfung von Kinderarmut steckt der Setting-Ansatz im Sinne einer flächendeckenden Umsetzung und nachhaltigen Verankerung jedoch sprichwörtlich noch in den Kinderschuhen. So fehlen vielen Projekten finanziell, organisatorisch oder rechtlich stabile Grundlagen („Projektitis“). Mangels Ausdauer und Qualitätsstandards orientieren sie oft auf kurzfristige Erfolge statt auf nachhaltigen Strukturaufbau. Hier fehlen (insb. kommunale) Gesamtstrategien, die gesundheitsförderliche Settings kohärent verbinden und stabilisieren. Schließlich fehlt es mitunter an kritischer Reflektion des normativen Anspruches, der sich in sein Gegenteil (im Sinne des ‚blaming the victims‘) verkehren kann, wie sich insb. bei Familien zeigt, deren Autonomie nicht untergraben werden darf. Die Unterstützung von Familien im Sinne des Setting-Ansatzes blickt daher v. a. auf das die Familien umgebende Netzwerk, weniger jedoch auf ihre normative Sollerfüllung. Doch auch dieser Ansatz ist trotz des besonders hohen Potenzials und Bedarfs wegen ungeklärter institutioneller Zuständigkeit bislang nur modellhaft und eher in anderen Förderprogrammen erprobt (Geene & Rosenbrock 2012).

Neben der primären (Familie) und sekundären Sozialisation (Kita, Schule) sollten mittelfristig auch die kinderrelevanten Bereiche der tertiären Sozialisation (Sozial-, Sport- und Freizeitangebote im Sozialraum) dazu genutzt werden, die Lebenswelten gesund zu gestalten, ohne dass das einzelne Kind eine spezielle Hürde nehmen muss. Besonders hervorzuheben ist dabei die Möglichkeit von integrierten Strategien, die gleichermaßen Kinder und Eltern einbeziehen. Eine solche Symmetrie der Sozialisationsinstanzen und -schritte ist von herausragender Bedeutung, weil Konflikte zwischen Eltern und Er-

Setting-Intervention erfordert Zeit- und Materialressourcen, qualifizierte Projektbegleitung und passende Impulse

Oft auf kurzfristige Erfolge statt nachhaltigen Strukturaufbau orientiert

Integrierte Strategien beziehen Kinder und Eltern ein

**Setting-Ansatz
braucht eine
gesundheits-
fördernde
Gesamtpolitik**

zieher/innen oder Lehrkräften immer auf dem Rücken der Kinder ausgetragen werden⁹, die dies als weitere Belastung ihrer schwierigen sozialen Situation wahrnehmen – und die umgekehrt bei einer vertrauensvollen Zusammenarbeit umso aufnahmefähiger sind.

Insgesamt verweist der Setting-Ansatz auf die Verantwortung für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik mit hohem Koordinierungs- und Vernetzungsbedarf und mithin auf die gesellschaftliche Verantwortung. Im folgenden Abschnitt wird die Frage der gesundheitlichen Chancengleichheit eingehend diskutiert, bevor entlang des aus den Kongressen zu „Armut und Gesundheit“ und der Initiative der BZgA entstandenen Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ dargestellt wird, welche Koordinierungsbemühungen auf überregionaler und kommunaler Ebene unternommen werden, um Gesundheitsförderung im Sinne des Anspruchs auf Verringerung sozialer Ungleichheit zu entwickeln.

5 Gesundheitliche Chancengleichheit

**Public Health
will gesundheit-
liche Chancen-
ungleichheit
reduzieren**

Public Health und Gesundheitsförderung sind dem Ziel verpflichtet, durch Belastungssenkung und Ressourcenstärkung soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen zu reduzieren. Sowohl niedrige Ressourcen als auch hohe Belastungen und inadäquate Inanspruchnahme von gesundheitlicher Versorgung gelten als Erklärungsfaktoren für den Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit (Mielck 2000). Die selbstverständliche Berücksichtigung dieses Faktors bei allen Maßnahmen der Gesundheitsförderung macht das Konzept so, wie es in Ottawa und den Folgekonferenzen definiert wurde, in der Umsetzung erst vollständig.

5.1 Soziale Determinanten der Gesundheit

Eine alleinerziehende Mutter mit ALG-II-Bezug verfügt über mehr Ressourcen, wenn in der Kita nicht nur eine Versorgung des Kindes als Entlastung stattfindet, sondern sie dort auch ihre Selbstwirksamkeit durch aktive Mitgestaltung des Settings Kita steigern kann und ihre mögliche Isolation durch die Förderung von Elternbekauntschaft-

⁹ Schnabel (2010: 317) spricht hier von „nicht immer, aber häufig rivalisierenden Systemwelten“.

ten und -gruppen (soziales Netzwerk) verringert werden kann. Es wird insb. hilfreich sein, wenn bei herausfordernden Klippen der Entwicklung des Kindes zwischen Schwangerschaft und Geburt, Eintritt in Kita und später beim Übergang zur Grundschule, Sekundarstufe und Berufsausbildung – den sog. Transitionen (Fthenakis 2003; Geene & Borkowski 2009) – Unterstützungsressourcen zur Verfügung stehen. Dies kann insb. durch Zusammenarbeit zwischen den Akteur/innen der verschiedenen Lebensabschnitte ermöglicht werden, z. B. durch ein professionelles Übergangsmangement zwischen Kita und Schule. Es bedarf also neben einer horizontalen Vernetzung (im jeweiligen Lebensabschnitt zwischen den verschiedenen Sektoren wie Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Arbeitsamt) auch einer vertikalen Vernetzung zwischen den einzelnen Lebensabschnitten (Holz et al. 2011; Gold & Lehmann 2012) (vgl. Abb. 1, s. o.).

Bundesweite Maßnahmen stehen dabei vor der Herausforderung, die hierfür erforderliche Vernetzung der Angebote in den Kommunen zu initiieren und zu unterstützen. Das Erklärungsmodell von Dahlgren und Whitehead (1991) benennt die sozialen Determinanten für Gesundheit. In Schalen, die sich zunehmend vom Individuum entfernen (Konstitution, Lebensstilfaktoren, direkte soziale Netzwerke, Lebens- und Arbeitsbedingungen bis hin zu allgemeinen sozio-ökonomischen, kulturellen und Umweltbedingungen), sind relevante Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen, als sog. Regenbogenmodell dargestellt (vgl. Abb. 2). Für alle Faktoren können Zuständigkeiten genannt werden. Es fängt beim Einzelnen an, geht über die Stadtteile und Kommunen (Bürgermeister/in, Jugendämter, Gesundheitsämter, Stadtentwicklung usw.) zu den Ländern (z. B. Kultusministerien) bis hin zum Bund.

Diese Einflussfaktoren für Gesundheit zeigen auf, dass es für eine umfassende Gesundheitsförderung in den Kommunen des Aufbaus einer Dienstleistungskette/einer Präventionskette¹⁰ (Holz 2010) bedarf (s. o. Abb. 1). Anzustreben ist, dass Kommunen, Länder, der Bund und die Zivilgesellschaft die Kohärenz auf kommunaler Ebene

**Erfolgreiche
Transitionen
benötigen
vertikale
Vernetzung**

**Soziale Deter-
minanten der
Gesundheit als
Regenbogen-
modell**

¹⁰ Zwar haben sich beide Begriffe fachlich weitgehend etabliert. Das Bild einer Kette wird jedoch, insb. im Gedanken an die ohnehin bestehenden Sorgen vor Maßnahmen eines Jugendamts, die die Autonomie von Familie einschränken können, auch vielfach kritisiert.

Whole-of-Society Approach der WHO

gemeinsam tragen, damit sich z. B. Schulamt, Sportamt und Sportvereine sowie Jugendamt und Jugendfreizeiteinrichtungen mit dem auf Länderebene angesiedelten Kultusministerium gemeinsam für Bewegungs- und Ressourcenförderung bei Jugendlichen engagieren. Die Wirksamkeit früher Interventionen und kommunaler integrierter Konzepte wird zunehmend belegt bis hin zu gesundheitsökonomischen Untersuchungen, die zeigen, dass die Kommune selbst finanziell profitiert (Heckman 2006; Hilgers 2012; Meier-Gräwe & Wagenknecht 2011). Als Schlussfolgerung aus dem Regenbogenmodell und zur Verwirklichung von Präventionsketten fügt es sich ein in das Rahmenkonzept des Europäischen Regionalbüros der WHO „Health 2020“ (WHO Euro 2012), in dem skizziert wird, dass sich eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik auszeichnet durch gute, Zusammenarbeit fördernde Regierungsführung (good governance) mit dem Ziel eines „Whole-of-Society Approach“ (s. o., WHO Euro 2012).

Bevor die praktische Umsetzung dieses Ansatzes in 5.3 umrissen wird, erfolgt zunächst die Darstellung von Aufbau und Entwicklung des bundesdeutschen Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“.

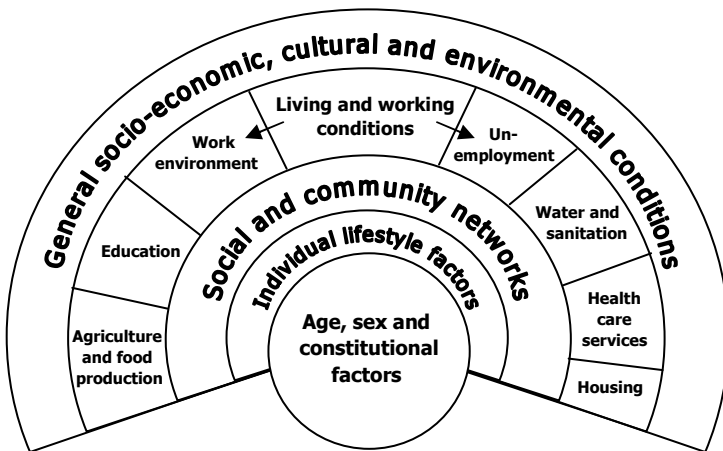


Abbildung 2: Die Hauptdeterminanten der Gesundheit
(in Anlehnung an Dahlgren & Withehead 1991: 11)

5.2 Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“

Gesundheitsförderung in Deutschland ist seit der ersten Verankerung im Gesundheitsreformgesetz 1990 (Einrichtung als SGB V) zunächst fast ein Jahrzehnt überwiegend mittelschichtorientiert (Kirschner et al. 1995). Erst mit den seit 2001 in vierjährigem Abstand erstellten Armuts- und Reichtumsberichten der Bundesregierung und der Novellierung des § 20 des SGB V (Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insb. einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen) im Jahr 2000 ändert sich dies – zumindest hinsichtlich rechtlicher Norm und öffentlicher Beachtung.

Die BZgA bündelt die bereits bestehenden Initiativen wie den seit 1995 jährlich stattfindenden Kongress „Armut und Gesundheit“ in Berlin sowie den Arbeitskreis „Armut und Gesundheit“ in Niedersachsen. Gemeinsam wird ab 2001 eine Internetplattform www.gesundheitliche-chancengleichheit.de aufgebaut, in der konkrete Praxisprojekte recherchiert werden können (Kilian et al. 2003). Aufbauend auf diese Plattform entstehen Koordinierungsstellen (Regionale Knoten) auf Länderebene und der Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“, dem 2013 inzwischen 57 Spitzenorganisationen (u. a. Spitzenverbände der Krankenkassen, der Gesundheitsförderung, der Wohlfahrt, der Kommunen, der Ärzteschaft, des Sports) angehören. Von Beginn an gilt sowohl in der Gestaltung des Kooperationsverbundes als auch in den Inhalten und Maßnahmen ein ressourcenorientierter Ansatz als Maßstab. So wird ein Beratender Arbeitskreis des Kooperationsverbundes zusammengesetzt aus allen Akteur/innen, die maßgeblich das Handlungsfeld gesundheitlicher Chancengleichheit gestalten. Sowohl Akteur/innen aus dem Wissenschaftsbereich als auch aus der Praxis (Gesundheitsförderung, ÖGD, Quartiersmanagement u. a.) sind hier vertreten (ausführlich zum Kooperationsverbund siehe Lehmann 2009).

Bereits in der eigenen Herangehensweise gestaltet sich der Interventionsansatz des Kooperationsverbundes ressourcenorientiert. Zunächst werden über eine bundesweite Erhebung bei Gesundheitsämtern und freien Trägern insb. aus den Wohlfahrtsverbänden (ins-

Novellierung verpflichtet Primärprävention auf Verminderung ungleicher Gesundheitschancen

Internetplattform bündelt Praxisprojekte

Aufbau und Arbeit des Kooperationsverbundes

**Entwicklung
von 13 Good-
Practice-
Kriterien**

gesamt 10.000 Aussendungen, Kilian et al. 2003) Projekte der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten standardisiert und recherchierbar dargestellt. In einem abgestuften Auswahlverfahren mit Feedback-Schleifen (Kommunale-, Länder- und Bundesebene) werden Good-Practice-Angebote identifiziert, ausführlich beschrieben und veröffentlicht. Hierbei kommt es zu einem regen Austauschprozess zwischen Projektmitarbeitenden in den Kommunen, den Landeskoordinierungsstellen und dem Beratenden Arbeitskreis auf Bundesebene. Wissenschaftliche Forschungserkenntnisse und konkretes Praxiswissen bilden die gemeinsame Grundlage zur Verständigung auf 13 Kriterien guter Praxis (Good-Practice-Kriterien), die im Weiteren vor Ort verbreitet und etabliert werden (Lehmann et al. 2011). Der Good-Practice-Ansatz ist inzwischen als Förderkriterium im „Leitfaden Prävention“ der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV 2010) aufgenommen. Der Kongress „Armut und Gesundheit“ in Berlin ist mit jährlich über 2.000 Teilnehmenden aus Wissenschaft, Politik und Praxis die Plattform auf Bundesebene für den direkten fachlichen Austausch des Kooperationsverbundes. Pro Jahr finden zahlreiche Veranstaltungen in allen Bundesländern statt, i. d. R. organisiert durch die Landesvereinigungen für Gesundheit.

Inhaltlich findet sich die Ressourcenorientierung der Gesundheitsförderung in Deutschland insb. in den nachstehenden Good-Practice-Kriterien Partizipation, Empowerment und Setting-Ansatz wieder (Lehmann et al. 2011: 18):

Partizipation

Es besteht ein hoher Grad an Beteiligungsmöglichkeiten für die Zielgruppe sozial Benachteiligter.

Empowerment

Es erfolgt eine Befähigung und Qualifizierung der Zielgruppe sozial Benachteiligter, die auf den Stärken und Ressourcen der Zielgruppe aufbaut.

Setting-Ansatz

Die Aktivitäten des Angebots integrieren Initiativen, die sowohl auf Gesundheits Handeln von Personen als auch auf strukturelle Änderungen abzielen und sich am Setting-Ansatz der WHO orientieren.

Für jedes Kriterium gibt es beispielgebende Good-Practice-Projekte, die über die Datenbank Gesundheitliche Chancengleichheit recherchierbar sind.

5.3 Kommunaler Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle“

Um das Erfahrungswissen möglichst bevölkerungsweit in Deutschland zu verbreiten, werden im Rahmen des Kooperationsverbundes auf der Basis von ca. 60 Good-Practice-Angeboten und einer breiten Diskussion der Akteur/innen aus Praxis und Wissenschaft Handlungsempfehlungen für ein gesundes Aufwachsen konsentiert, die mit dem Programmnamen „Kommunaler Partnerprozess Gesund aufwachsen für alle“ verbreitet werden (Gold & Lehmann 2012). Das Programm konzentriert sich auf das kommunale Setting, da hier die Lebenswelten für gesundes Aufwachsen zusammenhängend (im Sinne von „Präventionsketten“, vgl. 5.1) gestaltet werden können. Es knüpft an die Überlegungen von der Kommune als primäres Setting (vgl. 4.1) an, um die o. a. Setting-Ansätze nachhaltig zu etablieren.

Die Handlungsempfehlungen werden von den Kommunalen Spitzenverbänden unterstützt. In einem gegenseitigen Lernprozess zwischen den 11.600 Kommunen in Deutschland soll erreicht werden, dass es zu einem Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Konzepte kommt (www.inforo-online.de).

Gold und Lehmann (2012: 21f.) haben sieben übergreifende Handlungsempfehlungen formuliert (s. Tab. 2). Diese allgemeinen Handlungsempfehlungen werden konkretisiert für die verschiedenen Lebensphasen von der Schwangerschaft bis zur Berufsfindung. Zusammengefasst wird für den Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Konzepte (Präventionsketten) plädiert. Der gegenseitige Lernprozess wird unterstützt durch Regionalkonferenzen in den Bundesländern und ein Web-2.0-Angebot im Internet. Anfang 2013 sind 32 Kommunen mit Visitenkarten im Internetangebot eingestellt. Eine enge Kooperation mit der Bundesinitiative Frühe Hilfen (Paul 2012) ist eingeleitet.

„Gesund aufwachsen für alle“ im Setting Kommune

Handlungsempfehlungen

Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Konzepte

Tabelle 2: Sieben Handlungsempfehlungen (Gold & Lehmann 2012: 21f.)

1. Die Kinder und Familien sollten in allen Phasen der Prävention beteiligt werden: wenn der Präventionsbedarf erhoben wird, ebenso wie in der Planung, während des Angebots selbst und in der Auswertung. Die Ressourcen und Belastungen der Betroffenen sollten berücksichtigt und in die Prävention einbezogen werden. Partizipation ist in der Gesundheitsförderung ein wesentliches Qualitätsmerkmal in allen Lebenswelten.
2. Angebote für Kinder und Familien gibt es aus verschiedenen Ressorts: Gesundheit, Kinder- und Jugendhilfe, Bildung, Familie und Soziales. Kommunen sollten diese Angebote systematisch bündeln und weiterentwickeln. Gute und interdisziplinäre Zusammenarbeit ist eine Voraussetzung, um Zugang zu finden und die Angebote entsprechend dem Bedarf sozial benachteiligter (werdender) Eltern und Familien auszurichten.
3. Niedrigschwellige Angebote im Stadtteil, in Kitas und Schulen erleichtern Familien in schwieriger sozialer Lage den Zugang. Solche Angebote können den Aufbau sozialer Netzwerke fördern, sie verhindern die Isolation von Familien in schwieriger sozialer Lage. Die Familien machen die Erfahrung, dass sie nicht allein vor Problemen in der Erziehung oder vor anderen familiären Sorgen stehen. Soziale Netzwerke erleichtern Empowerment- und Selbsthilfeprozesse und helfen dabei, leichter Zugang zu Unterstützungsangeboten zu finden. Stadtteile mit sozialen Netzwerken entwickeln sich insgesamt familienfreundlicher.
4. Empowermentansätze können die Elternkompetenz sozial benachteiligter Mütter und Väter stärken. Das zeigen die Good-Practice-Angebote. Sie wirken dann, wenn sie an die Ressourcen der Zielgruppe anknüpfen und den Familien respektvoll und professionell begegnen.
5. Gesundheitsförderung wirkt besonders nachhaltig nach dem Settingansatz, wenn also verhaltens- und verhältnispräventive Angebote kombiniert werden und sich alle relevanten Gruppen an dauerhaften Veränderungen in den Lebenswelten beteiligen. Good-Practice-Angebote haben dieses Konzept zur Gesundheitsförderung erfolgreich in Kitas, Schulen und Stadtteilen umgesetzt. Sie unterstützen die Betroffenen in einem Verhalten, das zu besserer Gesundheit führt.
6. Um Frauen und Familien mit Migrationshintergrund zu erreichen, haben sich Multiplikatoren und Multiplikatorinnen bewährt, die zur jeweiligen (Migranten-)Community gehören und/oder ein Teil der Stadtteilstrukturen sind. Solche Konzepte sind zum Beispiel bei der Integration in den Arbeitsmarkt oder als zivilgesellschaftliches Engagement denkbar. Sie sollten im Stadtteil und gemeinsam mit lokalen Partnern angeboten werden.
7. Wenn Ehrenamtliche sich in der Gesundheitsförderung engagieren, gilt: Sie sollten dafür qualifiziert werden, ihre Arbeit sollte koordiniert und anerkannt werden.

Das Gesamtkonzept des Kommunalen Partnerprozesses „Gesund aufwachsen für alle“ hat das Potenzial, eine auf den Erklärungsmodellen von Mielck (2000) und Dahlgren und Whitehead (1991) ba-

sierende populationsweite Ressourcenstärkung insb. bei sozial Benachteiligten zu organisieren. Er sollte daher durch gesetzliche Initiativen deutlich stärker abgesichert werden, insb. durch bessere Ausstattung der Kommunen. Eine begleitende und in die kommunale Realität integrierte Forschung sollte den Prozess unterstützen.

**Kommunaler
Partnerprozess
zielt auf popu-
lationsweite
Ressourcen-
stärkung**

6 Perspektiven der Gesundheitsförderung in Deutschland

Die in Deutschland seit den 1990er Jahren wieder eingeführten Gesundheitswissenschaften/Public Health besitzen mit dem Konzept der Gesundheitsförderung durch die Ottawa-Charta von 1986 eine praktische Leitorientierung von dem defizitorientierten Ansatz der Pathogenese zum Ressourcenansatz der Salutogenese. Mit drei Kernstrategien für fünf Handlungsfelder wird eine umfassende Vision für gesundes Leben skizziert. Der politische und prozesshafte Auftrag der Gesundheitsförderung hat sich in den Ottawa-Folgekonferenzen und der Forschung in drei Richtungen geschärft. Zum einen werden durch die Analyse sozialer Determinanten die Zielgruppen und Handlungsorte deutlich herausgestellt, Gesundheitsförderung ist hier auf das Ziel fokussiert, soziale Ungleichheit zu reduzieren. Daraus abgeleitet werden eher personal bezogene Ressourcenkonzepte um die entscheidende Frage der Umweltbedingungen erweitert. Schließlich wird der Politik aufgetragen, Rahmenbedingungen für Gesundheit über eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik umfassend sicherzustellen. Mittels Programmen und Zielformulierungen soll Politik auf einen „Whole-of-Society Approach“ verpflichtet werden.

So anspruchsvoll wie diese Politikverpflichtung ist auch die konkrete Praxis der Gesundheitsförderung, die sich insb. im zweiten Handlungsfeld der Ottawa-Charta, dem Setting-Ansatz, ausdrückt. Kitas, Schulen und Jugendwelten sollen zu gesunden Lebenswelten für Kinder entwickelt werden. Diese schon an sich ambitionierten Ziele bedürfen zu einer umfassenden Verwirklichung einer starken Lobby (Anwaltschaftliche Vertretung, erste Kernstrategie) für die Familie als primäre Lebenswelt der Kinder.

Die Kommune stellt dabei das ‚Dach-Setting‘ für die Lebenswelten ‚vor Ort‘ dar. Ihre Gestaltung obliegt der regionalen Politik, die

wiederum der gezielten Unterstützung durch Landes- und Bundespolitik mit allen ihren (auch zivilgesellschaftlichen) Akteur/innen bedarf. Auch hierzu bestehen konkrete Programminitiativen wie der Kommunale Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle“, der dafür einen Handlungsrahmen liefert.

Ein Vierteljahrhundert nach Ottawa kann mithin festgestellt werden: Das ressourcenorientierte Konzept der Gesundheitsförderung hat von der zunächst abstrakten Vision in eine konkrete Handlungspraxis gefunden, getreu dem Motto: Umwege erhöhen die Ortskenntnis. Bei der Frage, ob und wie es sich nachhaltig etabliert, muss die Uhr wieder zurückgestellt werden: Damals wie heute ist es im Wesentlichen eine Frage an mutiges Engagement einzelner Stakeholder (wie Politiker/innen, Verbands- und Verwaltungsleiter/innen in Bund, Ländern und Kommunen) und v. a. an soziale und gesundheitliche Bewegungen, die bewirken können, dass aus guten Modellprojekten und umfassender wissenschaftlicher Fundierung eine breite und selbstverständliche gesellschaftliche Praxis entsteht, die auf gesunde Lebenswelten, Empowerment und Partizipation ausgerichtet ist.

**Von der Vision
zur konkreten
Handlungspraxis**

**Politische und
gesellschaftliche
Bewegungen für gesunde
Lebenswelten,
Empowerment
und Partizipation**

Literatur

- Abel, Thomas & Bruhin, Eva (2009): Health Literacy / Wissensbasierte Gesundheitskompetenz. In: BZgA (Hg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Schwabenheim: Sabo, 128-131.
- Abholz, Heinz-Harald (1989): *Gesundheitspolitik zwischen Autonomie und Steuerung*. Hamburg: Argument.
- Altgeld, Thomas; Geene, Raimund; Glaeske, Gerd et al. (2006): *Prävention und Gesundheitsförderung – Ein Programm für eine bessere Gesundheits- und Sozialpolitik*. Diskussionspapier der Friedrich Ebert-Stiftung. Bonn: FES.
- Antonovsky, Aaron (1979): *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bandura, Albert (1977/1997): *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Baric, Leo & Conrad, Günter (1999): *Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit – zur praktischen Anwendung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Bahrs, Ottomar (2010): *SPRINT – Stärker ins Leben: Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Jugendlichen*. Dokumentation der Fachtagung am 23.2.2010 in Göttingen. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.
- Bauer, Ulrich (2005): *Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung*. Wiesbaden: VS.
- Becker-Textor, Ingeborg (1994): *Kindergarten 2010. Traum – Vision – Realität* (3. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Herder.
- Bender, Doris & Lösel Friedrich (1997): Protective and risk effects of peer relations and social support on antisocial behaviour in adolescents from multi-problem milieus. In: *Journal of Adolescence* 20 (6), 661-678.
- Bengel, Jürgen; Meinder-Lücking, Frauke & Rottmann, Nina (2009): *Schutzfaktoren bei Kinder und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 35. Köln: BZgA.
- Bettge, Susanne & Ravens-Sieberer, Ulrike (2005): Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – die Bella-Studie. In: *Psychomed Zeitschrift für Psychologie und Medizin* 17 (4), 214-222.

- Bittingmayer, Uwe H. (2011): Die Speerspitze einer neuen sozialen Bewegung. Public Health und das Verhältnis von Gesundheit und Gesellschaft. In: *Dr. med. Mabuse 191*, 61-65.
- Bittingmayer, Uwe H. & Hurrelmann, Klaus (2006): Präventionsstrategien für sozial Benachteiligte. Das Beispiel der schulischen Suchtprävention und Skillförderung. In: Kirch, Wilhelm & Badura, Bernhard (Hg.): *Prävention: Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses Dresden 1. und 2. Dezember 2005*. Berlin: Springer. 173-192.
- Bittingmayer, Uwe H. & Ziegler, Holger (2012): *Public Health und das gute Leben. Der Capability-Approach als normatives Fundament interventionsbezogener Gesundheitswissenschaften?* Diskussionspapier der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin: WZB.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006): *12. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*. Drucksache 15/6014. Berlin: BMFSFJ.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2009): *13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*. Drucksache 16/12860. Berlin: BMFSFJ.
- Bourdieu, Pierre (1982): *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Brenner, Harvey (2003): Geleitwort. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm; Badura, Bernhard; Busse, Reinhardt et al. (Hg.): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen* (2. Aufl.). München: Urban & Fischer, V-VI.
- Brinkhoff, Klaus-Peter (2006): Soziale Funktionen des Fußballsports im Kindes- und Jugendalter. In: *Wechselwirkungen. Jahrbuch aus Forschung und Lehre*. Stuttgart: Universität Stuttgart, 3-10.
- Brinkhoff, Klaus-Peter & Gomolinsky, Uwe (2004): *Suchtprävention im Kinder- und Jugendsport. Theoretische Einordnung und Evaluation der Qualifizierungsinitiative „Kinder stark machen“*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 21. Köln: BZgA.
- Brinkhoff, Klaus-Peter & Sack, Hans-Gerhard (1999): *Sport und Gesundheit im Kindesalter. Der Sportverein im Bewegungsleben der Kinder*. Weinheim: Juventa.
- Büttner, Christian & Dittmann, Mara (Hg.) (1999): *Kindergartenprofile. Praxisberichte für die Ausbildung*. Weinheim: Beltz.
- BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2002): „Früh übt sich...“ *Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Dokumentation einer Expertentagung der BZgA vom 14. bis 15. Juni 2000 in Bad Honnef*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 16. Köln: BZgA.
- Czollek, Lea Carola; Perko, Gudrun & Weinbach, Heike (2009): *Lehrbuch Gender und Queer. Grundlagen, Methoden und Praxisfelder*. Weinheim: Juventa.
- Dahlgren, Göran & Whitehead, Margaret (1991): *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe*. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Faller, Gudrun (2010): *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Faltermaier, Toni (1994): *Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln*. Weinheim: Beltz.
- Frankl, Viktor E. (2005): *Der Wille zum Sinn*. Bern: Huber.
- Franzkowiak, Peter (2003): Salutogenetische Perspektive. In: BZgA (Hg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Schwabenheim: Sabo, 198-200.
- Franzkowiak, Peter & Sabo, Peter (Hg.) (1998): *Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Grundlagen-texte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentaren* (2. Aufl.). Schwabenheim: Sabo.
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus & Rönnau-Böse, Maike (2009): *Resilienz*. München: Reinhardt.
- Fthenakis, Wasilios E. (2003): Die Forderung nach Bildungsqualität. In: BMFSFJ (Hg.): *Auf den Anfang kommt es an! Perspektiven zur Weiterentwicklung des Systems der Tageseinrichtungen für Kinder in Deutschland*. Weinheim: Beltz, 65-80.
- Geene, Raimund (2000): *AIDS-Politik. Ein Krankheitsbild zwischen Medizin, Politik und Gesundheitsförderung*. Frankfurt: Mabuse.
- Geene, Raimund (2012a): 10 Jahre (kein) Präventionsgesetz – Zeit für einen neuen Anlauf zu einem Gesundheitsförderungsgesetz. Vom Scheitern des Präventionsgesetzes und der Perspektive eines Gesundheitsförderungsgesetzes. In: *Prävention* 3, 87-91.
- Geene, Raimund (2012b): Communityorientierung und Diversityansatz – Zum inneren Verständnis sozialer Ungleichheiten. In: Gold, Carola & Lehmann, Frank (Hg.): *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Gesundheitsförderung konkret, Band 17. Köln: BZgA. 164-170.
- Geene, Raimund & Borkowski, Susanne (2008): Lern- und Lebensorte von Kindern. In: Luber, Eva & Hungerland, Beatrice (Hg.): *Angewandten Kindheitswissenschaften. Eine Einführung für Studium und Praxis*. Weinheim: Juventa, 41-56.
- Geene, Raimund & Borkowski, Susanne (2009): Neue Wege in der Elementarpädagogik und die spezielle Problematik im Übergang Kindertagesstätte – Grundschule. In: Wenzel, Diana & Carle, Ursula (Hg.): *Das Kind im Blick. Eine gemeinsame Ausbildung für den Elementarbereich und die Grundschule*. Hohengehren: Schneider, 156-166.
- Geene, Raimund & Gold, Carola (2009): *Kinderarmut und Kindergesundheit*. Bern: Huber.
- Geene, Raimund; Huber, Ellis; Hundertmark-Mayser, Jutta et al. (2009): Entwicklung, Situation und Perspektiven der Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 52, 11-20.

- Geene, Raimund & Rosenbrock, Rolf (2012): Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen. In: Gold, Carola & Lehmann, Frank (Hg.): *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Gesundheitsförderung konkret, Band 17. Köln: BZgA, 46-75.
- Gerhards, Jürgen & Rössel, Jörg (2003): *Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile. Eine empirische Studie*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 20. Köln: BZgA.
- GKV-Spitzenverband (2010): *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000, in der Fassung vom 27. August 2010*. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Gold, Carola & Lehmann, Frank (2012): *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Gesundheitsförderung konkret, Band 17. Köln: BZgA.
- Heckman, James J. (2006): Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children. In: *Science* 312, 1900-1902.
- Heinrich, Siegfried; Kolbe, Martina; Schwabe, Ulrich et al. (2006): gesund leben lernen. Lebensräume gestalten – gesundes Handeln ermöglichen. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 43, 40-54.
- Hildebrandt, Helmut (1992): *Gesundheitsbewegungen in den USA*. Opladen: Leske + Budrich.
- Hilgers, Heinz (2012): *Kinderarmut und ungleich verteilte Chancen auf Gesundheit – welche Bedeutung haben kommunale Strategien?* Vortrag auf der Satellitenveranstaltung „Gesund aufwachsen für alle!“ zum 17. Kongress Armut und Gesundheit am 08.03.2012 in Berlin.
- Hobfoll, Stevan E. (1989): Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. In: *American Psychologist* 44, 513-524.
- Hobfoll, Stevan E. & Buchwald, Petra (2004): Die Theorie der Ressourcenerhaltung und das multiaxiale Copingmodell – eine innovative Stresstheorie. In: Buchwald, Petra; Schwarzer, Christine & Hobfoll Stevan E. (Hg.): *Stress gemeinsam bewältigen – Ressourcenmanagement und multi-axiales Coping*. Göttingen: Hogrefe, 11-26.
- Holz, Gerda (2010): Armutsprävention und Bildungsförderung durch Schule und Jugendhilfe. In: Fischer, Jörg & Merten, Roland (Hg.): *Armut und soziale Ausgrenzung von Kindern und Jugendlichen*. Grundlagen der Sozialen Arbeit, Band 26. Baltmannsweiler: Schneider, 25-41.
- Holz, Gerda; Schöttle, Michael & Berg, Annette (2011): *Fachliche Maßstäbe zum Auf- und Ausbau von Präventionsketten in Kommunen: Strukturansatz zur Förderung des „Aufwachsens im Wohlergehen“ für alle Kinder und Jugendliche*. Impulspapier. Monheim am Rhein.
- Hurrelmann, Klaus (2006): *Einführung in die Sozialisationsstheorie* (9. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor & Haisch, Jochen (Hg.) (2010): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (3., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Bern: Huber.
- Kickbusch, Ilona (1997): How up to Date is Health Promotion? In: Geiger, Andreas & Kreuter, Hansheinz (Hg.): *Handlungsfeld Gesundheitsförderung 10 Jahre nach Ottawa*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, 14-17.
- Kickbusch, Ilona (1999): Vorwort. In: Baric, Leo & Conrad, Günter: *Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit – zur praktischen Anwendung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, 5-6.
- Kickbusch, Ilona (2006): *Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kickbusch, Ilona & Maag, Daniela (2008): Health Literacy. In: Heggenhougen, Kris & Quah, Stella (Hg.): *International Encyclopedia of Public Health, Vol 3*. San Diego: Academic Press, 204-211.
- Kilian, Holger; Brendler, Claudia; Geene, Raimund et al. (2003): Abschlussbericht Projektphase 1: „Erhebung von Projekten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in der Bundesrepublik Deutschland“. In: BZgA (Hg.): *Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 22. Köln: BZgA, 65-118.
- Kilian, Holger; Geene, Raimund & Philippi Tanja (2004): Die Praxis der Gesundheitsförderung im Setting. In: Rosenbrock, Rolf; Bellwinkel, Michael & Schröer, Alfons (Hg.): *Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“*. Gesundheitsförderung und Selbsthilfe, Band 8. Bremerhaven: Wirtschafts-verlag NW, 151-230.
- Kirschner, Wolf; Radoschewski, Michael & Kirschner, Renate (1995): *§ 20 SGB V. Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen*. Forum Sozial- und Gesundheitspolitik, Band 6. St. Augustin: Asgard.
- Kliche, Thomas; Töppich, Jürgen & Koch, Uwe (2009): Leistungen und Bedarf von Kitas für Prävention und Gesundheitsförderung. In: Bitzer, Eva; Walter, Ulla; Lingner, Heidrun et al. (Hg.): *Kindergesundheit stärken. Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung*. Heidelberg: Springer, 252-259.
- Kliche, Thomas; Hart, Diane et al. (2010): Wie wirkt gesundheitsfördernde Schule? Effekte des Kooperationsprojekts ‚gesund leben lernen‘. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 4, 1-12.
- Kobasa, Suzanne (1979): Stressful life events, personality, and health – Inquiry into hardiness. In: *Journal of Personality and Social Psychology* 37, 1-11.

- Kolip, Petra (2009): Was bietet die Facharbeit für die Forschung? In: Helfferich, Cornelia & Köster, Monika (Hg.): *Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention*. Gesundheitsförderung konkret, Band 10. BZgA, Köln, 21-29.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2013): *Factsheet „Integrierte Kommunale Strategien als Beitrag zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit bei Kindern und Jugendlichen“*. Verfügbar unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/integrierte-kommunale-strategien [24.02.13].
- Krenz, Armin (1991): *Der „Situationsorientierte Ansatz“ im Kindergarten. Grundlagen und Praxis*. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Kuhn, Joseph; Lampert, Thomas & Ziese, Thomas (2012): Einführung ins Thema: Komplexe Interventionen – komplexe Evaluationen? In: Robert-Koch-Institut (Hg.): *Evaluationen komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme?* Berlin: RKI, 9-14.
- Laucht, Manfred (2003): Vulnerabilität und Resilienz in der Entwicklung von Kindern. In: Brisch, Karl Heinz & Hellbrügge, Theodor (Hg.): *Bindung und Trauma – Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern*. Stuttgart: Klett-Cotta, 53-71.
- Lehmann (2009): Kooperationsverbund zur Realisierung der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. In: Richter, Matthias & Hurrelmann, Klaus (Hg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2., aktualis. Aufl.). Wiesbaden: VS, 423-438.
- Lehmann, Frank; Köster, Monika, Brandes, Sven et al. (2011): *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – weiterführende Informationen* (5. Aufl.). Gesundheitsförderung konkret, Band 5. Köln: BZgA.
- Leppert, Karena; Koch, Benjamin; Brähler, Elmar et al. (2008): Die Resilienzskala (RS). Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13. In: Brähler, Elmar & Feydich, T. (Hg.): *Ressourcenorientierte Diagnostik. Klinische Diagnostik und Evaluation*. Göttingen: Vadenhock & Rupprecht, 226-243.
- Lohaus, Arnold; Jerusalem, Matthias & Klein-Heßling, Johannes (2006): *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- LVG Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (Hg.) (2007): *Audit gesunde Kita. Leitfaden zur Zertifizierung von Kindertagesstätten*. Ascherleben: LVG.
- Mahler, Halfdan (1989): „Gesundheit für alle“ – ein breitenwirksames Konzept, Anmerkungen zur Anwendung des WHO-Konzeptes auf die Bundesrepublik Deutschland. In: Badura, Bernhard; Elkeles, Thomas; Grieger, Bernd et al. (Hg.): *Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung*. Frankfurt: Mabuse, 17-23.
- McKeown, Thomas (1979): *The Role of Medicine. Dreams Mirage oder Nemesis?* Oxford: Basil Blackwell.
- Meier-Gräwe, Uta & Wagenknecht, Inga (2011): *Kosten und Nutzen Früher Hilfen. Studie im Auftrag des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen*. Köln: BZgA.
- Meier-Gräwe, Uta & Wagenknecht, Inga (2012): Frühe Hilfen sind eine Zukunftsinvestition. In: *Frühe Kindheit – die ersten sechs Jahre 14*, Sonderausgabe Frühe Hilfen – Gesundes Aufwachsen ermöglichen, 24-29.
- Metzger, Klaus & Weigl, Erich (Hg.) (2010): *Inklusion – eine Schule für alle*. Berlin: Cornelsen Scriptor.
- Mielck, Andreas (2000): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Huber.
- Mielck, Andreas (2005): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Huber.
- Mielck, Andreas; Lüngen, Markus; Siegel, Martin et al. (2012): *Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit*. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.
- Mierendorff, Johanna (2010): *Kindheit und Wohlfahrtsstaat. Entstehung, Wandel und Kontinuität des Musters moderner Kindheit*. Weinheim: Juventa.
- Milz, Helmut (1996): Die Gesundheit fördern – Trotz oder mit einer lebensbedrohenden Krankheit? In: Troschke, Jürgen von; Reschauer, Georg & Hoffmann, Axel (Hg.): *Die Bedeutung der Ottawa-Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland*. Freiburg im Breisgau: Universität Freiburg Abteilung für medizinische Soziologie, 86-103.
- Minkler, Meredith & Wallerstein, Nina (2008): Improving Health through Community Organization and Community Building: A Health Education Perspective. In: Minkler, Meredith (Hg.): *Community Organizing and Community Building for Health*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 30-52.
- Móráth, Verena (2005): *Die Trimm-Aktionen des Deutschen Sportbundes zur Bewegungs- und Sportförderung in der BRD 1970-1994*. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin: WZB.
- Müller, Petra (1994): *Gesundheitsförderung und Prävention durch den öffentlichen Gesundheitsdienst: Konzepte, Strategien und Perspektiven in Berlin*. Berlin:
- Naidoo, Jennie & Wills, Jane (2010): *Lehrbuch der Gesundheitsförderung* (überarb., aktualis. u. erw. Aufl.). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Nussbaum, Martha (1999): *Gerechtigkeit oder das gute Leben*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Nussbaum, Martha (2010): *Die Grenzen der Gerechtigkeit*. Frankfurt: Suhrkamp.
- O'Neill, Peter (1984): *Gesundheit 2000 – Krise und Hoffnung*. Dt. Fassung des WHO-Dokuments „Health 2000“. Berlin: Verlagsgesellschaft Gesundheit.

- Opper, Elke (2002): Der Sportverein als Setting für Gesundheitsförderung. In: Bundesvereinigung für Gesundheit (Hg.): *Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder*. Neuwied: Luchterhand, 1-20.
- Paul, Mechthild (2012): Was sind Frühe Hilfen? In: *Frühe Kindheit – die ersten sechs Jahre 14*, Sonderausgabe Frühe Hilfen – Gesundes Aufwachsen ermöglichen, 6-7.
- Penta, Leo Joseph & Schraml, Christiane (2009): Vom Staatsbürger zum Citoyen – Community Organizing in der Bürgergesellschaft. In: *ICEP argumente 5* (1), 1-2.
- Petermann, Franz; Stein, Iris A. & Macha, Thorsten (2006): *ET 6-6. Entwicklungstest 6 Monate bis 6 Jahre* (3., veränd. Aufl.). Frankfurt: Pearson.
- Plantz, Christina (2008): *Die Jugendfreizeiteinrichtung als gesundheitsförderndes Setting im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit*. Diplom-Arbeit. Magdeburg: Hochschule Magdeburg-Stendal.
- Pothmann, Jens & Thole, Werner (2005): Ein Blick in den Zahlenspiegel. In: Deinet, Ulrich & Sturzenhecker, Benedikt (Hg.): *Handbuch Offene Kinder- und Jugendarbeit* (3., völlig überarb. u. erw. Aufl.). Wiesbaden: VS, 344-353.
- Putnam, Robert (2001): *Gesellschaft und Gemeinsinn. Sozialkapital im internationalen Vergleich*. Gütersloh: Bertelsmann.
- Rappaport, Julian (1977): *Community Psychology: Values, Research, & Action*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Rappaport, Julian (1985): Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit – ein sozialpolitisches Konzept des Empowerment anstelle präventiver Ansätze. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 2* (17), 257-278.
- Ravens-Sieberer, Ulrike; Ellert, Ute & Erhart, Michael (2007): Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50*, 810-818.
- Richter, Ante; Holz, Gerda & Altgeld, Thomas (2004): *Gesund in allen Lebenslagen. Förderung von Gesundheitspotenzialen bei sozial benachteiligten Kindern im Elementarbereich*. Frankfurt: ISS.
- Richter, Antje & Wächter, Marcus (2009): *Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 36. Köln: BZgA.
- Richter, Horst-Eberhard (1986): *Die Chance des Gewissens. Erinnerungen und Assoziationen* (3. Aufl.). Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Rieckmann, Nina (2002): Resilienz, Widerstandsfähigkeit, Hardiness. In: Schwarzer, Ralf; Jerusalem, Matthias & Weber, Hannelore (Hg.): *Gesundheitspsychologie von A-Z: Ein Handwörterbuch*. Göttingen: Hogrefe, 462-465.
- Rodenstein, Marianne (1988): *Mehr Licht, mehr Luft: Gesundheitskonzepte im Städtebau seit 1750*. Frankfurt: Campus.
- Rosenbrock, Rolf & Gerlinger, Thomas (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung (2., vollst. überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Rössler, Gabriele & Kirch, Wilhelm (1996): Public Health – Anwalt der Bevölkerung in Sachen Gesundheit. In: *Public Health Forum 4* (12), 7-8.
- Rotter, Julian B. (1966): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs 80* (609), 1-28.
- Ruckstuhl, Brigitte (2011): *Gesundheitsförderung: Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health-Perspektive*. Weinheim: Juventa.
- Schnabel, Peter (2010): Prävention und Gesundheitsförderung in Schulen und Familien. In: Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor & Haisch, Jochen (Hg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (3., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Bern: Huber, 312-321.
- Schönwälder (2007): Diversity und Antidiskriminierungspolitik. In: Krell, Gertraude; Riedmüller, Barbara; Sieben, Barbara. et al. (Hg.): *Diversity Studies. Grundlagen und disziplinäre Ansätze*. Frankfurt: Campus, 163-178.
- Schröder, Kerstin (1997): Persönlichkeit, Ressourcen und Bewältigung. In: Schwarzer, Ralf (Hg.): *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (2., überarb. u. erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe, 319-347.
- Schumacher, Jörg (2002): Kohärenzgefühl. In: Schwarzer, Ralf; Jerusalem, Matthias & Weber, Hannelore (Hg.): *Gesundheitspsychologie von A-Z: Ein Handwörterbuch*. Göttingen: Hogrefe, 267-269.
- Schumacher, Jörg; Leppert, Karena; Gunzelmann, Thomas et al. (2005): Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personenmerkmal. In: *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 53*, 16-39.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm; Kickbusch, Ilona & Wismar, Matthias (2003): Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm; Badura, Bernhard; Busse, Reinhard et al. (Hg.): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen* (2. Aufl.). München: Urban & Fischer, 229-249.
- Schwarzer, Ralf (2002): Selbstwirksamkeitserwartung. In: Schwarzer, Ralf; Jerusalem, Matthias & Weber, Hannelore (Hg.): *Gesundheitspsychologie von A-Z: Ein Handwörterbuch*. Göttingen: Hogrefe, 521-524.
- Schwarzer, Ralf & Renner, Britta (1997): Risikoeinschätzung und Optimismus. In: Schwarzer, Ralf (Hg.): *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (2., überarb. u. erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe, 43-66.
- Sen, Amartya (2000): *Ökonomie für den Menschen. Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft*. München: Hanser.
- Siegrist, Johannes (1996): *Soziale Krisen und Gesundheit: eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben*. Göttingen: Hogrefe.

- Siegrist, Johannes & Marmot, Michael (2006): *Social Inequalities in Health. Evidence and Implications*. Oxford: Oxford University Press.
- Sommer, Dieter; Westermann-Kireg, Liesel; Klaes, Lothar et al. (2005): *Gesunde Schule. Gesundheit – Qualität – Selbstständigkeit*. Frankfurt: Mabuse.
- Spatz, Johannes (2000): Gesundheitsziele: Bürokratisierung der Gesundheitspolitik? In: Geene, Raimund & Lubert, Eva (Hg.): *Gesundheitsziele. Planung in der Gesundheitspolitik*. Frankfurt: Mabuse, 39-47.
- Speck, Karsten & Olk, Thomas (Hg.) (2010): *Forschung zur Schulsozialarbeit*. Weinheim: Juventa.
- Stark, Wolfgang (2002): Über die Schwierigkeit, sich einzumischen: Bürger/innenbeteiligung, soziale Utopien und Grundlagen einer partizipativen Politik. In: Geene, Raimund; Graubner, Sebastian; Papiess-Winkler, Ingrid et al. (Hg.): *Gesundheit – Umwelt – Stadtentwicklung: Netzwerke für Lebensqualität*. Berlin: b_books, 188-221.
- Steinbach, Dirk & Hartmann, Stephan (2007): Demografischer Wandel und organisierter Sport. Projektionen der Mitgliederentwicklung des DOSB für den Zeitraum bis 2030. In: *Sport und Gesellschaft* 4 (3), 223-242.
- Stuber, Michael (2006): Diversity Management in der Gesundheitsförderung – Zielgruppen und Zielgruppengenauigkeit im Wandel. In: Altgeld, Thomas; Bächlein, Bärbel & Deneke, Christiane (Hg.): *Diversity Management in der Gesundheitsförderung. Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen!* Frankfurt: Mabuse, 35-48.
- Stuber, Michael (2009): *Diversity. Das Potenzial-Prinzip. Ressourcen aktivieren – Zusammenarbeit gestalten*. Köln: Luchterhand.
- SVR Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2009): *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Sondergutachten. Berlin: BMG.
- Syme, Leonard (1991): *Individual and Social Determinants of Disease. Experiences and Perspectives*. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P91-205. Berlin: WZB.
- Syme, Leonard (2004): Social Determinants of Health: The Community as an Empowered Partner. In: *Preventing Chronical Diseases. Public Health Research, Practice, and Policy [serial online] 1 (1)*. Verfügbar unter http://www.cdc.gov/pcd/issues/2004/jan/03_0001.htm [24.02.13].
- Textor, Martin R. (Hg.) (2006): *Erziehungs- und Bildungspartnerschaft mit Eltern. Gemeinsam Verantwortung übernehmen*. Freiburg: Herder.
- Trojan (1996): Prävention und Gesundheitsförderung im ‚Laiensystem‘. In: Troschke, Jürgen von; Reschauer, Georg & Hoffmann-Markwald, Axel (Hg.): *Die Bedeutung der Ottawa-Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland*. Freiburg im Breisgau: Universität Freiburg Abteilung für medizinische Soziologie, 61-71.
- UN United Nations (2006/2009): *Übereinkommen über die Rechte behinderte Menschen*. Schattenübersetzung hrsg. vom Netzwerk Artikel 3 e.V. Berlin.
- UNESCO United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (1994): *Die Salamanca Erklärung und der Aktionsrahmen zur Pädagogik für besondere Bedürfnisse*. New York. Verfügbar unter <http://bidok.uibk.ac.at/library/unescosalamanca.html> [24.02.13].
- Wagnild, Gail M. & Young, Heather M. (1993): Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. In: *Journal of Nursing Measurement* 1, 165-178.
- Werner, Emmy E.; Biermann, Jessie M. & French, Fern E. (1977): *The Children of Kauai. A longitudinal study from the prenatal period to age ten*. Honolulu: University of Hawaii Press.
- WHO World Health Organization (1986/2001): Die Ottawa-Charta. In: Geene, Raimund & Denzin, Christian (Hg.): *Berlin – Gesunde Stadt? Die Diskussion um das Healthy City-Programm der WHO* (5. Aufl.). Berlin: Schmengler, 337-344.
- WHO World Health Organization; EU Europäische Union & BMG Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (1991): *Investment in Health: Gesundheitsförderung – eine Investition in die Zukunft*. Tauberbischofsheim: Francksche Nachrichten.
- WHO Euro Regionalbüro für Europa (2012): *Europäisches Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden*. Verfügbar unter <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020> [24.02.13].
- Wright, Michael T. (Hg.) (2010): *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Huber.
- Zander, Margherita (2010): *Armes Kind – starkes Kind? Die Chance der Resilienz* (3. Aufl.) Wiesbaden: VS.

Internetquellen:

- www.gesundheitliche-chancengleichheit.de [24.02.13], demnächst unter www.inforo-online.de
- www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de [24.02.13]

*Raimund Geene, Beatrice Hungerland, Manfred Liebel,
Franziska Lutzmann, Susanne Borkowski*

Subjektorientierung und Partizipation – Schlüsselbegriffe der Kindheitswissenschaften

1 Das neue Interesse an Kindheit

Eine neue Wissenschaft entsteht da, wo die alten neue Phänomene und Bedarfe nicht mehr schlüssig erklären und bedienen können, heißt es bei Kuhn (1972/2003) in seiner Erläuterung der Paradigmenwechsel in den Wissenschaften. Doch schon Kuhn wusste von den großen Beharrungskräften etablierter Berufsfelder mit ihrer Neigung zu selbstreferentiellen Bezügen, wie es später bei Niklas Luhmann (1993) heißt. Allzu oft dominieren die jeweiligen berufsständischen Interessen, die eher auf die Art der Leistungserbringung und -honorierung abzielen, weniger jedoch auf die jeweiligen Nutzer/innen, Kund/innen oder Klient/innen. Diese Form der Anbieter- statt Nutzerorientierung ist eine in vielen Berufs- und Wissenschaftsfeldern zu beobachtende Erscheinung (Bauer et al. 2006). Im Idealmodell der sozialen Marktwirtschaft wird dem mit einer stärkeren Marktorientierung begegnet, um den Wert des Produktes oder der Dienstleistung abgestuft zu gewichten.

Für den sozialen Sektor ist eine solche Art der Marktorientierung jedoch weitgehend ungeeignet, weil hier Personengruppen betroffen sind, die aufgrund ihrer gesellschaftlichen und ökonomischen Marginalisierung (z. B. Migrant/innen) oder der die Zielgruppe konstituierenden Belastungen (z. B. Patient/innen) nur über eingeschränkten Marktzugang verfügen (Ahrens 2007). Bislang auch von der Wissenschaft wenig beachtet, betrifft dies Kinder ganz besonders, die einerseits wegen ihrer zunehmenden Marginalisierung im Zuge des demografischen Wandels – immer weniger Geburten – und andererseits durch ihre stark eingeschränkten Teilhabemöglichkeiten in der Gesellschaft, aktuell verstärkt durch die wachsende Kinderarmut, besonders benachteiligt sind und werden (Roth & Olk 2007; Mierendorff 2010: 28).

In diesem Sinne ist die Entwicklung einer neuen Fachdisziplin für Kindheitswissenschaften eine ethische Frage der (Generationen-) Gerechtigkeit. Darüber hinaus ist es aber auch eine Anforderung des

**Paradigmen-
wechsel und
neue Wissen-
schaften**

**Anbieter-
statt Nutzer-
orientierung**

**Marginali-
sierung von
Kindern**

**(Generationen-)
Gerechtigkeit
und gesell-
schaftlicher
Wandel**

gesellschaftlichen Strukturwandels. Das mehrgliedrige Schulsystem konnte so lange greifen, wie der Arbeitsmarkt in den verschiedenen Handlungsfeldern Segmentierungen für manuelle Tätigkeiten anbot und entsprechend den Abgänger/innen der verschiedenen Schulformen spezifische Produktionsbereiche zuordnen konnte. Mit dem Niedergang der landwirtschaftlichen Produktion, der Ausbreitung der arbeitsteiligen und hochautomatisierten Spätindustrialisierung und auf der anderen Seite der sich zunehmend ausdifferenzierenden Dienstleistungsgesellschaft werden neue Anforderungen an künftige Arbeitskräfte formuliert: Hier geht es um Förderung eines sog. ‚Humankapitals‘ durch frühzeitiges und lebenslanges Lernen und hohe Bewältigungskompetenzen, ‚Life skills‘ und Abstraktionsfähigkeiten für gutgelaunte, ressourcenstarke Arbeitskräfte von morgen.

**Spannungs-
verhältnis von
Kindheit als
Schutzraum
vs. Kinder als
eigenständige
Subjekte**

Im Spannungsverhältnis zwischen Kindheit als Schutzraum oder auch als Zeitspanne der Sozialisation einerseits, und andererseits einer Wahrnehmung von Kindern als eigenständige, einzigartige und autonome Subjekte (wie es in den elementarpädagogischen Bildungsplänen beschrieben wird, vgl. Textor 2006, Bock-Famulla & Große-Wöhrmann 2010, siehe auch Borkowski & Schmitt, in diesem Band) bewegen sich die Childhood Studies als neues Wissenschaftsgebiet. In der angelsächsischen Diskussion wird hier, in Anlehnung an die UN-Kinderrechtskonvention, von einem Dreiklang von Protection, Provision und Participation gesprochen (Liebel 2007: 61). Die Anforderungen und Potenziale dieser Spannungsverhältnisse wissenschaftlich einzugrenzen und zu fundieren, steckt in Deutschland noch in den Anfängen.

**Dreiklang von
Protection,
Provision und
Participation**

2 Skandalisierung vermeintlicher kindlicher und familiärer ‚Fehlentwicklungen‘ und ‚Überforderungen‘

**Diskurse
über Kindheit**

Kinder als Armutsrisiko oder Karrierehindernis, Übergewicht von Kindern durch Bewegungsmangel in der autogerechten Stadt, Probleme von Gewalt und Vernachlässigung oder auch die Bildungsmisere sind einige der Schlagworte des aktuellen gesellschaftlichen Diskurses zu Kindheit. Geführt werden die Debatten nicht nur in den kleiner werdenden Kreisen der Eltern und Familien, sondern auch

darüber hinaus, sind sie doch auch im Gesamtinteresse der mutmaßlich „kinderentwöhnten Gesellschaft“ (Schirmmacher 2006), die sich durch den demografischen Wandel – auch hinsichtlich künftiger Altersabsicherung – bedroht sieht. Mit Maßnahmen wie dem Elterngeld¹, dem Ausbau Früher Hilfen, besserer Kleinkindbetreuung und Bildungsförderung schon im Vorschulalter soll die Lage von Kindern und Eltern verbessert werden. Ob dies jedoch Wirkung zeigt, kann aus der Perspektive einzelner Fachdisziplinen wie der Pädagogik, Pädiatrie oder Psychologie mit ihren jeweils eigenen, selbstreferentiellen Logiken bislang nur bedingt beantwortet werden. Doch wie steht es um die Selbstwahrnehmung der Eltern und insb. der Kinder? Welche Interessen verfolgen sie? Welche Schwerpunkte setzen sie?

Fragen nach der Selbstwahrnehmung und Interessen von Eltern und Kindern

Schon im Ansatz zeigt sich, dass eine gebündelte Perspektive zu dieser Frage nicht nur fehlt, ihr wird sogar implizit die Berechtigung abgesprochen. Denn wie alle Fachdisziplinen ihren eigenen Gesetzen folgen, so sehen sich auch die kindheitsbezogenen jeweils selbst als Maßstab. Pädagogische, psychologische oder pädiatrische Vorgaben werden als Parameter der Beschreibung des Zustandes der Kinder und Jugendlichen genommen. Kinder werden dabei noch immer kaum als eigenständige Personen wahrgenommen, sondern als zu betreuende. Solch wohlmeinender Paternalismus übersieht aber die Vielfalt kindlicher Sozialisationsprozesse und die unterschiedlichen Möglichkeiten, sich dieser zu stellen. Sie geht aus von einem eher mittelständischen Blick, der die subjektiven Rationalismen von Kindern oder auch Eltern, gerade in sozial benachteiligten Lebenslagen, oft nicht zu verstehen mag.

Kindheitsbezogene Disziplinen setzen sich selbst als Maßstab

Wohlmeinender Paternalismus

Dabei stößt diese Wahrnehmung auf ein besonderes Paradox: Gerade die Mittel- und Oberschichten, die die (ver)öffentlich(t)e Mei-

¹ Das 2007 eingeführte Elterngeld verbessert weitgehend nur die Lage von besser gestellten Eltern: Empfänger/innen von Transferbezug (Arbeitslosengeld II), die vor 2007 insgesamt drei Jahre ein monatliches Erziehungsgeld von 300 € erhielten, haben diese 300 € unter dem neuen Label ‚Elterngeld‘ zunächst nur noch ein Jahr bzw. max. 14 Monate bekommen. Durch die Anrechnung dieses Betrages auf die Transfermittel seit 2011 muss nun eine vollständige Streichung des Erziehungs- bzw. Elterngeldes für sozial schlechter gestellte Eltern konstatiert werden.

**Mittel- und
Oberschichten
prägen
Kindbild und
Anforderungen**

nung repräsentieren, leiden unter „Kinderentwöhnung“. Doch gleichzeitig prägen sie die Bilder wie die Anforderungen einer Kindheit, die sich in ihren eigenen Lebenswelten nur noch wenig wiederfinden. Sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen, die weiterhin Kinder bekommen und dies in fast unveränderter Anzahl, wird das bildungsbürgerliche Kindheitsbild übergestülpt. Diese Diskrepanz zwischen erlebter Realität und bürgerlichem Anspruch setzt nicht nur die sozial benachteiligten Eltern, sondern auch die Kinder unter enorme Spannung und ist im Ergebnis kaum auflösbar (Geene 2010: 32f.). Schnabel (2010: 317) spricht hier von „nicht immer, aber häufig rivalisierenden Systemwelten“.

3 Childhood Studies

**Empatie,
Partizipation,
Empowerment**

In der professionellen Arbeit mit und für Kinder(n) ist aber schon nach den grundsätzlichen gesetzlichen Vorschriften des Kinder- und Jugendhilferechts (SGB VIII) ein empathisches, Partizipation und Empowerment förderndes Konzept als fachlicher Anspruch der Förderung des Kinder- und Elternwohls formuliert.

**Aktive Inte-
gration in Teil-
habeprozesse
statt nach-
sorgender
Unterstützung
Einzelner**

Ausgehend von einem solchen modernen Verständnis sozialpädagogischer Arbeit (vgl. auch Namuth et al., in diesem Band) haben sich bereits in den 1980er Jahren an Hochschulen in Skandinavien, Großbritannien, Kanada und Australien sog. Childhood Studies etabliert (Soldanski 2008: 152f.). Sie knüpfen daran an, dass sich die Schulen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik in diesen Ländern in Richtung Case-Management entwickelt haben, in dem nicht die nachsorgende Unterstützung des Einzelnen im Vordergrund steht, sondern die aktive Integration in Teilhabeprozesse. Seit den 1970er Jahren gehen Childhood Studies der Frage nach der gesellschaftlichen Positionierung von Kindern und dem gegenwärtigen Wandel von Kindheit nach. Damit unterscheiden sie sich von den klassischen kinderbezogenen Fachdisziplinen, welche die individuellen Entwicklungswege von Kindern in den Blick nehmen. Auf internationaler Ebene ist hier seither eine Vielzahl methodologischer Zugänge, theoretischer Ansätze, Forschungsfelder und empirischer Befunde hervorgegangen, in deren Zentrum die Gestaltung des Erwachsenen-Kind-Verhältnisses steht (vgl. Honig 2009).

Die bundesdeutsche Adaption in Form der „Angewandten Kindheitswissenschaften“ (Applied Childhood Studies) wendet ein solches Sozialmanagement-Konzept für kindliche Lebenswelten inzwischen auch in Deutschland an. Kindheitswissenschaften stellen einen neuartigen akademischen wie praktischen Zugang dar. Sie sind als Anwendungsdisziplin quer zu den bekannten Fächern zu verstehen, wobei sie eine soziologische Auffassung von Kindheit in den Mittelpunkt ihrer Betrachtung stellen. Danach wird Kindheit weniger als biologische Tatsache angesehen, die an den Organismus eines Individuums geknüpft ist, und es geht auch weniger um das einzelne Kind. Vielmehr wird Kindheit als kultureller, sozial geformter Begriff verstanden und der Fokus der Untersuchungen ist auf die soziale Gruppe der Kinder und ihre spezifischen gesellschaftlichen Bedingungen gerichtet (Hungerland & Luber 2008: 9). Bestimmungsfaktoren sind die jeweiligen „rechtlichen, institutionellen, ökonomischen, kulturellen, räumlichen und zeitlichen Bedingungen“ (ebd.) rund um Kindheit, die unter dem Aspekt ihrer sozialen Konstruiertheit betrachtet werden. Normativ zielen die Kindheitswissenschaften darauf ab, die gewonnenen Erkenntnisse zu nutzen, um kindliche Lebenswelten „aus diesem Wissen heraus positiv zu gestalten, Handlungsoptionen zu entwickeln und in Wissenschaft und Praxis zu implementieren“ (ebd.).

Verständnis von Kindheit als kulturell und sozial geformt

Positive Gestaltung kindlicher Lebenswelten, Entwicklung und Implementation von Handlungsoptionen

4 Entwicklung der Kindheitswissenschaften in Deutschland

Das wissenschaftliche Interesse an Kindheit und Jugend lässt sich bis ins 18. Jh. verfolgen, als Jean Jacques Rousseau in seinem autobiografischen Erziehungsroman „Émile“ erstmals Kindheit und Jugend als eigenständige Lebensphase beschreibt (vgl. Borkowski et al., in diesem Band). In der Folge wird die Beobachtung des individuellen Lebenslaufs und der Entwicklung Heranwachsender zu einem grundlegenden Bestandteil der Pädagogik. In den 1920er Jahren kann sich die wissenschaftliche Kindheits- und Jugendforschung institutionell konsolidieren und Beiträge für die Psychologie und die Pädagogik liefern (Krüger & Grunert 2002: 12). Vor allem in der Zeit zwischen den Weltkriegen liegt der Fokus der theoretischen Ansätze auf der

Wissenschaftliches Interesse an Kindheit ab 18. Jh. bis zum 2. Weltkrieg

entwicklungspsychologischen Dimension des Kindes- und Jugendalters: Entwicklung wird nun als ein naturwüchsiger, an den Organismus geknüpfter Prozess begriffen, und es gilt dessen Regelhaftigkeit zu erforschen und zu verstehen (ebd.: 13; siehe auch Mey, in diesem Band).

**Trennung von
Kindheits-
und Jugend-
forschung
nach 1945**

Nach 1945 trennen sich die bis dahin weitgehend gemeinsam bearbeiteten Felder der Kindheits- und Jugendforschung. Die Jugend stellt sich nicht nur im Nachkriegsdeutschland, sondern auch international (Mehner 1976) als eine soziale Gruppe dar, die von den gesellschaftlichen Umbrüchen und Werteveränderungen besonders betroffen scheint (ebd.). Sie wird bis in die 1970er Jahre hinein schwerpunktmäßig von der Jugendsoziologie analysiert, welche gesellschaftliche und politische Zusammenhänge in den Mittelpunkt ihrer Betrachtungen stellt (siehe auch Kloss et al., in diesem Band).

**Reifungs-
und Stufen-
modelle**

Eine analoge Auseinandersetzung mit der Lebensphase der Kindheit gibt es eher im Bereich der Entwicklungspsychologie sowie der Pädiatrie mit der Orientierung auf altersspezifische Niveaus und Normen (siehe auch Mey sowie Geene, Höppner & Lubert, in diesem Band). Reifungs- und Stufenmodelle, wie sie bspw. von Jean Piaget formuliert werden, bestimmen die wissenschaftliche Beschäftigung mit Kindern. Es dominiert eine Vorstellung der systematischen Abfolgen geistiger wie körperlicher Entwicklungen mit einem reduktionistischen Blick: Hier wird die Absolvierung einer Entwicklungsstufe als Grundlage für die Bearbeitung der jeweils nächsten Bewältigungsaufgabe gesehen (Hungerland & Lubert 2008: 11). Gerade der pädiatrische Blick rückt die biologischen und/oder sozialen Risiken in den Vordergrund, die als „Entwicklungsrückstände“ diagnostiziert werden und über die Risikoorientierung die Idee der Verletzlichkeit und Anfälligkeit von Kindern verstärkt (Suchodoletz 2005).

**„Verinselung“
zu eigenen
„Kinderwelten“**

Das hier anknüpfende Bild einer besonderen kindlichen „Schutznotwendigkeit“ (ebd.) und der Separierung von einer ‚Erwachsenen-Welt‘ führt zu den praktischen Konsequenzen der kindlichen Ausgrenzung und Marginalisierung, die in der Kindheits- und Familiensoziologie heute als „Verinselung“ (Zeher & Zeher 1994: 17ff.; Diel 2002: 139) oder als Verweis in eigene „Kinderwelten“ (Hengst & Zeher 2005: 9) analysiert werden.

Die Kritik an dieser Dominanz der Pädiatrie und der Entwicklungspsychologie, die Kinder zuvorderst als zukünftige Erwachsene sieht, führt in den 1980er Jahren zur Neuorientierung der Kindheitsforschung („Neue Kindheitsforschung“, siehe Kloss et al., in diesem Band), die insb. von der „Neuen Soziologie der Kindheit“ theoretisch vorangetrieben und konzeptionalisiert werden konnte (ebd.). In dieser Konzeption sind neben der generationalen Ordnung, die den strukturellen Charakter von Alterszugehörigkeit thematisiert, die „agency“, also die Möglichkeit von Kindern als Akteure handeln zu können und wahrgenommen zu werden, als Schlüsselbegriffe zu nennen. Vor allem letzter findet seinen Ausdruck in der Diskussion um ‚Subjektorientierung‘ und ‚Partizipation‘, die im Folgenden dargestellt und diskutiert wird.

Kinder als zukünftige Erwachsene?

Subjektorientierung und Partizipation

5 Subjektorientierung

Subjektorientierung als wissenschaftliches Konzept, wie es in der Neuen Soziologie der Kindheit und später folgend in den Kindheitswissenschaften verwandt und diskutiert wird, betrachtet Kindheit weder unter dem Blickwinkel der Sozialisationsinstanzen noch aus der Logik der einzelnen kindbezogenen wissenschaftlichen Disziplinen. Thema ist also nicht, wie ein Kind möglichst gut lernt, sich psychisch, sozial und körperlich gut entwickelt oder Kinderkrankheiten vermeidet. Kindheit wird vielmehr als eigene Entität verstanden, eingebettet in gesellschaftliche Normen und Zusammenhänge. Kinder sind nämlich nicht nur Zukunft, sondern auch Gegenwart, oder, wie es die Kindheitssoziologie ausdrückt: nicht nur Werdende („Becomings“), sondern Seiende („Beings“) (Qvortrup 1994, Uprichard 2008). Das Hier und Jetzt von Kindheit zu erkennen und damit Anforderungen und Bedürfnisse von Kindern anzuerkennen, ist die zentrale Prämisse kindheitswissenschaftlicher Subjektorientierung.

Nicht nur Werdende (Becomings), sondern Seiende (Beings)

Anerkennung des Hier und Jetzt von Kindheit

Was zunächst eher banal klingt – natürlich sind Kinder nicht nur Zukünftige! – zeigt sich bei einer genauen Betrachtung und theoretischen Durchdringung dieses Anspruches nahezu als Unmöglichkeit: Tatsächlich besteht kein eigenständiges, unabhängiges Bild von Kindheit. Auch Kinder selbst besitzen kaum eigene Wörter für ihr

Kinder haben kaum eigene Wörter für ihr Eigenleben, keine Möglichkeit der Übersetzung in wahrnehmbare Außenwirkung

Eigenleben, und wenn, dann verfügen sie nicht über die Möglichkeit der ‚Übersetzung‘ in eine wahrnehmbare Außenwirkung. Ein eindrucksvolles Beispiel liefert eine Beobachtung eines Streetball-Spiels in New York des Sozialforschers und Wissenschaftsjournalisten George Dennison (1969), die Brinkhoff und Sack (1999: 50f.) für ihre sportsoziologischen Studien ins Deutsche übersetzt haben:

„Sie sind laut und langatmig und auch pedantisch. Was dem Beobachter wie ein unartikuliertes Schreien erscheint, [...] ist, wenn man genauer hinhört, eine Summe sehr fein differenzierter sprachlicher Mitteilungen [...]. Zwischen dem Punkte-machen werfen sich die Kinder ins Gras, machen Handstände, ringen miteinander, werfen Steine und rufen den vorüberfliegenden Vögeln nach. Fast immer ist ein Hund auf dem Spielfeld. Er ist in das Spiel mit eingeschlossen.

Alle Erlebnisse werden während des Spiels gesammelt, alle werden wahrgenommen, und es wird von ihnen Gebrauch gemacht. Das Spiel geht bis zum Einbruch der Dunkelheit, Gewinner und Verlierer sind kaum zu unterscheiden.“

Dieser Be- oder eher Umschreibung einer kindlich-jugendlichen Spielwelt fehlt es offenbar an Ausdrucksmöglichkeiten über eine auch Tiere einbeziehende Gedanken- und Kommunikationswelt. Es ist davon auszugehen, dass auch die beteiligten Kinder selbst kaum in der Lage wären, ihr Spiel im Sinne von zu beschreibenden Handlungen, einer Chronologie oder gar zu benennender Sinnzusammenhänge zu verbalisieren – so wie es Erwachsenen angemessen erschiene.

Kinder nehmen eigene Interessen meist nur in der Abgrenzung wahr

Kindliche Eigenartikulation wird, wenn überhaupt, eher über Protestverhalten wahrgenommen, insb. wenn Kinder sich ungerecht behandelt fühlen. Aber auch hier fehlt ihnen in der Kommunikation untereinander, aber besonders mit Erwachsenen die artikulierbare Vorstellung davon, was ihre eigenen Interessen sein könnten. Sie nehmen diese weitgehend nur in der Abgrenzung wahr – z. B. Gerechtigkeit gegenüber Ungerechtigkeit (zur Frage des ‚Gerechtigkeitssinns‘ von Kindern vgl. Liebel 2013).

Kindern werden häufig Konsummuster oktroyiert und als eigene Interessen suggeriert

Häufig werden Kindern Konsummuster oktroyiert und als eigene Interessen suggeriert: Süßigkeiten essen und hüpfen z. B., Fernseh-gucken oder Internetspiele sind gängige Klischees. Dahinter stecken einerseits physiognomische Anforderungen wie Zuckerkonsum als schnelle Energieaufnahme eines kleinen und noch weniger ausgeglichenen Körpers, Hüpfen und Bewegung als embryonale Nachempfindung und Austarierung einer noch nicht zusammen gewachsenen

Fontanelle, andererseits Modernisierungsanforderungen im Sozialisationsprozess: In TV-Serien, Werbung und Computerspielen erwerben Kinder in Schnelle eine Vielzahl von Informationen, die sie benötigen, um eine hochkomplexe Welt zu verstehen, in die sie hineinwachsen und die sie nur unvollständig durch Abgrenzungen einzuteilen vermögen (Geene et al. 2011: 11f.). Deutlich wird dabei jedoch auch wieder die dominierende Denkweise von stufenspezifischen Bewältigungsanforderungen im Sozialisationsverlauf.

Dominierende Denkweise von stufenspezifischen Bewältigungsanforderungen

Kinderbedarfe und -bedürfnisse im gesellschaftlichen Kontext sind eben ausgesprochen schwierig zu verstehen, nicht nur für Erwachsene, auch für Kinder selbst. Bedarfe und Bedürfnisse sind vielfältig, mischen sich mit Problematiken (beim Medienkonsum bspw. mit mangelndem Selbstwertgefühl und folgendem Suchtverhalten) und sind keinesfalls eindimensional verstehbar.

Eine Konstante ist jedoch die Ungleichzeitigkeit der Wahrnehmungen zwischen Kindern und Erwachsenen. Seit Menschengedenken zeigt sich hier ein Argwohn der vorangegangenen Generationen gegenüber der nächsten: Schon die Einführung der Schriftzeichen auf Tonscherben ist der Überlieferung nach vom Klagen der Altvorderen über den Verlust der traditionellen Erzählkunst bei der Jugend begleitet. Dies längst vergessend, wird in Schriften der griechischen Antike auf die unnütze und faule Jugend verwiesen. Bis vor 200 Jahren gilt das Lesen in weiten Teilen der Bevölkerung als verwerflich, dazu geeignet, Kinder zu Bosheit und Verwegenheit anzustiften. Wird heute mühsam versucht, Kindern Hörspiele nahezubringen, so gelten diese noch zwei Generationen zuvor, in der Kindheit der Großeltern, als stumpfsinnige neue Mode mit negativen Auswirkungen auf Vorstellungskraft und Konzentration (ebd.).

Ungleichzeitige Wahrnehmung

In der „Geschichte der Kindheit“ hat Philippe Ariès (1960/2007) erstmals beschrieben, wie unsere Begrifflichkeit von Kindheit abhängig ist von sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen, ausgehend davon, dass das Mittelalter eine Abgrenzung von Erwachsenen und Kindheit nicht kennt und erst später als soziales Phänomen in Form von allmählicher Wahrnehmung kindlicher Besonderheiten entsteht, die schließlich dazu führt, dass Kinder aus der Gesellschaft der Erwachsenen herausgenommen und in einen eigenen Vorbereitungs- und Schonraum gestellt werden. Dieser sieht vor, dass Kinder

Sozial konstruierter Kindheitsbegriff

Kindheit als Vorbereitungs- und Schonraum

Studien zur Gedankenwelt arbeitender Kinder

vor den vermeintlichen ‚Härten‘ der Erwachsenenwelt geschützt werden müssen – auch wenn sie das selbst längst nicht immer wollen. Dies zeigen z. B. die Studien zur Gedankenwelt arbeitender Kinder in Lateinamerika, die ihre Arbeit – die in unserem ‚westlichen Blick‘ v. a. als inhumane Ausbeutung gilt – eher als substantiellen Beitrag zu eigener Teilhabe und Selbstverwirklichung verstehen (Liebel 2001).

Kindheitswissenschaften als Anwält/innen der Kinder

Kindheitswissenschaften verstehen sich in dem Sinne als Anwält/innen der Kinder (Advocacy-Ansatz). Doch was wollen Kinder selbst? Schon die oben genannten Beispiele belegen die Relativität. Will man diesem nun möglichst umfassend Rechnung tragen, bietet die Subjektorientierung hier einen konzeptionellen Rahmen.

Alltagsrealität von Kindern und ihre subjektiven Empfindungen

Im Rahmen der Neuen Kindheitsforschung ist dieser Zugang expliziert worden als Beschreibung eigener und alltagsorientierter Sichtweisen von Kindern und Jugendlichen (Hungerland 2008: 72f.). Die Subjektorientierung versucht, die gesellschaftlichen Bedingtheiten der Wahrnehmung bewusst zu machen, aber eben nicht bei dieser strukturellen „Objektsicht“ – das Kind als Opfer seiner Lebensverhältnisse – stehen zu bleiben, sondern Alltagsrealität von Kindern und ihre subjektiven Empfindungen und Bewertungen zur Sprache zu bringen und zu verstärken.

Multiperspektive in emanzipatorischer Haltung als Kind der Kritischen Theorie

Die Kindheitswissenschaften sehen sich dieser Subjektperspektive verpflichtet. Ganz in Folge der Kritischen Theorie verstehen sie sich als Multiperspektive in emanzipatorischer Haltung, die Kinder als eigenständige Subjekte und in kritischer Distanz gegenüber voreingenommenen, normierenden Vorstellungen von Kindheit sieht. Ein Beispiel dafür ist die regelmäßig durchgeführte Kinder-Uni in Stendal² als Forschungs- und Anwendungsfeld für eine subjektorientierte Forschung und Praxis. Diese veränderte Sichtweise ist ausgesprochen schwer zu vermitteln, weil sie einer tief verwurzelten Kind-

² Professor/innen der Hochschule Magdeburg-Stendal halten jeweils am letzten Freitag (für Schulklassen) und Samstag (öffentliche Kinder-Uni) im Monat zwei je ca. halbstündige Vorlesungen für 8- bis 12-jährige Kinder. Neben der gezielten Ansprache von Sekundarschüler/innen orientiert die Kinder-Uni auch auf eigene Artikulation von Kindern durch Abstimmungen, Workshops und Kreativaktivitäten zu Themen wie Kinderrechten, Kindermedien oder kindergerechte Stadt.

heitszuschreibung entgegen steht, die sich im Alltag der Kinder laufend reproduziert – in der Schule, in der Freizeitgestaltung und auch im Eltern-Kind-Verhältnis (Geene et al. 2011: 13).

6 Partizipation

Partizipation steht für Teilhabe, Teilnahme und Beteiligung in Entscheidungs- und Gestaltungsprozessen des täglichen Lebens jedes Einzelnen. Für Kinder und Jugendliche ist diese Art der Selbst- und Mitbestimmung von hoher Bedeutung, sie haben Anspruch und ein Recht auf Partizipation. In der 1992 bzw. vollständig 2010 von der BRD ratifizierte UN-Kinderrechtskonvention³ ist der Anspruch auf Partizipation u. a. in den Beteiligungsrechten gemäß Artikel 12 und 13 festgeschrieben. So sichert Artikel 12 die „*Berücksichtigung des Kindeswillens*“, die Meinungsbildung und die freie Äußerung in allen das „*Kind berührenden Angelegenheiten*“. Präzisiert wird dies in Artikel 13, in dem die Vertragsstaaten jedem Kind „*Meinungs- und Informationsfreiheit*“ zusichern (Maywald 2010).

Einen rechtlichen Anspruch auf Partizipation sieht auch das schon 1990 in Kraft getretene Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) vor. Danach hat jeder junge Mensch ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen Persönlichkeit (§ 1 SGB VIII). Es wird dazu angehalten, Kinder und Jugendliche entsprechend ihres Entwicklungsstandes an Entscheidungen der Jugendhilfe zu beteiligen (§ 8 SGB VIII). Die gesetzlichen Verankerungen von Partizipation stellen dadurch eine Verbindlichkeit im Handeln und Zusammenleben mit Kindern und Jugendlichen dar.

In einer neunstufigen Partizipationsleiter ließe sich Beteiligung folgendermaßen kategorisieren: Sie reicht von Formen der nur scheinpartizipativen, instrumentellen Fremdbestimmung, Dekoration und Alibiteilnahme über Formen der Teilhabe und der Informierung bis zu realen Mitwirkungsmöglichkeiten, Mitbestimmung und wirklicher Selbstbestimmung (vgl. Schröder 1995: 55):

**Teilhabe,
Teilnahme und
Beteiligung**

**Hohe Bedeutung
von Partizipation
für Kinder,
Recht auf
Partizipation**

**Neunstufige
Partizipations-
leiter**

³ Die vollständige Ratifizierung erfolgt erst 2010 durch die Bundesregierung nach Zustimmung des Bundesrates, der zuvor Vorbehalte geltend gemacht hatte.

1. Fremdbestimmung (keine Kenntnis der Ziele, Aktion wird nicht verstanden)
2. Dekoration (Mitwirkung, ohne genau zu wissen, worum es geht)
3. Alibiteilnahme (Teilnahme mit einem scheinbaren Mitspracherecht)
4. Teilhabe (über die Teilnahme hinaus bietet sich eine mögliche sporadische Beteiligung)
5. Zugewiesen, aber informiert (Teilnahme an einem von außen vorbereiteten Projekt, über dessen Inhalt und Ziele man genau informiert ist)
6. Mitwirkung (indirekte Einflussnahme durch Meinungsäußerung, aber kein Entscheidungsrecht)
7. Mitbestimmung (Initiative von Erwachsenen, aber Beteiligungsrecht an allen Entscheidungen)
8. Selbstbestimmung (von Kindern selbst initiiert, aber Gestaltung von Erwachsenen unterstützt)
9. Selbstverwaltung (völlige Entscheidungsfreiheit; es liegt im eigenen Belieben, Erwachsene hinzuzuziehen)

**Verschiedene
Anwendungen
und Interpretationen der
Stufenleiter**

Die Partizipationsleiter ist eine Modifikation der von der amerikanischen Stadtsoziologin Sherry Arnstein (1969) vorgeschlagenen Stufenleiter für Bürgerbeteiligung, die Alf Trojan (1988) als Modell für Selbsthilfe, Roger Hart (2002) für Kinder- und Jugendbeteiligung und zuletzt Michael Wright und Kolleginnen (2010) für Partizipation in der Gesundheitsförderung modifiziert haben. Auch wenn diese Stufenleiter keinesfalls als feststehende Beurteilungskategorie⁴ verwendet werden kann – intendiert ist nicht pauschal die höchste, sondern die jeweils höchst mögliche Form der Partizipation – so zeigt sich bei ihrer Verwendung in der Kinder- und Jugendbeteiligung ein Kindbild, das Kinder als Subjekte und Akteure ihrer eigenen Umwelt wahrnimmt (siehe 5. Subjektorientierung; siehe auch Borkowski & Schmitt, in diesem Band). Beteiligungsmöglichkeiten und Ernstgenommen-Werden können als Selbstwirksamkeitserfahrung erlebt werden und dadurch die psychosoziale Entwicklung stabilisieren, so die entsprechende Annahme (Roth & Olk 2007).

Doch analog zur Aneignungsproblematik eines subjektorientierten (Selbst-)Bildes wird auch Partizipation von Kindern und Jugendlichen überwiegend als politisch-pädagogisches Konzept, mithin als weiterer potenziell langweiliger ‚Lehrinhalt‘ verstanden (Moser

⁴ Forster (2009) lehnt die Verwendung der Partizipationsleiter sogar grundsätzlich ab, weil sie als Maßstab die Kontextbezogenheit nicht systematisch erfassen könne. Weil sie mithin analytisch unbrauchbar sei, könne sie ihm zufolge sogar einer Funktionalisierung Vorschub leisten.

2010). In diesem Sinne fordern Sahrai et al. (2012) eine Verknüpfung von Partizipation und politischer Bildung, Pech (2008: 106) sieht Partizipation sogar als „Strukturprinzip von Bildungsprozessen“. Unter dieser Prämisse besteht immer auch die Gefahr, dass Partizipation echte Beteiligung verhindert und zum Instrument staatlicher Problemlösung wird, auf dessen „Spielwiese“ Kinder sich in vorgegebenem Rahmen und bei festgelegten Themen beteiligen können (Swiderek 2003: 102; Liebel 2013: 100ff.). Beteiligungsbemühungen bewegen sich dabei nur auf den unteren Stufen der sog. ‚Partizipationsleiter‘ und erzielen eher gegenteilige Effekte, da sie weniger auf Emanzipation, Selbstbestimmung und Autonomie zielen, sondern unter systemstabilisierenden Begründungen eher als Mittel zum (pädagogischen und erzieherischen) Zweck dienen (Betz, Olk & Rother 2010). Die dabei verwendeten Partizipationsformen reichen von einem einfachen „informiert sein“ über die „Mitwirkung“, in einigen Fällen auch bis hinein in den Bereich der „Mitbestimmung und Mitplanung“. Selbstbestimmtes Handeln geht darüber hinaus und setzt nach Pech (2008: 106) „kein Mitbestimmen, sondern ein Gestalten der Welt“ voraus. Kinder an „allen sie betreffenden Entscheidungen“ zu beteiligen, wie es im SGB VIII und der Kinderrechtskonvention heißt, erfordert einen lebensweltorientierten Ansatz, der ihnen Gelegenheiten bietet, ihre Umwelt selbst zu gestalten (vgl. Betz, Olk & Rother 2010: 276).

Studien zu Partizipation (z. B. in Sachsen-Anhalt: Schmidt 2002; in der Schweiz: Fatke 2007; Evaluation Aktionsprogramm für mehr Beteiligung: Ebner et al. 2010; bundesdeutsch im Überblick: BJK 2009) zeigen auf, dass Beteiligung zwar in Randbereichen schulischen Unterrichts (Projekttag, Ausflüge etc.) möglich sei, kaum jedoch in den bestimmenden Handlungsfeldern wie Unterrichtsgestaltung oder Schülervertretung. So mischen sich in der Praxis traditionelle pädagogische Ansätze, falsch verstandene Konzepte der Partizipation und wirklich gelebte Beteiligung und summieren sich zu einem inkohärenten Bild von Partizipation in der Schullandschaft. In der Stellungnahme des Bundesjugendkuratoriums (BJK 2009: 21) wird dem schulischen ebenso wie dem kommunalen Bereich, im Gegensatz zu durchschnittlich vergleichsweise stark partizipativ ausgerichteten Familienstrukturen, zusammenfassend ein „relativ gerin-

Echte Mitbestimmung vs. Instrumentalisierung

Inkohärentes Bild der Partizipation in der pädagogischen Praxis

ges Partizipationsniveau“ attestiert. Kinder und Jugendliche könnten sich in der Schule „nur in äußerst geringem Maße beteiligen bzw. die angebotenen formalisierten Verfahren werden als wenig bedeutsam, weil wenig wirkungsvoll (z. B. die Arbeit in den Schüलगremien etc.), bewertet“ (ebd.). Ein deutliches Indiz dafür ist auch die mit steigendem Alter der Kinder sinkende statt zunehmende Mitwirkungsbereitschaft in den Gremien (ebd.: 14f.). Einen solchen partizipationsabwehrenden Ansatz konstatieren auch Moser (2010: 89f.) für Politik und Schulpädagogik sowie Franzkowiak und Homfeld (2012) für die Jugendsozialarbeit.

Aktive, emanzipatorische Beteiligung an gesellschaftlichen Prozessen

Partizipationsprojekte, die stärker auf eine aktive, emanzipatorische Rolle von Kindern und deren Beteiligung an gesellschaftlichen Prozessen ausgerichtet sind, können dem entgegen wirken (vgl. Ebner et al. 2010; Gaiser & de Rijke 2010). Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie gemeinsam mit Kindern Prozesse initiieren, die eine enge Anbindung an ihre Lebenswelt aufweisen und sie dadurch in ihren Handlungskompetenzen stärken. Diese offenen – zumeist projektbezogenen – Partizipationsformen haben oftmals den Nachteil, dass sie zeitlich bzw. situativ begrenzt sind, einen hohen organisatorischen Aufwand erfordern und nur erfolgreich sein können, wenn im Vorfeld klare Regeln und Rahmenbedingungen zur Umsetzung vereinbart wurden (Swiderek 2003: 237ff.). Im Gegenzug ermöglichen sie aber durch den eher informellen Charakter eine bessere Teilhabe von Kindern unterschiedlichen Alters, Geschlechts, kulturellen Hintergrunds und unterschiedlicher Lebenslagen (vgl. Gaiser & de Rijke 2010: 44). Durch die Bewältigung einer konkreten Aufgabe und die Übernahme von Verantwortung entsteht (politische) Teilhabe. Probleme und Mangellagen der Beteiligten werden in den Mittelpunkt gestellt und ihnen damit die Möglichkeit gegeben, ihre oftmals passive Haltung durch die Artikulation eigener Interessen in aktive Handlungen zu verwandeln (vgl. Swiderek 2003: 106f.). Für Kinder und Jugendliche führt dies auf unterschiedlichen Ebenen zu einem Zuwachs an Kompetenzen (Tully & Krug 2010: 109). So werden bspw. Solidarität, Problembewusstsein, soziale Sensibilität, Kommunikation, strategisches Denken und die Entscheidungs- und Konfliktfähigkeit gefördert (vgl. Ebner et al. 2010; Swiderek 2003). Die Anerkennung als „Expert/innen in eigener Sache“, die „Beloh-

Informelle und projektbezogene Partizipation

Kompetenzförderung durch Partizipation

nung‘ durch konkrete Veränderungen und die damit verbundene soziale Wertschätzung stärken das Selbstbewusstsein von Kindern.

Partizipieren wollen braucht partizipieren können, d. h. Kinder und Jugendliche brauchen Unterstützung, Zeit und Raum für Partizipation. Eine wichtige Handlungsmaxime ist die Offenheit und das Vertrauen von Erwachsenen zu Kindern. Das traditionelle Verständnis von Kindern geht davon aus, dass sie erst auf eine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben vorbereitet werden müssen. Dieses zukunftsorientierte Denken zeigt sich in vielfältigen Zusammenhängen, wenn Kinder zum Objekt von Schutzbemühungen Erwachsener werden, die stellvertretend für sie entscheiden und handeln. Da dies die machtlose Position der Kinder weiter festigt, spricht Liebel (2007: 64) hier von einem „beständigen Zirkel“, der nur durch die Stärkung der Partizipationsrechte von Kindern durchbrochen werden kann. Damit Kinder und Jugendliche partizipieren können, muss das Machtverhältnis zwischen Kindern und Erwachsenen reflektiert werden. Differenzen zwischen Kindern und Erwachsenen müssen anerkannt werden und als ein interdependentes Verhältnis verstanden werden, das durch gesellschaftliche Bedingungen und soziale Praxis ständig neu verhandelt und konstruiert wird (Mierendorff 2010: 43). Mit Blick auf die Ressourcen- und Subjekt-perspektive braucht es einen darauf aufbauenden Dialog zwischen den Akteur/innen, der auf Gleichberechtigung basiert und so ein solidarisches Kind-Erwachsenen-Verhältnis ermöglicht (vgl. Liebel 2013).

**Unterstützung,
Zeit und Raum
für Partizipation**

**Reflexion des
Machtverhältnisses
zwischen
Kindern und
Erwachsenen**

7 Der Stendaler Studiengang der „Angewandten Kindheitswissenschaften“ als Modellfall

Mit Beschreibung des Entwicklungsprozesses aus der Neuen Kindheitsforschung und den Schlüsselkonzepten von Subjektorientierung und Partizipation sind wesentliche Grundlagen für die Kindheitswissenschaften in Deutschland dargestellt. Modellcharakter kommt dabei dem an der Hochschule Magdeburg-Stendal angebotenen Studiengang „Angewandte Kindheitswissenschaften“ zu. Er ist der erste dieser Art in Deutschland. An mehreren Hochschulen und Universi-

**Kindheits-
wissenschaften
als Studiengang**

täten in Deutschland wird aktuell die Etablierung analoger Studiengänge geplant⁵.

**Grundständige
Multidisziplin
als Querschnittsfach**

Beim Stendaler „KiWi“ handelt es sich um einen grundständigen Studiengang, der nach sechs Semestern zu einem ersten berufsqualifizierenden Abschluss mit dem Grad eines Bachelor of Arts (B. A.) führt. Ein abgeschlossenes Bachelorstudium qualifiziert zur Berufstätigkeit oder zu einem Masterstudium an einer Universität oder Hochschule. Der aufbauende konsekutive Master-Studiengang „Kindheitswissenschaften und Kinderrechte“ ab 2014 umfasst im Vollzeitstudium vier, im Teilzeitstudium sieben weitere Semester. Er kooperiert mit dem „European Master in Childhood Studies and Children’s Rights“, der als Weiterbildungsangebot an der Freien Universität Berlin studiert werden kann.

Als Querschnittsfach umfassen Kindheitswissenschaften Erkenntnisse aller Disziplinen, die für die Altersgruppe Kinder und Jugendliche relevant sind. Dazu zählen neben (Sozial-)Pädagogik, Psychologie und Soziologie auch die Gesundheits- und Neurowissenschaften sowie Sozialpädiatrie, ebenso fundierte Kenntnisse der Kinderrechte, der nationalen und europäischen Kinder-, Familien-, Sozial-, Bildungs- und Gesundheitspolitiken, ferner der Organisation und Praxis von Erziehungs-, Bildungs- und Gesundheitsinstitutionen.

**Zentrale
Kompetenzen**

Neben diesem Überblickswissen aus den kindheitsbezogenen Leitdisziplinen stellt sich die Frage, wie Eigenart und Eigengesetzlichkeit von Kinderwelten, geschlechtsspezifische und ethnische Aspekte des Aufwachsens erhoben und ein umfassendes Verständnis für die interkulturelle Differenz und den historischen Wandel der Kindheit ausgebildet werden können. Zentral sind dabei Kompetenzen zur Beratung und Kommunikation von und mit Familien, zur Bildungs- und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter und zur Stärkung von Mitwirkungsmöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen.

⁵ U. a. planen auch die Universität Bremen und die Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg die Einrichtung von Master-Studiengängen. Hintergrund sind die o. a. 84 Bachelor-Studiengänge, die in den vergangenen Jahren im Bereich Frühe Kindheit/Elementarpädagogik entstanden sind, und für die Möglichkeiten der Weiterqualifikation und der Ausbildung wissenschaftlichen Nachwuchses gesucht werden (vgl. auch Borkowski & Schmitt, in diesem Band).

Ausgestattet mit einem solchen Querschnittswissen und erforderlichen Schlüsselkompetenzen in Kommunikation, Management, Moderation und Mediation können Kindheitswissenschaftler/innen in allen Bereichen der Gesellschaft für die Belange und Bedürfnisse von Kindern und Familien wirken; der Schwerpunkt liegt dabei in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche, insb. im Bildungs-, Erziehungs-, Sozial- und Gesundheitsbereich bzw. entsprechenden Planungsgremien auf kommunaler, Länder- oder Bundesebene. Weil für die Etablierung eines kindheitswissenschaftlichen Verständnisses ein umfassender Prozess des Change Managements notwendig ist, können über ein Masterstudium auch gezielt Nachwuchswissenschaftler/innen in diesem Sinne (als „Agenten des Wandels“/„Change Agents“, vgl. Doppler 2003; Geene 2008) qualifiziert werden.

Der anfangs erwartete schnelle akademische Aufbau der Kindheitswissenschaften ist v. a. durch den aktuellen Schub an elementarpädagogischer Akademisierung ins Stocken geraten. In der Bundesarbeitsgemeinschaft Bildung und Erziehung im Kindesalter (BAG-BEK 2009) und der von ihr begleiteten Website⁶ werden bereits 84 Studiengänge an 63 Hochschulen gelistet. Die Robert-Bosch-Stiftung (RBS 2008: 7) spricht in ihrem entsprechenden Überblick von 2007 noch von 40 Standorten. Der langfristige Bedarf an mehreren tausend akademisierten Erzieher/innen (Bock-Famulla & Große-Wöhrmann 2010) wird dieses Angebot stetig weiter wachsen lassen und auf lange Zeit einen Großteil des wissenschaftlichen Nachwuchses binden.

Gleichzeitig wird jedoch die Anforderung ergänzender und weiterqualifizierender Master-Studiengänge wachsen, was die langfristige Etablierung der Kindheitswissenschaften voraussichtlich begünstigen wird.

8 Kindheitswissenschaften und Leitprinzipien der Ottawa-Charta

So wie die Gesundheitswissenschaften als multidisziplinäres Cluster rund um Gesundheit und Krankheit entstanden sind, sind die Kindheitswissenschaften auf dem Weg zu einer Etablierung als wissen-

Wirkungsmöglichkeiten von Kindheitswissenschaften

Change Management

Parallelen zwischen Ottawa-Charta und Kindheitswissenschaften

⁶ www.fruehpaedagogik-studieren.de [24.02.13]

schaftliche Querschnittsdisziplin der verschiedenen Handlungsfelder rund um Kindheit und Jugend.

1989 Verabschiedung der UN-Kinderrechtskonvention

Die UN-Kinderrechtskonvention hat zur Entwicklung eines neuen, disziplinübergreifenden Verständnisses von Kindheit einen wesentlichen Beitrag geleistet und trägt bis heute zur veränderten Wahrnehmung von Kindern und einer Anerkennung als Akteure ihrer eigenen Lebenswelt in der Gesellschaft bei. Mit der Verabschiedung am 20. November 1989 werden erstmals auf internationaler Ebene Kinder von Geburt an ausdrücklich als Rechtsträger bezeichnet. Als Deklaration ist sie bis zum heutigen Tage einzigartig, da sie das größte Spektrum fundamentaler Menschenrechte – ökonomische, soziale, kulturelle, zivile und politische – in einem Schriftstück vereint (Maywald 2012). Damit weicht die Kinderrechtskonvention die segmentierte Sicht auf kindliche Lebensbereiche auf und wird zum

1992/2010 Ratifizierung durch BRD

Maßstab für integrierte Handlungskonzepte. Seit der Ratifizierung durch Deutschland im Jahr 1992 bzw. 2010 (s. o.) sind auf normativ rechtlicher Ebene zahlreiche Veränderungen sichtbar, die v. a. die rechtliche Stellung der Kinder betreffen. Das Ziel ist es jedoch nicht nur, „den Kindern Rechte zu geben, sondern sie zu befähigen, die ihnen zustehenden Rechte auch selbst auszuüben“ (Wiesner 2003: 157). Hierbei kann sich die Debatte um Kinderrechte nicht ausschließlich darauf beschränken, „wie Kinder in den Genuss gesetzlicher Rechte (legal rights) kommen bzw. diese nutzen können“ (Liebel 2009: 34). Neuere Ansätze (*Child Rights Programming*) betonen die Aufklärung von Kindern über ihre Rechte und Stärkung ihrer Handlungskompetenz (Empowerment) in ihren alltäglichen Bezügen, die in der Konsequenz zur Stärkung der gesellschaftlichen Position von Kindern beitragen (vgl. Liebel 2013).

Child Rights Programming

Die Kernstrategien der Ottawa-Charta hinsichtlich Vermittlung und Vernetzung, anwaltschaftliches Eintreten und Befähigen finden sich in den normativen kinderrechtlichen und damit kindheitswissenschaftlichen Vorstellungen, auch wenn z. T. eine andere Sprache herangezogen wird. So weist der (gesundheitswissenschaftliche) Begriff eines kinderbezogenen Empowerments hohe Übereinstimmung mit dem Partizipationsziel der Kindheitswissenschaften auf. Insbesondere emanzipatorische Partizipationsansätze werden mit der salutogenetischen Sicht auf Gesundheit und der Entwicklung des

Kohärenzgefühls begründet (vgl. Betz, Gaiser & Pluto 2010: 17). Der subjektorientierte Ansatz verpflichtet die Kindheitswissenschaftler/innen zu einer genauen Betrachtung dahingehend, ob Kinder hier wirklich vertreten oder nicht doch eher funktionalisiert werden. Dieses Spannungsfeld aufzulösen, kann nicht dadurch gelingen, dass erwachsene Personen aus der Pflicht entlassen werden, sondern objektiv notwendige Vertretung ist durch die Beteiligung von Kindern in ihrem Sinne zu subjektivieren (vgl. Liebel 2007: 65). An dieser Stelle sind die Konzepte der Gesundheitsförderung vergleichsweise ‚gutgläubiger‘, stärker von der Kraft der eigenen Vision berauscht, während die kindheitswissenschaftlichen Konzepte deutlich kritischer und abgegrenzter sind. In der Perspektive weg von Objektbetrachtung, Problemen und Defiziten hin zu Subjektorientierung, Bezug auf positive Lebensweltgestaltung und Potenzialförderung wissen sich Kindheits- und Gesundheitswissenschaften aber auf einem gemeinsamen Weg.

Subjektorientierung verpflichtet zur genauen Betrachtung, ob Kinder vertreten oder funktionalisiert werden

Kindheits- und Gesundheitswissenschaften auf einem gemeinsamen Weg zu positiver Lebensgestaltung

Literatur

- Ahrens, Dieter (2007): Ökonomisierung und Gesundheitsförderung. In: Schmidt, Bettina & Kolip, Petra (Hg.): *Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit*. Weinheim: Juventa, 45-55.
- Ariès, Philippe (1960/2007): *Geschichte der Kindheit* (16. Aufl.). München: dtv.
- Arnstein, Sherry (1969): A Ladder of Citizen Participation. In: *Journal of the American Planning Association* 35 (4), 216-224.
- BAG-BEK Bundesarbeitsgemeinschaft „Bildung und Erziehung im Kindesalter“ (2009): *Qualifikationsrahmen für BA-Studiengänge der „Kindheitspädagogik“* „Bildung und Erziehung in der Kindheit“. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Bauer, Ulrich; Rosenbrock, Rolf & Schaeffer, Doris (2006): Stärkung der Nutzerposition im Gesundheitswesen – gesundheitspolitische Herausforderung und Notwendigkeit. In: Iseringhausen, Olaf & Badura, Bernhard (Hg.): *Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation*. Bern: Huber, 187-201.
- Betz, Tanja; Gaiser, Wolfgang & Pluto, Liane (Hg.) (2010): *Partizipation von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse, Bewertungen, Handlungsmöglichkeiten*. Schwalbach: Wochenschau.
- Betz, Tanja; Olk, Thomas & Rother, Pia (2010): Absichtserklärungen und Partizipationswirklichkeit. In: Betz, Tanja; Gaiser, Wolfgang & Pluto, Liane (Hg.): *Partizipation von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse, Bewertungen, Handlungsmöglichkeiten*. Schwalbach: Wochenschau, 273-287.
- Bock-Famulla, Kathrin & Große-Wöhrmann, Kerstin (2010): *Länderreport frühkindliche Bildungssysteme 2009. Transparenz schaffen – Governance stärken*. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.
- Brinkhoff, Klaus Peter & Sack, Hans Georg (1999): *Sport und Gesundheit im Kindesalter. Der Sportverein im Bewegungsleben der Kinder*. Weinheim: Juventa.
- BJK (2009): *Partizipation von Kindern und Jugendlichen – Zwischen Anspruch und Wirklichkeit*. Stellungnahme des Bundesjugendkuratoriums. München: DJI.
- Dennison, George (1969): *The Lives of Children. The Story of the First Street School*. New York: Random House.
- Dienel, Christiane (2002): *Familienpolitik. Eine praxisorientierte Gesamtdarstellung der Handlungsfelder und Probleme*. Weinheim: Juventa.
- Doppler, Klaus (2003): *Der Change Manager. Sich selbst und andere verändern – und trotzdem bleiben, wer man ist*. Frankfurt: Campus.
- Ebner, Sandra; Wächter, Franziska & Zierold, Diana (2010): Engagement für alle? Anerkennung, Offenheit und Kompetenzförderung als unterstützende Faktoren gesellschaftlicher und politischer Partizipation von Jugendlichen. In: Betz, Tanja; Gaiser,

- Wolfgang & Pluto, Liane (Hg.): *Partizipation von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse, Bewertungen, Handlungsmöglichkeiten*. Schwalbach: Wochenschau, 233-250.
- Fatke, Reinhart (2007): Kinder- und Jugendbeteiligung im wissenschaftlichen Diskurs. In: Bertelsmann-Stiftung (Hg.): *Kinder- und Jugendbeteiligung in Deutschland. Entwicklungsstand und Handlungsansätze*. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.
- Forster, Rudolf (2009): Kollektive Partizipation in Gesundheitsbelangen – theoretische Perspektiven, empirische Diagnosen, mögliche Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung in Österreich. In: Bencic, Werner; Dörner, Thomas & Grasser, Gerlinde (Hg.): *Health in All Policies. Gesundheit in allen Politikfeldern*. Linz: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, 43-63.
- Franzkowiak, Peter & Homfeld, Hans Günther (2012): Partizipation in der Sozialen Arbeit. In: Rosenbrock, Rolf & Hartung, Susanne (Hg.): *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. Bern: Huber, 79-90.
- Gaiser, Wolfgang & de Rijke, Johann (2010): Gesellschaftliche und politische Beteiligung Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. In: Betz, Tanja; Gaiser, Wolfgang & Pluto, Liane (Hg.): *Partizipation von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse, Bewertungen, Handlungsmöglichkeiten*. Schwalbach: Wochenschau, 35-56.
- Geene, Raimund (2008): Kindheitswissenschaften als Change-Management in der Praxis. Ansätze zur Berufsfelderschließung der Kindheitswissenschaften. In: Luber, Eva & Hungerland, Beatrice (Hg.): *Angewandte Kindheitswissenschaften. Eine Einführung für Studium und Praxis*. Weinheim: Juventa, 31-40.
- Geene, Raimund (2010): Desintegration und Teilhabedefizit. Determinanten und Ansätze für familiäre Armutsbekämpfung und Gesundheitsförderung. In: Bahr, Ottomar (Hg.): *Sprint – stärker ins Leben. Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Jugendlichen*. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, 31-40.
- Geene, Raimund; Klundt, Michael; Lubke, Melanie et al. (2011): *Die Stendaler Kinder-Uni. Ein kindheitswissenschaftliches Handbuch*. Magdeburger Reihe, Band 23. Halle (Saale): Mitteldeutscher Verlag.
- Hart, Roger A. (2002): *Children's participation. The theory and practice of involving young citizens in community development and environmental care*. London: Unicef.
- Hengst, Heinz & Zeiher, Helga (Hg.) (2005): *Kindheit soziologisch*. Wiesbaden: VS.
- Honig, Michael-Sebastian (Hrsg.) (2009): *Ordnung der Kindheit. Problemstellungen und Perspektiven der Kindheitsforschung*. Weinheim: Juventa.
- Hungerland, Beatrice (2008): Was ist Kindheit? Fragen und Antworten der Soziologie. In: Luber, Eva & Hungerland, Beatrice (Hg.): *Angewandte Kindheitswissenschaften. Eine Einführung für Studium und Praxis*. Weinheim: Juventa, 71-90.
- Hungerland, Beatrice & Luber Eva (2008): Was sind Angewandte Kindheitswissenschaften? Einführung. In: Luber, Eva & Hungerland, Beatrice (Hg.): *Angewandte Kindheitswissenschaften. Eine Einführung für Studium und Praxis*. Weinheim: Juventa, 9-30.
- Kuhn, Thomas S. (1972/2003): *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Liebel, Manfred (2001): *Kindheit und Arbeit. Wege zum besseren Verständnis arbeitender Kinder in verschiedenen Kulturen und Kontinenten*. Frankfurt: IKO.
- Liebel, Manfred (2007): *Wozu Kinderrechte. Grundlagen und Perspektiven*. Weinheim: Juventa.
- Liebel, Manfred (2009): *Kinderrechte aus Kindersicht. Wie Kinder weltweit zu ihrem Recht kommen*. Berlin: LIT.
- Liebel, Manfred (2013): *Kinder und Gerechtigkeit. Über Kinderrechte neu nachdenken*. Weinheim: Beltz-Juventa.
- Luhmann, Niklas (1993): *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Maywald, Jörg (2010): *UN-Kinderrechtskonvention. Bilanz und Ausblick*. In: APuZ 38, 8-15.
- Maywald, Jörg (2012): *Kinder haben Rechte. Kinderrechte kennen – umsetzen – wahren. Für Kindergarten, Schule und Jugendhilfe (0-18 Jahre)*. Weinheim: Beltz
- Mehner, Klaus (1976): *Jugend im Zeitbruch. Woher – wohin?* Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt.
- Mierendorff, Johanna (2010): *Kindheit und Wohlfahrtsstaat. Entstehung, Wandel und Kontinuität des Musters moderner Kindheit*. Weinheim: Juventa.
- Moser, Sonja (2010): *Beteiligt sein. Partizipation aus der Sicht von Jugendlichen*. Wiesbaden: VS.
- Pech, Detlef (2008): Bildung und Kindheitswissenschaften. Überlegungen zu einem vernachlässigten Verhältnis. In: Luber, Eva & Hungerland, Beatrice (Hg.): *Angewandte Kindheitswissenschaften. Eine Einführung für Studium und Praxis*. Weinheim: Juventa, 91-110.
- Qvortrup, Jens (1994): Childhood Matters. An Introduction. In: Qvortrup, Jens; Bardy, Marjatta; Sgritta, Scrittta et al. (Hg.): *Childhood Matters: Social Theory, Practice and Politics*. Aldershot: Avebury, 1-24.
- RBS Robert-Bosch-Stiftung (2008): *Frühpädagogik Studieren – ein Orientierungsrahmen für Hochschulen*. Stuttgart: RBS.
- Roth, Roland & Oik, Thomas (2007): *Mehr Partizipation wagen. Argumente für eine verstärkte Beteiligung von Kindern und Jugendlichen*. Gütersloh: Bertelsmann.
- Sahrai, Diana; Bittlingmayer, Uwe & Gerdes, Jürgen (2012): Partizipative Gesundheitsförderung im Setting Schule. In: Rosenbrock, Rolf & Hartung, Susanne (Hg.): *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. Bern: Huber, 222-234.
- Schirmacher, Frank (2006): *Minimum. Vom Vergehen und Neuentstehen unserer Gesellschaft*. München: Blessing.
- Schmidt, Ralf (2002): Schülerpartizipation im Unterricht und Schulleben. In: Krüger, Heinz-Hermann; Reinhardt, Sibylle; Kötters-König, Catrin et al. (Hg.): *Jugend und Demokratie – Politische Bildung auf dem Prüfstand. Eine quantitative und qualitative Studie aus Sachsen-Anhalt*. Opladen: Leske + Budrich, 103-114.

- Schnabel, Peter-Ernst (2010): Prävention und Gesundheitsförderung in Schulen und Familien. In: Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor & Haisch, Jochen (Hg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (3., vollst. überarb. Aufl.). Bern: Huber, 312-321.
- Schröder, Richard (1995): *Kinder reden mit! Beteiligung an Politik, Stadtplanung und -gestaltung*. Weinheim: Beltz.
- Soldanski, Sarah Maria (2008): Internationalität im Studiengang Angewandte Kindheitswissenschaften. In: Luber, Eva & Hungerland, Beatrice (Hg.): *Angewandte Kindheitswissenschaften. Eine Einführung für Studium und Praxis*. Weinheim: Juventa, 151-161.
- Suchodoletz, Waldemar von (2005): Frühe Identifikation motorischer Entwicklungsstörungen. In: ders. (Hg.): *Früherkennung von Entwicklungsstörungen*. Göttingen: Hogrefe, 45-74.
- Swiderek, Thomas (2003): *Kinderpolitik und Partizipation von Kindern*. Frankfurt: Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- Textor, Martin R. (Hg.) (2006): *Erziehungs- und Bildungspartnerschaft mit Kindern. Gemeinsam Verantwortung übernehmen*. Freiburg: Herder.
- Trojan, Alf (1988): 12-Stufen-Leiter der Bürgerbeteiligung. In: BZgA (Hg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Schwabenheim: Sabo.
- Tully, Claus J. & Krug, Wolfgang (2010): Engagement befördert Teilhabe und setzt diese voraus. In: Betz, Tanja; Gaiser, Wolfgang & Pluto, Liane (Hg.): *Partizipation von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse, Bewertungen, Handlungsmöglichkeiten*. Schwalbach: Wochenschau, 97-111.
- Uprichard, Emma (2008): Children as Being and Becomings: Children, childhood and temporality. In: *Children and Society* 22 (4), 303-313.
- Wiesner, Reinhard (2003): Die rechtliche Stellung von Kindern im Sozialstaat. In: Kränzl-Nagl, Renate; Mierendorff, Johanna & Olk, Thomas (Hg.): *Kindheit im Wohlfahrtsstaat. Gesellschaftliche und politische Herausforderungen*. Frankfurt: Campus, 153-182.
- Wright, Michael T.; Unger, Hella von & Block, Martina (2010): Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Wright, Michael T. (Hg.): *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Huber, 35-52.
- Zeiber, Hartmut J. & Zeiber, Helga (1994): *Orte und Zeiten der Kinder. Soziales Leben im Alltag von Großstadtkinder*. Weinheim: Juventa.

Internetquellen

www.fruehpaedagogik-studieren.de [24.02.13]

Subjektorientierung und Ressourcenverständnis in der Allgemeinen Pädagogik

1 Einführung

Lange Jahre stand die Allgemeine Pädagogik, insb. die Schulpädagogik, in massiver Kritik durch Vertreter/innen Kritischer Theorie und Psychologie: Mit grundgesetzlich verankerter Schulpflicht als „gesellschaftlicher Pflicht“ (Ulmann 1987: 166), der Enteignung der Wissbegierde zur Lernverordnung (Illich 1972/2003) und der Externalisierung vormals intrinsischer Motivationen (Holzkamp 1993) werde bestenfalls gesellschaftliche Selektionsanforderungen mit wenigen Akademiker/innen und vielen Industriearbeiter/innen bedient, nicht jedoch der in den Grundansätzen der Pädagogik nach Comenius, Rousseau, Humboldt oder Montessori inne wohnende Egalitätsanspruch von Freiheit und Selbstverwirklichung durch Bildung (Raithel et al. 2007). Seit dem Siegeszug der empirischen Bildungsforschung um die PISA-Studien (Pech 2008: 100) deutet sich ein neuer Wertmaßstab an, nun stehen eher messbare Wissensmengen im Zentrum der Betrachtung. Der ‚Volkssport‘ des Schul- und Lehrer-, „Bashings“ (Friedmann 2008) wird seither wechselseitig über zu viel oder zu wenig Leistungsdruck in der Schule begründet. Es mag an dieser Stelle dahin gestellt sein, welche Chancen in dieser Art der empirischen Qualitätsorientierung stecken mögen oder ob auf diese Weise Pädagogik eher wieder auf das altertümliche Modell des „Nürnberger Trichters“ (Vogt 1966) reduziert wird, weil es die hier behandelte Fragestellung der Ressourcen- und Subjektorientierung nur indirekt berührt. Unsere Überlegungen in diesem Aufsatz rekurren auf kindheits- und gesundheitswissenschaftlichen Erfahrungen und inwieweit sich dazu analoge Entwicklungen im breiten Feld der Allgemeinen Pädagogik nachzeichnen lassen.

Die Entwicklung der wissenschaftlichen Disziplin der Pädagogik¹ kann hier nur cursorisch nachgezeichnet werden unter dem Blickwinkel einer kindorientierten Haltung, mit dem Ziel der Stärkung po-

**Schulpädagogik
in der Kritik**

¹ Hiermit ist indes zunächst nicht die universitäre Erziehungswissenschaft gemeint, denn diese etabliert sich erst im 20. Jh. unter durchaus spezifischen Bedingungen.

sitiver Fähigkeiten, in deutlicher Abgrenzung zum verbreiteten Ziel, vermeintliche Fehlentwicklungen zu beheben (Defizitorientierung).

2 Historische Entwicklung

**Pädagogik,
Bildung,
Erziehung –
Schlüssel-
begriffe mit
wechselnden
Konnotationen**

Pädagogik, Bildung, Erziehung – diese wenig trennscharfen Begriffe erhalten im Verlauf ihrer historischen Entwicklung unterschiedliche Konnotationen. Galt Erziehung lange als Synonym für Pädagogik, wird heute eher der – zwischenzeitlich ja auch bereits verworfene – Begriff „Bildung“ verwendet, weil er stärker mit autonomen Aneignungsprozessen und mithin gesellschaftlichen Leitbildern von Emanzipation, Mündigkeit und Selbstständigkeit assoziiert ist (Wulforth & Hurrelmann 2009: 10ff.). Die nachfolgenden Definitionen veranschaulichen dieses Dilemma.

„Erziehung ist das eine und ganze Thema der Pädagogik; Erziehung und nicht Sozialisation, auch nicht Entwicklung oder Lernen oder Kommunikation, und schon gar nicht Therapie, Fürsorge, Sozialarbeit, Lebensbegleitung oder was sonst noch alles angeführt wird, um dem offenbar etwas unbequemen und unübersichtlichen Sachverhalt des Erziehens auszuweichen“ (Prange 2000: 7).

„Die Grundbegriffe der Pädagogik erscheinen zunächst vertraut. Man glaubt zu wissen, was mit ‚Erziehung‘ oder ‚Bildung‘ gemeint ist, da beides in der Alltagssprache verankert ist. Eine genaue Beschreibung zu geben, wird vielen allerdings schwer fallen“ (Rathel et al. 2007: 9).

„Politische Pädagogik befasst sich mit den Bedingungen und der Organisation des Lernens als Auseinandersetzung von Individuen und Gruppen mit Macht und Herrschaftsverhältnisse“ (Böhnisch & Schröder 2007: 9).

„War die Pädagogik bisher fast ausschließlich Schulpädagogik [...], so erfuhr sie mit ihrem neuen Selbstbewusstsein eine ganz neue Verbreitung ihres Arbeitsgebietes. Vom Kindergarten, ja von der Säuglingsfürsorge und Müttererziehung angefangen, bis zur Jugendpflege, Volkshochschule und Elternschule, durch die ganze Welt der Schulsysteme in all seinen Verzweigungen bis zur Universität und bis zur Heilpädagogik, Fürsorgeerziehung und Gefangenenerziehung – in dieser ganzen Ausdehnung fielen plötzlich alle Schranken, die das eine Gebiet von anderen, eine Schule von der anderen trennten, und alle, die hier lebendig mitarbeiteten, erkannten sich als Diener derselben Idee“ (Nohl 1935: 11f.).

Folgt man der Definition der Pädagogik nach Nohl (1935), so weist Pädagogik weit über das Verständnis vorschulischer und schulischer Bildung und Erziehung hinaus und nimmt die gesamte Lebensspanne eines Menschen in den Blick. Die pädagogischen Arbeitsfelder differenzieren sich in eine Reihe von *Subdisziplinen* und *Fachrichtungen*

aus, wobei unter Subdisziplinen historisch etablierte Fachstrukturen fallen (z. B. Sozialpädagogik, Erwachsenenbildung, Schulpädagogik), während Fachrichtungen zumeist als Reaktion auf aktuelle Problemstellungen entstehen (z. B. Gesundheitspädagogik, interkulturelle Pädagogik) (vgl. Raithel et al. 2007: 207). Viele Grundlagen der Pädagogik haben ihren Ursprung in der Vergangenheit, reichen z. T. bis in die Antike zurück. Gesellschaftliche Veränderungen führen zur Weiterentwicklung, Ausdifferenzierung und Segmentierung.

Erste Schriften zur Pädagogik finden sich bereits bei den Philosophen Sokrates und Platon in der Antike. Diese sind vorrangig auf Knaben in philosophischen Schulen und deren Einführung in die Welt der Erwachsenen durch Förderung geistiger und praktischer Fähigkeiten ausgerichtet (vgl. Musolff & Hellekamp 2006: 12f.).

Bis in die Zeit der Aufklärung stehen Bildung und Erziehung in Abhängigkeit vom jeweils vorherrschenden Gottes- und Menschenbild. Das Bild vom „Sünder“ prägt weit über das Mittelalter hinaus pädagogische Bestrebungen, die durch Erziehung Menschen auf den rechten Weg zu Gott führen wollen. Bildung ist zunächst auf Klöster beschränkt und dem Klerus im Rahmen seines religiösen Lebens vorbehalten. Für große Teile der Bevölkerung beschränkt sich Bildung auf die Weitergabe von Arbeitswissen und Moral im sog. „Ganzen Haus“ (Schilling 2005: 19). Erst mit Erfindung des Buchdrucks durch Johannes Gutenberg 1450 wird Bildung auch breiteren Bevölkerungsschichten zugänglich. Der epochale Einschnitt durch Gutenbergs Erfindung ist nur vergleichbar mit der Einführung der Schriftzeichen Jahrtausende zuvor, welche die Ablösung der Erzählkunst als höchste Gabe der Erkenntnisgewinnung einleitet – ein schon aus der griechischen Antike von Sokrates überlieferter intergenerativer Modernisierungskonflikt (Bausch 2007), der in heutiger Denkart einem Paradigmenwechsel (Kuhn 1972/2001) entspricht.

Die Umwälzungen im ausgehenden Mittelalter (15. Jh.), insb. die Reformation, können als Grundlage der Pädagogik und ihrer zeitgeschichtlichen Modernisierungsprozesse gesehen werden. In dieser Zeit entwickelt sich die humanistische Pädagogik, als deren Vordenker **Erasmus** gilt. In seiner Schrift „Über die Notwendigkeit einer frühzeitigen allgemeinen Charakter- und Geistesbildung der Kinder“ von 1529 betont er die Notwendigkeit der Verstandeschulung, die

Antike:
Bildung von Knaben, Einführung in Erwachsenenwelt

Mittelalter:
Bildung nur für den Klerus im Rahmen religiösen Lebens

**Erasmus:
Kinder verfü-
gen über durch
Erziehung
beeinflussbare
Anlagen**

die bis dahin dominierende Moralerziehung von Kindern erweitert (vgl. Musolff & Hellekamps 2006). Bestimmt der Gedanke vom Natur aus schlechten (bösen) Menschen zuvor die erzieherischen Ansätze (siehe Namuth et al., in diesem Band), entwickelt Erasmus ein moderneres Menschenbild. Er geht davon aus, dass Kinder sowohl über „gute“ als auch „schlechte“ Anlagen verfügen, die durch Erziehung beeinflussbar seien (vgl. Musolff & Hellekamps 2006: 17ff.). Der Mensch als selbstbestimmtes Individuum, das sein Leben gestalten kann, rückt ins Zentrum erzieherischer Betrachtungen und gewinnt im Folgenden bis in das 18. Jh. hinein zunehmend an Bedeutung. Bildung wird zur wichtigen Grundlage, um den Zustand der Mündigkeit zu erreichen, Vernunft zum höchsten Ziel, durch die der Mensch die Welt verstehen kann. War die Pädagogik zuvor eng an die Philosophie und Theologie gebunden, entwickelt sie sich in dieser Zeit zu einer eigenständigen wissenschaftlichen Disziplin (Blankertz 1992), deren Bedeutung sich in vielen Bereichen der Gesellschaft durchsetzt.

**Pädagogik
als eigene
Disziplin, die
Menschen zu
Vernunft und
Mündigkeit
führt**

Als ein wichtiger Begründer der modernen Pädagogik gilt der tschechische Philosoph und Theologe **Johann Amos Comenius** (1592-1670). Comenius' Leben und seine Denkansätze sind religiös geprägt. Das weltliche Leben ist für ihn eine Vorbereitung des Menschen auf sein Leben nach dem Tod. Erziehung stellt für ihn ein Instrument dar, um Bildung, Sittlichkeit und Religiosität in Vorbereitung auf das Jenseits zu erreichen (Raithel et al. 2007: 92ff.). Comenius betrachtet es als Aufgabe des Menschen, sich selbst und damit die Menschheit durch Bildung und Lernen zu verbessern (ebd.) und verortet Gestaltungsmöglichkeiten für das jeweilige Schicksal beim Einzelnen. Hier unterscheidet er sich wesentlich von früheren religiös geprägten Ansätzen, die das Schicksal des Menschen als von Gott gegeben betrachten. Insofern wird Comenius als Vorbote der Aufklärung gesehen (ebd.). Ihm zufolge ziehen sich Lernprozesse durch das gesamte Leben, Erziehung kann in diesem Konzept stufenweise aus der privaten, häuslichen Erziehung in die öffentliche Erziehung übergehen. Comenius sieht den Menschen als „lernbegieriges, schaffendes, mit Hilfe seiner Sinne und seines Verstandes sich die Welt aneignendes Wesen“ (Raithel et al. 2007: 94), das im Heranwachsen durch Bildung und Erziehung unterstützt werden sollte. Er spricht

sich gegen einen ausschließlich verbalen Unterricht aus und vertritt die Auffassung, dass Kinder selbst an ihren Lernprozessen mitwirken können und wollen. Der Unterricht solle sich am Kind, seiner Entwicklung und seinen Fähigkeiten orientieren und die Möglichkeit geben, durch Anschauung und Erfahrung zu lernen (ebd.). Ein weiterer revolutionärer Gedanke findet sich in seinem Ansatz „Bildung für alle“: War Unterricht und Bildung bis dahin vornehmlich den Kindern höheren Standes – und auch hier meist nur den Jungen – vorbehalten, plädiert Comenius für Schulen in allen Dörfern und Städten, um Jungen und Mädchen aller Stände dort gleichberechtigt zu unterrichten (ebd.). Dieser Ansatz und die Zuschreibung von positiven Fähigkeiten, die durch geeignete Förderung sichtbar gemacht und ausgebaut werden können, lassen Comenius zu einem wichtigen Vorreiter einer ressourcenorientierten Pädagogik werden.

**Comenius als
Vorreiter
ressourcen-
orientierter
Pädagogik**

In der Zeit der Aufklärung reduziert sich die Jenseitsbezogenheit der Menschen. Das Verstandesdenken, die Ratio, wird zentraler Bestandteil der Philosophie des 18. Jh. und leitet damit eine bedeutende Zeit für die Pädagogik ein. Viele Berufsgruppen wie Geistliche und Dichter verstehen sich nun als Pädagog/innen und wollen ihre Erkenntnisse als (vermeintliche) ‚Wahrheit‘ jenseits von religiösen Werten verbreiten. **Jean Jacques Rousseau** (1712-1778) gilt als ein wichtiger Impulsgeber für das pädagogische Denken seiner Zeit. Er prägt die Wissenschaft des Erziehens und Bildens durch sein Werk „Émile“, in dem er Kritik an der vorherrschenden Kultur äußert und seine pädagogischen Ideen darlegt. Rousseau spricht als Erster von einer eigenen Lebensphase der Kinder und bezeichnet diese als „Kindheit“. Kindheit und Jugendalter stellen für ihn nicht nur ein Durchgangsstadium zum Erwachsenen dar (Raithel et al. 2007: 105). Vielmehr werden diese Lebensabschnitte von Rousseau als Phasen mit eigenem Wert beschrieben und Kinder von ihm bereits als eigenständige Personen gesehen, die fähig sind, die Welt mitzugestalten. Diese neue Wahrnehmung von Kindheit auf Basis einer hypothetischen Anthropologie (Hansmann 2006: 32) lässt eine deutliche Subjekt- und Ressourcenorientierung erkennen. Sein Werk „Émile“ nutzt Rousseau, um mithilfe des scheinbar fiktiven – wenngleich mit stark autobiografischen Bezügen dargestellten – Protagonisten ein Modell idealer Erziehung darzulegen. Eine Erziehung zum mündigen Men-

**Rousseau:
Kindheit als
eigene Le-
bensphase**

**Orientierung
von Erziehung
und Bildung
an Heran-
wachsenden
ohne gesell-
schaftliche
Einflüsse**

schen setzt für ihn ein Leben fernab von gesellschaftlichen Einflüssen voraus, „entartet“, so Rousseau (1762/1971: 9), doch sonst „alles unter den Händen des Menschen“. Erziehung und Bildung sollen sich ausschließlich am Heranwachsenden orientieren. Dies erfordert aus Sicht Rousseaus, dass unabhängig von gesellschaftlichen Entwicklungen und Missständen förderliche Bedingungen geschaffen werden, unter denen kindliche Unschuld bewahrt und moralische Freiheit entfaltet werden könne (Siegmond & Bröcher 2010: 103). Auch wenn „Émile“ eine hypothetische Erziehungstheorie ist, gelingt es durch sie bis heute, „die gesellschaftliche und die pädagogische Kommunikation zu irritieren“ (Hansmann 2006: 42). Insbesondere in der Frage nach Professionalität des pädagogischen Handelns, zur Reflexion des gesellschaftlichen Einflusses im Erziehungsprozess und auf der Suche nach individualisierten Lernarrangements bietet Rousseaus Theorie wertvolle Ansatzpunkte.

**Humboldt:
Selbstent-
faltung durch
allgemeine,
nicht zweck-
gebundene
Bildung**

Im Zuge politischer und gesellschaftlicher Umbrüche erstarkt das Bürgertum, Standesschranken verwischen zum Teil. In dieser Zeit rückt die individuelle Bildung – unabhängig vom späteren Arbeitsleben – ins Bewusstsein der Menschen und begründet eine neue Epoche der Pädagogik. Der Begriff der „Bildung“ findet in dieser Zeit seinen Ursprung, insb. beeinflusst durch **Wilhelm von Humboldt** (1767-1835). Von König Friedrich Wilhelm III. zum geheimen Staatsrat berufen, um das Schulwesen in Preußen grundlegend zu reformieren, sieht Humboldt es als seine Aufgabe, Menschen durch allgemeine Bildung die Möglichkeit zur Selbstentfaltung zu eröffnen. Bildung solle daher nicht länger funktional und zweckgebunden sein, also bspw. sich nicht an einem festgelegten Ausbildungsziel wie einer beruflichen Qualifikation orientieren, sondern vielmehr auf Akademisierung setzen. Zur Umsetzung seines neuen Bildungsverständnisses etabliert Humboldt die Trennung von Staat und Bildungsinstitutionen, da der Staat nach seiner Analyse immer wieder Gefahr laufe, im Sinne kurzfristiger Interessen die direkte Verwertbarkeit von Bildung in den Mittelpunkt zu stellen und damit das langfristige gesellschaftliche Interesse an einer breiten Akademisierung unterlaufe (Siegmond & Bröcher 2010: 117). Bildung im Sinne Humboldts kann nur stattfinden, wenn der Mensch eine Leistung vollbringt, eine Aufgabe übernimmt, kurz: in sein Um-

feld hineinwirkt. Da sein Bildungsanspruch den Bedürfnissen der arbeitenden Bevölkerung kaum entspricht, reduziert er sich in der Praxis bald auf die Anhäufung von Wissen und so auf die gymnasiale Bildung (vgl. Thesing 2007: 252). Diese mangelnde Wahrnehmung „von gesellschaftlichen Zwängen und Anforderungen“ (Raithel et al. 2007: 118) durch Humboldt wird bis heute kritisch diskutiert.

„Die Mensch-Welt-Bildung wurde auf die Kraftbildung des Ichs reduziert. Bildung wurde [mit gymnasialer Wissensvermittlung] gleich gesetzt, wurde zum Ständesetikett des Bürgertums, einem hohen Gut, das aber nur einer schmalen Bürgerelite vorbehalten und gleichbedeutend mit bürgerlicher Kultur war“ (Thesing 2007: 252).

Wird einerseits diese „elitäre, überhebliche Abstraktion“ (Raithel et al. 2007: 122) Humboldts kritisiert, sind andererseits „die Betonung der Freiheit des Menschen, die Bildung der Persönlichkeit und Bildung als umfassendes Geschehen [...] ein unauslöschlicher Beitrag durch Humboldt“ (Thesing 2007: 256). Seine Idee eines in drei Stufen aufeinander aufbauenden Schulsystems (Elementarunterricht, Schulunterricht, Universitätsunterricht) prägt unsere Ausbildungslandschaft noch heute.

Die nun folgenden frühindustriellen Epochen mit Aufstieg und Fall des Bürgertums begünstigen eine internationale Bewegung zur Veränderung der Schul- und Ausbildungspraxis, die ihren Höhepunkt in der Epoche der Reformpädagogik (1890-1933) findet, doch bis heute vielfältig fortlebt und auch aktuelle Diskurse maßgeblich bestimmt. Die Reformpädagogik kritisiert die Wissensvermittlung und -aneignung an Schulen als stupides Auswendiglernen von Bildungsinhalten statt eigener Auseinandersetzung mit diesen. Die Reformpädagogik ist jedoch mitnichten eine homogene Strömung, sondern eher ein Sammelbegriff für eine Vielzahl, z. T. divergierender Konzepte. Bei zentralen Vertreter/innen finden sich jedoch Forderungen nach mehr Selbstständigkeit und Freiheit für die Lernenden und nach Lehrmethoden, die an den Bedürfnissen und Fähigkeiten der Kinder ausgerichtet sein sollen (Siegmund & Bröcher 2010).

Eine wichtige Pädagogin dieser Epoche ist die Medizinerin **Maria Montessori** (1870-1952). Obwohl ihre Theorien schon zu Lebzeiten aufgrund ihres „Biologismus, Positivismus, Irrationalismus und Individualismus“ (Raithel et al. 2007: 142) kritisiert werden, wirken

**Dreigliedriges
Schulsystem
nach Humboldt**

**Reform-
pädagogik als
heterogene
Strömung**

**Montessori:
Unterstützung
der Selbst-
tätigkeit der
Kinder durch
lernanregende
Umgebung und
Materialien**

ihre pragmatischen Ansätze bis in die Gegenwart hinein. Die Pädagogik Montessoris ist geprägt von den Prinzipien der Selbsttätigkeit und Selbstverwirklichung (Thesing 2007). Diese sind bis heute international anerkannt und haben unter dem Leitsatz „Hilf mir, es selbst zu tun“ insb. im Elementarbereich Einzug gehalten (vgl. Borkowski & Schmitt, in diesem Band). Kinder sollen die Möglichkeit erhalten, sich ihrer ‚Natur‘ gemäß zu entwickeln. Nach Montessori (2009) bedürfen sie dazu lediglich einer Umgebung, die ihnen eine Entfaltung in sog. „sensiblen Perioden“ ermögliche. Als sensible Perioden werden Phasen identifiziert, in denen Kinder je spezifische Verhaltensweisen und Fähigkeiten besonders gut lernen können (Thesing 2007: 156). Als Aufgabe der Pädagogik sieht es Montessori, die Selbstständigkeit des Kindes zu unterstützen, eine lernanregende Umgebung zu schaffen und entsprechende Materialien bereitzustellen (Raithel et al. 2007; Thesing 2007; Montessori 2009). Montessori hat für die subjekt- und ressourcenorientierte Pädagogik wichtige Impulse gesetzt. Sie hat verdeutlicht, dass eine am Kind orientierte Pädagogik eine Auseinandersetzung mit dem Rollenbild der Pädagog/innen erfordert, nach Thesing (2007: 160) „seine Machtposition zurückdrängt“, und die Bereitstellung von Räumen und Materialien für die Entwicklung von Kindern einen hohen Stellenwert hat. Mit der Zeit des Nationalsozialismus enden die reformpädagogischen Bemühungen v. a. in Deutschland, aber auch in anderen Ländern. Der Weltkrieg wirft seine Schatten voraus, die Kriegsmobilisierung rückt den eigentlich längst überlebten, disziplinarischen ‚soldatischen‘ Charakter der Pädagogik in den Vordergrund. An die Stelle von Selbstbestimmung und -entfaltung treten Zwang und unbedingter Gehorsam (Siegmond & Bröcher 2010: 217).

**Auseinander-
setzung mit pro-
fessionellem
Rollenbild für
kindorientierte
Pädagogik**

Nach dem Zweiten Weltkrieg und der Entnazifizierung von Bildungseinrichtungen wird von Teilen der Wissenschaft und Ausbildung versucht, an die reformpädagogischen Entwicklungen der Vorkriegsjahre anzuknüpfen (Reble 2009: 281; Skiera 2010: 98). Dabei sind in Ost- und Westdeutschland unterschiedliche Entwicklungen zu konstatieren. In den 1960er Jahren kristallisieren sich in der pädagogischen Debatte im Westen Deutschlands wesentliche Modernisierungsanforderungen der Nachkriegsgesellschaft mit ihrem hohen Geburtenüberschuss („Babyboom“) (Geißler 2008: 42ff.) heraus. So

wird nach Möglichkeiten zur Effektivitätssteigerung im Bildungssystem gesucht, auch um den Belangen der Wirtschaft gerecht zu werden (Rothermel 2001: 22; Raithel et al. 2007: 176). An dieser Stelle bietet die bis dahin dominierende geisteswissenschaftliche Pädagogik kein ausreichendes Konstrukt, um die notwendigen Antworten zu geben. Es kommt zu einer sog. „realistischen Wende“ (Raithel et al. 2007: 201), an deren Ende zunehmende Professionalisierung und Verwissenschaftlichung der Ausbildung stehen.

Im Gegensatz zu internationalen Entwicklungen wird diese Ausrichtung in deutschen Bildungsinstitutionen erst mit den gesellschaftspolitischen Veränderungen Ende der 1960er Jahre administrativ durchsetzbar. Parallel dazu etablieren sich in der wissenschaftlichen Disziplin bereits neue Diskurse. Diese Wissenschaftsorientierung der Allgemeinbildung verändert auch die Didaktik in den Bildungseinrichtungen. So werden die zuvor fächerübergreifenden didaktischen Ansätze von fachspezifischen Bestrebungen abgelöst (Kremer 2001: 74ff.). Doch gerade diese scheinbare Verobjektivierung der Pädagogik impliziert Ende der 1960er Jahre auf dem Zenit der eigenen Relevanz bereits ihre Gegenbewegung: Ab 1967 beginnt mit der sog. „Emanzipatorischen“ oder „Kritischen Pädagogik“ (Rothermel 2001) eine neue Epoche pädagogischen Denkens. Während der „Rationalen Pädagogik“ (Bourdieu & Passeron 1971: 88) vorgeworfen wird, die Machtfrage in pädagogischen Prozessen zu vernachlässigen und ihre Auftraggeber nicht kritisch zu hinterfragen, zielt die Kritik gegen geisteswissenschaftliche Pädagogik v. a. auf die Vernachlässigung gesellschaftlicher und weltanschaulicher Interessen der Theorie ab (Rothermel 2001: 24). Die sog. „Studentenbewegung“ oder „68er Generation“ will mit ihrer Idee einen Beitrag zu einer anderen Welt leisten, einer Welt der Brüderlichkeit ohne Hierarchien (Musloff & Hellekamps 2006: 285). Subjektorientierte Ansätze, die sich an der Lebenswelt des Einzelnen orientieren, werden von der kritisch-emanzipatorischen Pädagogik übernommen (Raithel et al. 2007: 176). Andere Elemente wie selbstreguliertes Lernen und kritische Kommunikation zwischen Heranwachsenden und Erwachsenen (vgl. Musloff & Hellekamps 2006) kommen neu hinzu.

Bei der emanzipatorischen Pädagogik handelt es sich um eine pluralistische Bewegung, deren Ansätze sich in unterschiedlicher Weise

Ablösung geisteswissenschaftlicher Pädagogik und Einführung von Fachdisziplinen aufgrund wirtschaftlicher Interessen

68er-Bewegung kritisiert rationale und geisteswissenschaftliche Pädagogik

Subjektorientierte Ansätze

manifestieren: „Die Kommunen experimentieren mit anderen Erziehungsformen als Antipädagogen, die ‚Kinderläden‘ mit anderen als Antiautoritäre Schulexperimente“ (ebd.: 287). Grundlegendes Ziel aller pädagogischen Bewegungen ist es, in der Gegenwart durch Erziehung und Bildung etwas anzustoßen, das in die Zukunft hinein wirkt (vgl. ebd.: 287).

**Mollenhauer:
Mensch im
Spannungsfeld
von Anthro-
pologie, Politik
und Pädagogik**

Als ein wichtiger Repräsentant dieser Epoche gilt **Klaus Mollenhauer** (1928-1998). In seinen sozialpädagogischen Lesebüchern beschäftigt er sich mit dem Zusammenhang von Anthropologie, Politik und Pädagogik und den sich daraus ableitenden Aufgaben für die Pädagogik (vgl. Niemeyer & Rautenberg 2006). Als weiterer Vertreter prägte **Ekkehard von Braunmühl** (*1940) in dieser Zeit den Begriff der „Antipädagogik“ (Braunmühl 1975/2006). Die demokratische Bildung von Kindern und Jugendlichen besitzt für ihn einen hohen Stellenwert. Erziehung solle in gleichberechtigten Strukturen stattfinden, sich nicht an gesellschaftlichen Erwartungen orientieren und auf die Veränderung des Denkens, Fühlens und Verhaltens abzielen. Vielmehr solle eine Erziehung zur Freiheit stattfinden, einer Freiheit, die erst dann ende, wenn sie die Freiheit anderer eingrenze.

**DDR:
Pädagogik
durch Ideologie
und Egalisierung
geprägt**

Die Pädagogik im Osten Deutschlands nimmt nach dem zweiten Weltkrieg (1949-1989) einen anderen Verlauf. Marxistisch-leninistische Bildungskonzeptionen bestimmen die Pädagogik und lassen daneben keine weiteren pädagogischen Strömungen zu. Bildung und Erziehung stehen in engem Zusammenhang und dienen der sozialistischen Persönlichkeitsbildung (Reble 2009: 331). Die sozialistische Ideologie durchdringt alle Lebensbereiche, lässt Individualität nur im Rahmen des „Kollektivs“ zu und orientiert sich nicht an subjektiven Bedürfnissen Einzelner (vgl. Siegmund & Bröcher 2010: 263ff.).

**Konstruktivis-
tische Ansätze
gewinnen an
Bedeutung**

Am Ende des 20. Jh. stellt sich das Bild der Pädagogik zunehmend differenzierter dar. Ab Mitte der 1970er verliert die kritisch-emanzipatorische Pädagogik im Westen an Bedeutung. Aus ihr gehen jedoch unterschiedliche pädagogische Strömungen hervor, die diese „um systemtheoretische Komponenten anreichern und unter postmoderner und konstruktivistischer Perspektive ausdifferenzieren“ (Raithel et al. 2007: 196). Der Soziologe und vormalige Gymnasiallehrer **Niklas Luhmann** (1927-1998) bringt in die systemtheoretische Diskussion wichtige Impulse ein (Luhmann 1984). Er

betrachtet die Gesellschaft als ein System, das sich aus Subsystemen wie Familien und Institutionen zusammensetzt. Diese wirken im Interesse der Stabilität des Gesamtsystems durch Kommunikation und Interaktion zusammen, versuchen so destabilisierende Reibung zu vermeiden (vgl. Rothermel 2001: 25). Neben Ansätzen für die Organisation von Bildung und Erziehung und ihrer sozialgeschichtlichen Verortung finden sich hier Anschlüsse für die pädagogisch-didaktische Interaktion (Raithel et al. 2007: 327)². Einer der bedeutendsten bildungstheoretischen Didaktiker des 20. Jh. ist **Wolfgang Klafki** (*1927). Sein in den 1960er Jahren entwickeltes kritisch-konstruktives Modell geht davon aus, dass Lehrinhalte immer in Beziehung zum Kind, seiner Lebenswelt und den gesellschaftlichen Bedingungen und Erfordernissen stehen und sich nach ihrer Zukunftstauglichkeit hinterfragen lassen sollten (Thesing 2007: 264). Bildung bedeutet für ihn nicht die Anhäufung von Wissensbeständen, sondern vielmehr den Erwerb von Techniken zur eigenen Auseinandersetzung und Aneignung von Wissen. Zentral sind hier Selbstbestimmungs-, Mitbestimmungs- und Solidaritätsfähigkeiten. Mit seinem Ziel einer Bildung für alle lehnt er sich eng an Comenius an und will Chancenungleichheiten gezielt beseitigen. Chancengleichheit zu ermöglichen, setzt für Klafki eine Analyse der „epochaltypischen Schlüsselprobleme der kulturellen, gesellschaftlichen, politischen und individuellen Existenz“ (ebd.: 262) voraus.

Noch heute beeinflusst Klafkis Konzept die pädagogische Bildungsdiskussion, die inzwischen durch die Verschmelzung verschiedener systemtheoretischer Konzepte und Denkansätze von großer Pluralität gekennzeichnet ist. Konstruktivistischen Ansätzen kommt dabei eine besondere Bedeutung zu, da sie in unterschiedlicher Herangehensweise das Verhältnis von Individuum und Gesellschaft beleuchten (vgl. Raithel et al. 2007).

Als wichtiger Vertreter kann hier der Kultur- und Bildungssoziologe **Pierre Bourdieu** (1930-2002) genannt werden, dessen Habituskonzept (Bourdieu 1979/1999) die heutige Pädagogik maßgeblich

Klafki:
Lehrinhalten mit Beziehung zum Kind und seiner Umwelt

Eigene Auseinandersetzung wichtig für Chancengleichheit

Bourdieu:
Habituskonzept

² Luhmanns späte eigene Anwendung der Systemtheorie auf die Pädagogik im Sinne einer „Systembetreuungswissenschaft“ (Luhmann 2004) bleibt allerdings – möglicherweise seiner eigenen ernüchternden Berufserfahrung geschuldet – eher allgemein und konventionell.

**Bourdieu:
Subjektive
Weltaneignung
auf praktische
Lebens-
ausschnitte
beschränkt**

beeinflusst. Nach Bourdieu ist der individuelle Habitus ein System von Dispositionen, die durch den Sozialisationsprozess in der Familie, im Milieu und in Bildungseinrichtungen erworben werden (vgl. Kloss et al., in diesem Band). Die Selbsttätigkeit von Kindern, ihre subjektive Weltaneignung, ist immer auf ihre jeweiligen praktischen Erfahrungsausschnitte begrenzt und reproduziert in ihrem Ergebnis Kompetenzen und Praxisformen der Eltern (Liebau 2006: 364). Bourdieus empirisch fundierte Arbeiten und sein „Ansatz zur Analyse der Gesellschaft im Ganzen, der pädagogischen Institutionen und Organisationen, der Handlungen der Subjekte“ (ebd.: 372) geben insb. Hinweise für eine gelingende systematische Förderung sozial benachteiligter Gruppen, ohne vorgefundene soziale Ungleichheiten zu reproduzieren. Doch sein Ansatz ist bei Pädagog/innen nicht unumstritten. So merkt Liebau (2006: 372) an, die Pädagogik werde durch Bourdieu mit „ihren Grenzen und ihren unkontrollierten Nebenwirkungen konfrontiert und dadurch desillusioniert.“ Tatsächlich hat er bislang in der Pädagogik deutlich weniger Rezeption gefunden als bspw. in der Soziologie, der Psychologie oder den Gesundheitswissenschaften. Gerade für eine subjekt- und ressourcenorientierte Betrachtung der Pädagogik bietet seine Arbeit aber zahlreiche wichtige Ansatzpunkte, die nach unserer Einschätzung künftige Diskussionen noch weit stärker bestimmen werden.

3 Vom Defizitblick zur Ressourcenorientierung

3.1 Spannungsfeld Humankapital und Subjektivität

**Bildung hat
immer eine ge-
sellschaftliche
Dimension**

Eine subjektorientierte Pädagogik, d. h. die zentrale Bezugnahme auf das einzelne Kind bzw. den einzelnen Menschen als Subjekt, hat sich über viele Jahrhunderte in Abhängigkeit von den vorherrschenden gesellschaftlichen Verhältnissen und Leitbildern unterschiedlich stark ausgeprägt entwickelt, ist jedoch stets – in Unterstützung oder Negation – Teil pädagogischer Konzeptionen (vgl. Borkowski & Schmitt, in diesem Band). Pech (2008: 98) weist in diesem Zusammenhang auf die „Gefahr einer Verzweckung von Bildung in pädagogischen und didaktischen Kontexten, eine Dominanz des Affirmativen“ hin. Pädagogik stehe in der Gefahr, „Bildung einzig

**Gefahr der
Verzweckung
von Bildung**

unabhängig des Subjekts zu denken als eine gesellschaftlich ausgehandelte Vorstellung, was ein Kind zu wissen habe“ (ebd.: 98). Diese normative Setzung antizipiert die Anforderungen der Arbeitswelt. Die Kinder werden entsprechend ihrer vorhandenen Potenziale auf das Leistungssystem vorbereitet und diesem zugeordnet. Unter diesem Gesichtspunkt reduziere sich Bildung auf das institutionelle Lernen, bedeute Qualifikation und Schulung, schließe Autonomie und Chancengleichheit praktisch aus. Eine solche Perspektive der Zukunft, bei der Kinder zu „Trägern der zukünftigen Gesellschaft“ (Qvortrup 2005: 42) degradiert werden, verschließe den Blick für die kindlichen Ressourcen und Bedürfnisse im Hier und Jetzt.

Bis in die heutige Zeit hinein bewegt sich die Pädagogik im Spannungsfeld von „Bildung als Investition in als Humankapital verstandene Kinder“ und der „Schaffung von Bedingungen, die Kindern beste Möglichkeiten zur Persönlichkeitsentwicklung“ biete (Pech 2008: 99). Solange die ökonomische Verwertbarkeit von Bildungsprozessen im Vordergrund stehe, bleibt der Blick auf subjektive Bewertungen und Einordnungen verstellt. Böhnisch und Schröer (2007: 10ff.) beschreiben die Aufgabe heutiger Pädagogik mit der Befähigung „zu einem selbstbestimmten Umgang mit Abhängigkeiten“. Das setze voraus, dass Pädagog/innen sich des doppelten Mandates von Individualisierung und Reproduktion bewusst sind.

Wenn Kinder am gesellschaftlichen Geschehen eigenständig und verantwortlich mitwirken, könne der Spagat zwischen Subjektorientierung in Form von Individualisierung der gegenwärtigen Bildungsprozesse und Egalisierung zur Bewältigung zukünftiger gesellschaftlicher Ansprüche gelingen. Die Kluft zwischen Individualität der Kinder und Pluralität von Erwartungen verlange von den pädagogischen Fachkräften eine sensitive Bildungsarbeit (Tenorth 2004: 105ff.). Um den Graben zu schließen, müsse es gelingen, „die geistige Widerstandskraft über die Abarbeitung an Bildungsgegenständen und die Auseinandersetzung mit Personen“ (Bernhard 2001: 222) aufzubauen und so zu verhindern, dass die Kinder am gesellschaftlichen Leistungs- und Konkurrenzdruck zerbrechen. Aus dieser Perspektive betrachtet werden Kinder zu Akteuren ihrer eigenen Entwicklung. Neuere Sozialisationstheorien sprechen vom Agency-Konzept (vgl. Kloss et al., in diesem Band). Dieses begreift Kinder

**Bewusstsein
über doppeltes
Mandat der
Pädagogik nötig**

**Befähigung zum
selbstbestimmten
Umgang mit
Abhängigkeiten
als Ziel subjekt-
orientierter
Pädagogik**

als soziale Akteure und zielt auf die Stärkung ihrer Handlungstätigkeit in der aktiven Auseinandersetzung mit ihrer sozialen Umwelt (vgl. Böhnisch & Schröder 2007: 117ff.). Pädagogik löse sich so von der Verwertbarkeit der Bildungsinhalte und fördere die Eigenständigkeit und Selbstbestimmung durch die Auseinandersetzung mit der ökonomischen, kulturellen und sozialen Lebenswelt, proklamiert schon Adorno (1971: 44) in Vorgriff auf die Kritische Pädagogik.

3.2 Fünf Dimensionen von Bildung

Im Bereich der Allgemeinen Pädagogik stehen Aufgaben und zu bearbeitende Themen in derartiger Komplexität, dass auch notwendige Ressourcen, die zur Bewältigung der jeweiligen Anforderungen beitragen können, an vielfältigen Stellen verortet und in unterschiedlichen Ausprägungen vorhanden sein sollten. Auch wenn gewisse Universalien identifiziert werden könnten, mangelt es ihnen doch an Spezifik. Exemplarisch werden wir daher im Folgenden am Modell der fünf Dimensionen von Bildung (Langewand 1994) versuchen, uns den Aufgaben und Ressourcen der Pädagogik anzunähern.

**Temporäre
Dimension:
Bildung abhängig
von Zeit,
historischem
Verlauf und
Richtungssinn**

Bildungsinhalte orientieren sich zumeist an gesellschaftlichen Erwartungen und Bedingungen. Sie kennzeichnen die *temporäre Dimension von Bildung*. Diese konstruiert den Bildungsbegriff in Abhängigkeit zur jeweiligen Zeit, dem historischen Verlauf und dessen Richtungssinn. In Kapitel 2 haben wir diese Faktoren und daraus resultierende Aufgaben für die Pädagogik bereits ausführlich beleuchtet, daher soll hier nicht näher darauf eingegangen werden.

**Sachliche
Dimension
basiert auf
Wissens-
vermittlung**

Die *sachliche Dimension* der Bildung basiert v. a. „auf der Inhaltsvermittlung, auf der Auseinandersetzung mit eigens dazu gewählten Inhalten, da nur auf diesem Weg die Grundlagen für sachbezogenes Urteil und Entscheidungsfähigkeit geschaffen werden“ (Raithel et al. 2007: 37). Diese Ebene ist eng mit der temporären Dimension, dem jeweils vorherrschenden Welt- und Menschenbild und den dazugehörigen Bildungsauffassungen verwoben. Während lange Zeit die Qualifikation und somit die Verwertbarkeit von Bildungsprozessen im Zentrum pädagogischen Handelns stand, fragen neuere subjektorientierte Ansätze nach dem Gewinn für die Person des oder der Lernenden. Im Mittelpunkt einer subjektorientierten

Bildung steht die Entwicklung von umfassenden personalen Fähigkeiten und Fertigkeiten, die „nicht unmittelbaren und begrenzten Bezug zu bestimmten, disparaten praktischen Tätigkeiten erbringen“ (ebd.: 37). Unter dem Gesichtspunkt eines „Lebenslangen Lernens“ sind Kompetenzen, die zur Bewältigung von sich verändernden Anforderungen dienen und eine flexible Anpassung an unterschiedliche Situationen und Aufgaben ermöglichen, elementar. Im Bereich der Grundschulen setzt seit den PISA-Ergebnissen im Jahr 2000 an dieser Stelle ein Umdenken ein. Lehrpläne orientieren sich seither weniger an zu vermittelnden Wissensbeständen, vielmehr werden Kompetenzlehrpläne entwickelt, die auf die Ausbildung von Schlüsselkompetenzen wie Sach-, Sozial-, Methoden- und Selbst-/Persönlichkeitskompetenz abzielen (vgl. Raithel et al. 2007; Pech 2008). Kritisch zu betrachten ist die z. T. inflationäre Verwendung des Kompetenzbegriffs. Werden Kompetenzen zum einen als individuelle Fähigkeiten und Ressourcen von Kindern betrachtet, die es zu entdecken und zu unterstützen gilt, führt die Kompetenzausrichtung auf der anderen Seite auch zu einer einfachen Umbenennung von „Lernbereichen“ in „Kompetenzbereiche“, die dann wiederum „vermittelt“ werden sollen (Pech 2008). Hier fehlt es dem Kompetenzbegriff bislang an sprachlicher Schärfe bzw. einer breit konsentierten, abgrenzenden Definition.

Die Neuorientierungen und Umstrukturierungen in der „Nach-PISA-Zeit“ (Pech 2008) bilden nur das neueste Beispiel davon ab, wie sehr Bildung sich immer von der gesellschaftlichen Wirklichkeit hinterfragen lassen muss. Langewand (1994) fasst die Frage der Anerkennung von sozialen, pädagogischen, moralischen und wissenschaftlichen Standards von Bildung in der Gesellschaft unter den Begriff der *sozialen Dimension*. Nicht alle Maßnahmen, die seither initiiert wurden, zielen auf subjektorientierte Lernprozesse ab. Das Postulat der *individuellen Pflicht zur Bildung* (Pech 2008: 100) wird an vielen Stellen sichtbar und verdeutlicht hier wieder das Spannungsfeld zwischen individuellen Bedürfnissen und gesellschaftlichen Anforderungen. Der in Wirtschafts-, Politik- und Gesundheitswissenschaften bereits stark diskutierte Begriff der „Verwirklichungschancen“/„Capability-Approach“ (Bittlingmayer 2011; vgl.

Lebenslanges Lernen: Kompetenzen zur Bewältigung von Veränderungen nötig

Soziale Dimension: Gesellschaftliche Anerkennung von sozialen, pädagogischen, moralischen und wissenschaftlichen Standards von Bildung

Schulze et al., in diesem Band) könnte der pädagogischen Debatte einen interessanten Impuls geben (vgl. auch Ziegler & Otto 2010).

**Initiierung
kontinuierlicher, alters-
übergreifender
Bildungs-
prozesse**

Als Zwischenergebnis ist an dieser Stelle festzuhalten, dass auf bundesdeutscher Ebene in den vergangenen Jahren verstärkt Bemühungen unternommen werden, um kontinuierliche Bildungsprozesse zu initiieren, die sich nicht auf einzelne Altersgruppen beschränken, sondern die gesamte Lebensspanne berücksichtigen. Wichtige Erkenntnisse liefert hier die Transitionsforschung (Griebel & Niesel 2004), die über die Kooperation unterschiedlicher Bildungseinrichtungen hinausgehend auch die Anschlussfähigkeit der Institutionen untersucht mit dem Ziel, Bildungsbiografien von Kindern im Übergang der Institutionen positiv zu stützen. Gerade in den Übergängen als Zeiten individuell erlebter Krisen³ besteht hoher Förderbedarf, weil hier Weichen in Richtung Gewinn- oder Verlustspiralen in der weiteren Bildungskarriere des Kindes gestellt werden können. Die Transitionsforschung zielt darauf, dass das Kind selbst mit seinen individuellen Voraussetzungen und Bedürfnissen im Mittelpunkt des Transitionsprozesses gesehen wird. Um anschlussfähige Bildungsprozesse zu initiieren, wird auch in der Forschung der subjektiven Bewertung eines Kindes im Übergangsprozess vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt und in der Praxis an alltagstauglichen Gestaltungsmöglichkeiten des Transitionsprozesses für das einzelne Kind gearbeitet (ebd.; vgl. auch Borkowski & Schmitt, in diesem Band).

**Transitions-
prozesse im
Blickfeld der
Pädagogik**

**Wissenschaft-
liche Dimension:
Förderliche
Bildungs-
bedingungen
und Praxis-
reflexion**

Dies leitet über zur *wissenschaftlichen Dimension* als zentralem Merkmal moderner Pädagogik. Einerseits geht es auf theoretischer Ebene um die Frage von förderlichen Bildungsbedingungen (Wissenschaft und Forschung), andererseits bezeichnet die wissenschaftliche Dimension auch die Reflektion praktischer Bildungsarbeit.

**Komponenten
professioneller
Handlungs-
kompetenz**

Reflektion der eigenen Bildungsarbeit setzt Professionalität voraus, die sich, so Raithel et al. (2007: 41), durch einen hohen Grad an generalisiertem, systematisiertem Wissen auszeichnet. Bewusstes, planvolles Handeln und die Überprüfung der beruflichen Kompetenz mittels Selbstkontrolle kennzeichnen pädagogische Handlungspro-

³ Der Transitionsansatz weist deutliche Parallelen auf zu dem in der Medizin verbreiteten Modell kritischer Perioden und den jeweiligen Entwicklungsfenstern spezifischer biologischer, psychologischer und sozialer Wachstumsprozesse (vgl. z. B. Dragona & Siegrist 2006: 174).

fessionalität. Neben der Selbstreflexion und dem professionellen Handeln nennt Nieke (2002: 13ff.) Gesellschaftsanalyse und Situationsdiagnose als Komponenten professioneller Handlungskompetenz – Schlagworte, die an die Leitideen verschiedener Klassiker von Rousseau über Klafki bis zu Bourdieu erinnern. Insbesondere Klafkis Modell einer kritisch-konstruktivistischen Didaktik verweist auf die kulturellen, gesellschaftlichen und politischen Grundannahmen als Ausgangspunkte zur Gestaltung schulischen Lernens.

Klafki betont weiterhin die individuellen Voraussetzungen für die Gestaltung von Lernprozessen. Langewand (1994) verortet die subjektiven Bewertungen von Bildung auf der Folie kultureller Vorgaben in der *autobiografischen Dimension* seines Modells.

Pädagogische Prozesse sind stets in eine Richtung ausgelegt: Kinder (oder auch Erwachsene) sollen etwas lernen. Dies ist eng mit der Annahme verknüpft, „dass jenes, was gelehrt wird, mehr oder weniger zwangsläufig auch gelernt wird“ (Pech 2008: 105). Klaus Holzkamp (1993) bezeichnet dies als „Lehr-Lern-Kurzschluss“. Lernen als individueller Prozess ist nicht vorhersehbar. Klafki hingegen beschreibt Lernen als Interaktionsprozess, „in dem sich der oder die Lernende (mit Unterstützung von Lehrenden) – in zunehmendem Maße selbstständig – Erkenntnisse und Fähigkeiten zur Auseinandersetzung mit ihrer [...] gesellschaftlichen Wirklichkeit aneignet“, wie Kremer (2001: 77) darlegt. Diskursiv gestaltete Unterrichtsformen führen zu höherer Identifikation mit Unterrichtsinhalten, setzen jedoch eine Mitplanung des Unterrichts durch die Schüler/innen voraus. Dies bedingt, dass die subjektiven Perspektiven von Kindern wahrgenommen werden und sie Möglichkeiten zur Mitgestaltung ihrer eigenen Lernprozesse erhalten. Partizipation zu leben, erfordert Qualifikationen auf beiden Seiten. Aufseiten der Pädagog/innen sind neben reflektierter Professionalität eine wertschätzende Grundhaltung („Empathie“) gegenüber kindlichen Perspektiven und ein großes Methodenspektrum zur Förderung kindlicher Beteiligung erforderlich. Aufseiten der Kinder bedarf es der Entwicklung von Kompetenzen, die Selbst- und Mitbestimmung ermöglichen. Klafki nennt an dieser Stelle Selbstbestimmungs-, Mitbestimmungs-, und Solidaritätsfähigkeit, deren Ausbildung eng an den Erwerb von Kulturtechniken (z. B. lesen, schreiben, rechnen) gebunden sei. „Für die Päd-

Autobiografische Dimension: Subjektive Bewertung von Bildungsprozessen nach kulturellen Vorgaben

Höhere Identifikation mit Inhalten durch diskursive Unterrichtsformen

Partizipation erfordert Qualifikationen bei Lehrkräften und Kindern

gogik bedeutet dies, dass Partizipation nicht nur Mittel, sondern genauso Ziel des Lernens und im weiteren Sinne Strukturdimension der Sozialisation ist“ (Böhnisch & Schröer 2007: 194). Ko-konstruktivistische Ansätze dieser Art haben seit Einführung der Bildungspläne insb. in der Elementarpädagogik an Bedeutung gewonnen (vgl. Borkowski & Schmitt sowie Mey, in diesem Band).

Die subjektive Perspektive von Kindern zum Ausgangspunkt der Pädagogik zu machen, bedeutet auch, die Heterogenität ihrer Lebenswelten anzuerkennen. Bourdieu verweist mit seinen empirischen Untersuchungen schon in den 1970er Jahren darauf, dass unter Missachtung der sozialen und kulturellen Herkunft, trotz formaler Gleichheit in den Institutionen, keine Chancengleichheit möglich ist (Prenzel 2006: 25). Vielmehr sorgen vermeintlich neutral gehandhabte Leistungskriterien (Liebau 2006: 366) für die Reproduktion der vorhandenen Ungleichheiten (Bauer 2005). Erfolg oder Versagen in der Schule werden der Person des Schülers oder der Schülerin selbst zugeschrieben, soziale und kulturelle Hintergründe werden ausgeschlossen. Die Aussicht auf eine erfolgreiche Schulkarriere steigt, wenn „schulische und familiäre Habitusformen übereinstimmen“ (Liebau 2006: 366). Da sich schulische Werte und Normen jedoch an Bildungsvorstellungen der Mittel- und Oberschicht orientieren, werden Kinder dieses Milieus trotz formaler Gleichheit privilegiert. Der Diversitätsansatz kann an dieser Stelle wertvolle Hilfestellungen bieten, betrachtet er nicht kulturelle und soziale Voraussetzungen für eine schulische Bildung, sondern fragt vielmehr nach „gesellschaftlichen Sozial- und Chancenstrukturen“ (Böhnisch & Schröer 2007: 254) und deren Offenheit für sozial und kulturell gebundene Bewältigungsstrategien. Die Aufgabe der Pädagogik in diesem Prozess ist es, die Unterschiedlichkeit wahrzunehmen und als Bereicherung anzuerkennen, nach Prenzel (2006: 187) „Gemeinsamkeit zu stiften, in der Individualität nicht stört, sondern wachsen kann.“ Offenheit für die Heterogenität der Lebensbedingungen impliziert die Anerkennung eigener Lernprozesse vor dem jeweiligen sozialen und kulturellen Hintergrund einer jeden Person und schließt faktisch das Aufstellen verbindlicher Leistungsbewertung aus. Dies erfordert ein Umdenken in der Pädagogik. Statt reinen Lernstoff zu vermitteln, muss vielmehr die Befähigung zur eigenen Lebensgestal-

Formale Gleichheit im Bildungsprozess bewirkt Reproduktion vorhandener Ungleichheiten

Privilegierung von Mittel- und Oberschichtskindern durch Orientierung an den Werten und Normen ihres Milieus

Befähigung zur eigenen Lebensgestaltung statt reiner Wissensvermittlung

tung in den Mittelpunkt unterrichtlicher Gestaltung rücken. Didaktisch setzt eine solche Form der „Pädagogik der Vielfalt“ (vgl. Prenzel 2006) an Konzepten „selbstbestimmten Lernens“ an, die oftmals auf Ansätze der Reformpädagogik zurückgehen. Einen der bekanntesten Ansätze findet man bei dem US-amerikanischen Philosophen und Pädagogen **John Dewey** (1859-1952). Sein Konzept „Lernen durch Erfahrung“, auch „learning by experience“ oder „learning by doing“, bildet die Grundlage für viele neuere handlungsorientierte Ansätze (Göhlich 2007). Aber auch Montessoris Ansatz der „Hilfe zur Selbsthilfe“ rückt dabei in den Fokus moderner Pädagogik.

**Dewey:
Lernen aus
Erfahrung**

4 Ressourcenansätze in der Pädagogik

Im folgenden Abschnitt werden wir versuchen, die skizzierten Ressourcenansätze in der Pädagogik praktisch darzustellen. Durch die starke Segmentierung der allgemeinen Pädagogik in zahlreiche Subdisziplinen und Fachrichtungen (vgl. Raithel et al. 2007) kann dies an dieser Stelle nur beispielhaft geschehen. In der vorangegangenen Betrachtung wurde bereits deutlich, dass im Bereich der Pädagogik der Ressourcenbegriff auf der personalen Ebene nur wenig Anwendung findet. Vielmehr wird in der Pädagogik von individuell zu erwerbenden Kompetenzen gesprochen, die in unterschiedlichen Situationen als Ressourcen zum Tragen kommen können.

Da der Kompetenzerwerb gerade in der Schule betont wird, werden Ressourcenansätze im Folgenden anhand der Schulpädagogik exemplarisch abgebildet.

4.1 Kompetenzentwicklung durch Partizipation

Nicht die Wissensvermittlung, sondern die Ausbildung von Kompetenzen, die Kinder in die Lage versetzen, ihr Leben selbst zu bestimmen, steht im Mittelpunkt neuer kompetenzorientierter Lehrpläne. Eine wichtige Rolle spielen hier die unter 3.2 bereits skizzierten Ansätze des „Erfahrungslernens“, die auf Selbstständigkeit und Eigenverantwortung der Schüler/innen im Lernprozess abzielen. Wenn Kinder selbstbestimmt und eigenverantwortlich für sich und andere eintreten sollen, setzt dies voraus, dass sie die Möglichkeit zur Mitsprache und Mitgestaltung haben. Partizipation muss somit zum

**Fokus auf Kom-
petenzerwerb
zur selbst-
bestimmten
Lebensführung**

Bandbreite der Partizipation

„Strukturprinzip von Bildungsprozessen“ (Pech 2008: 106) werden. Die – sicherlich stark vereinfachenden – Partizipationsstufen nach Hart (2002) in Abbildung 1 machen die Bandbreite der gelebten Partizipation auf allen Stufen deutlich. Im Beitrag zu den Kindheitswissenschaften (Geene, Hungerland et al., in diesem Band) wird das inkohärente Bild von Partizipation in der pädagogischen Praxis ausführlich diskutiert.

9. Selbstverwaltung
8. Selbstbestimmung
7. Mitbestimmung
6. Mitwirkung
5. Zugewiesen, informiert
4. Teilhabe
3. Alibi-Teilhabe
2. Dekoration
1. Fremdbestimmung

Abbildung 1: Stufen der Partizipation nach Roger Hart (2002)

4.2 Kompetenzen durch Gemeinschaftsaktionen

Im vorangegangenen Abschnitt wurde darauf hingewiesen, dass erfolgreiche ressourcenstärkende Strategien über den Lehrplan hinausgehen müssen. Unter diesem Gesichtspunkt können unterrichtliche Gemeinschaftsaktionen gleiche Ausgangsbedingungen für Bildungsprozesse schaffen, ohne Kinder zu belehren und bloßzustellen. Vor allem interaktive Lernformen stärken die sozialen Kompetenzen der Einzelnen und ermöglichen ein Gemeinschaftsgefühl in den Klassen, da nicht in einem Erwachsenen-Kind-Verhältnis am Platz für sich allein gelernt wird. Vielmehr werden Peerprozesse angeregt, bei denen Lernende selbst zu Lehrenden werden. Zinnecker (1996: 48) betont, dass soziale Handlungsregeln und soziale Moral sich in unterschiedlichen Lernwelten ausbilden „und nicht etwa im alltäglichen Umgang von Kindern mit Erwachsenen.“ Erfahrungsbasiertes Lernen findet nicht nur im Unterrichtsraum statt, sondern in Zusammenhängen, in denen echte Erfahrungen möglich werden. Das Verlassen des Klassenzimmers auf der gemeinsamen Suche nach entsprechenden Erfahrungswelten bietet Kindern nicht nur spannende Gemeinschaftserfahrungen, sondern leistet einen wichtigen Beitrag zur Chancengleichheit. Bourdieu zeigt, dass Kinder den familiären Habi-

Interaktive Lernformen zur Stärkung individueller sozialer Kompetenzen und des Gemeinschaftsgefühls

Chancengleichheit durch Gemeinschaftserfahrungen

tus frühzeitig übernehmen (vgl. Liebau 2006: 364). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass ihnen bestimmte Erfahrungsräume verschlossen bleiben.

„Nicht die formale Bildung, sondern die bislang unbeachteten Formen der Alltagsbildung erzeugen die eigentliche Kluft zwischen Privilegierten und den sozial Benachteiligten, zwischen den sozialen Schichten und Milieus, zwischen den Bildungsgewinnern und den Bildungsverlierern“ Rauschenbach (2007: 447).

Erfahrungsräume außerhalb der Schule zu nutzen, setzt eine Öffnung in den Sozialraum und eine Vernetzung mit anderen Institutionen voraus. So ermöglicht der Rückgriff auf öffentliche Ressourcen eine Bereicherung des Unterrichtsalltags.

**Vernetzung
im Sozialraum
als wichtige
Ressource**

4.3 Vernetzung als Beitrag zur Chancengleichheit

Die Heterogenität der Kinder in den Schulklassen macht eine Kooperation mit Fachkräften aus anderen Bereichen unerlässlich, da der ‚schulische Blick‘ allein nicht ausreicht, um die Gesamtsituation eines Kindes zu erfassen und wirkungsvolle Hilfestellung zum Erhalt ihrer zukünftigen Handlungsoptionen leisten zu können. Vielmehr muss es darum gehen, durch Kooperationsbeziehung und Partnerschaften Synergieeffekte zu generieren und so verschiedene Einzelmaßnahmen unterschiedlicher Fachrichtungen zu einem wirkungsvollen, ganzheitlichen Konzept für Kinder, Jugendliche und deren Familien zu verknüpfen. An dieser Stelle agieren Lehrkräfte im Spannungsfeld von „Beteiligung“ und „anwaltschaftlichem Eintreten“. Einerseits ist es notwendig, in diesem Prozess anwaltschaftlich für die Interessen der Schüler/innen einzutreten, andererseits ist es ebenso wichtig, ihnen eine eigene Stimme zu geben, ihre Perspektive wahrzunehmen. Hier ist pädagogisches Geschick und Fingerspitzengefühl erforderlich, um jeweils passende Handlungsstrategien anzuwenden.

**Vernetzung
mit anderen
Professionen
zur Erfassung
der Gesamtsituation
des Kindes und für
wirkungsvolle
Hilfestellungen**

**Professionelles
Handeln im
Spannungsfeld
von Partizipation
und anwaltschaftlichem
Eintreten**

Eine gute Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Institutionen kann einer Verfestigung von Problemlagen entgegenwirken. In der Praxis stellt sich jedoch oft ein anderes Bild dar. Eine Vernetzung findet vielfach erst im Problemfall statt. Die Gründe dafür sind vielfältig und reichen vom mangelnden Engagement einzelner Personen, über Konkurrenzdenken zwischen Institutionen bis hin zu unterschiedlichen politischen Zuständigkeiten. Vernetzungsarbeit einen

größeren Stellenwert einzuräumen, bedeutet also, sich in den einzelnen pädagogischen Arbeitsfeldern neu zu orientieren, aber auch gesamtpolitisch gegen die Verinselung der verschiedenen Fachrichtungen und Subdisziplinen von Pädagogik anzukämpfen.

Institutionen- und altersübergreifende Bildungspläne

Ein erster Ansatz findet sich in der Entwicklung institutionen- und altersübergreifender Bildungspläne, die bereits in mehreren Bundesländern existieren. Sie liefern Impulse für die pädagogische Arbeit mit Kindern vom Kleinkind- bis zum Schulalter, teilweise für die Altersspanne der 0- bis 10-Jährigen, andere sogar für 0- bis 14-Jährige.

Orientierung an heterogenen Ausgangsbedingungen

Orientierte sich die pädagogische Arbeit vor der Einführung dieser Bildungspläne am Selbstverständnis der jeweiligen Institution und an altersentsprechenden Lerninhalten, wurden diese Strukturen damit aufgebrochen und die heterogenen Ausgangsbedingungen der Kinder rücken in den Mittelpunkt. Lernarrangements knüpfen daran an, mit dem Ziel, individuelle Bildungsverläufe von Kindern zu unterstützen und Chancenungleichheit abzubauen. Eine solche Form der Pädagogik ist jedoch „unvereinbar mit traditionellen Ziffernzeugnissen“ (Prenzel 2006: 193). Konkret abrechenbare Leistungsmaßstäbe, die durch Notengebung und eine Versetzungsordnung unterstrichen werden, führen dazu, dass die subjektiven Bedürfnisse des einzelnen Kindes aus dem Blick geraten und Lehrkräfte ein Balanceakt zwischen dem ‚Mitnehmen‘ jedes einzelnen Kindes und dem ‚Mitkommen‘ aller Kinder bewältigen müssen.

Durch abrechenbare Leistungsmaßstäbe geraten individuelle kindliche Bedürfnisse aus dem Blick

Alters- und institutionsübergreifende Lehrpläne sind ein guter Anfang, doch können sie nur wirklich erfolgreich sein, wenn alle politischen Strategien konsequent auf einen solchen pädagogischen Ansatz der Vielfalt abgestimmt werden. Letztlich sollten diese Strategien eingebettet sein in einen „Whole-of-Society Approach“ (WHO Euro 2012), z. B. durch kommunale integrierte Gesamtkonzepte, weil Bildungsverläufe von vielen weiteren sozialen Einflussfaktoren abhängig sind (vgl. Geene, Lehmann et al., in diesem Band).

Literatur

- Adorno, Theodor W. (1971): *Erziehung zur Mündigkeit*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Bauer, Ulrich (2005): *Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung*. Wiesbaden: VS.

- Bausch, Dominik C. (2007): *Historische Medienkritik. Sokrates Kritik am Geschriebenen*. Verfügbar unter http://www.hdm-stuttgart.de/ifak/medienwissenschaft/medienkritik_medienwirkung/historische_medienkritik/medienkritik_bausch [24.02.13].
- Bernhard, Armin (2001): *Bildung und Erziehung: Grundlagen emanzipativer Subjektwerdung. Beiträge zur kritischen Bildungstheorie und Pädagogik*. Kiel: Peter Götzelmann.
- Bittinglmayer, Uwe (2011): Die Speerspitze einer neuen sozialen Bewegung. Public Health und das Verhältnis von Gesundheit und Gesellschaft. In: *Dr. med. Mabuse 191*, 61-65.
- Blankertz, Herwig (1992): *Geschichte der Pädagogik. Von der Aufklärung bis zur Gegenwart*. Hamburg: Büchse d. Pandora.
- Böhnisch, Lothar & Schröer, Wolfgang (2007): *Politische Pädagogik. Eine problemorientierte Einführung*. Weinheim: Juventa.
- Bourdieu, Pierre (1979/1999): *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft* (11. Aufl.). Frankfurt: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre & Passeron, Jean-Claude (1971): *Die Illusion der Chancengleichheit*. Stuttgart: Klett.
- Braunmühl, Ekkehard von (1975/2006): *Antipädagogik*. Leipzig: tologo.
- Bundesjugendkuratorium (2009): *Partizipation von Kindern und Jugendlichen – Zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Stellungnahme des Bundesjugendkuratoriums*. München: DJI.
- Dragona, Nico & Siegrist, Johannes (2006): Die Lebenslaufperspektive sozialer Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In: Richter, Matthias & Hurrelmann, Klaus (Hg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS, 171-184.
- Friedmann, Jan (28.01.2008): Die Ein gewisser Schlendrian. In: *Der Spiegel*, 5/2008, 52-53.
- Geißler, Rainer (2008): *Die Sozialstruktur Deutschlands. Zur gesellschaftlichen Entwicklung mit einer Bilanz zur Vereinigung* (5. Aufl.). Wiesbaden: VS.
- Göhlich, Michael (2007): Aus Erfahrung lernen. In: Göhlich, Michael; Wulf, Christoph & Zirfas, Jörg (Hg.): *Pädagogische Theorien des Lernens*. Weinheim: Beltz, 190-206.
- Griebel, Wilfried & Niesel, Renate (2004): *Transitionen - Fähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern, Veränderungen erfolgreich bewältigen*. Weinheim: Beltz.
- Hansmann, Otto (2006): Jean-Jacques Rousseau (1712-1778). In: Dollinger, Bernd (Hg.): *Klassiker der Pädagogik. Die Bildung der modernen Gesellschaft*. Wiesbaden: VS, 27-53.
- Hart, Roger A. (2002): *Children's participation. The theory and practice of involving young citizens in community development and environmental care*. London: Earthscan / New York: Unicef.
- Holzkamp, Klaus (1993): *Lernen- subjektwissenschaftliche Grundlegung*. Frankfurt: Campus.
- Illich, Ivan (1972/2003): *Entschulung der Gesellschaft. Eine Streitschrift* (5. Aufl.). München: Beck.
- Kremer, Armin (2001): Didaktik. In: Bernhard, Armin & Rothermel, Lutz (Hg.): *Handbuch Kritische Pädagogik* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz, 74-84.
- Kuhn, Thomas S. (1972/2001): Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen (22. Aufl.). Frankfurt: Suhrkamp.
- Langewand, Alfred (1994): Bildung. In: Lenzen, Dieter (Hg.): *Erziehungswissenschaften. Ein Grundkurs*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Liebau, Eckart (2006): Pierre Bourdieu (1930-2002). In: Dollinger, Bernd (Hg.): *Klassiker der Pädagogik. Die Bildung der modernen Gesellschaft*. Wiesbaden: VS, 353-376.
- Luhmann, Niklas (1984): *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (2004): *Schriften zur Pädagogik. Ein Theorienvergleich*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Montessori, Maria (2009): *Grundlagen meiner Pädagogik* (23. Aufl.). Wiebelsheim: Quelle & Meyer.
- Musolf, Hans-Ulrich & Hellekamps, Stefanie (2006): *Geschichte des pädagogischen Denkens*. München: Oldenbourg.
- Nieke, Wolfgang (2002): Kompetenz. In: Otto, Hans-Uwe, Rauschenbach, Thomas & Vogel, Peter (Hg.): *Erziehungswissenschaft: Professionalität und Kompetenz*. Opladen: Leske + Budrich, 13-27.
- Niemeyer, Christian & Rautenberg, Michael (2006): Klaus Mollenhauer (1928-1998). In: Dollinger, Bernd (Hg.): *Klassiker der Pädagogik. Die Bildung der modernen Gesellschaft*. Wiesbaden: VS, 331-353.
- Nohl, Herman (1935): *Die Pädagogische Bewegung in Deutschland und ihre Theorie* (2., durchges. Aufl.). Frankfurt: Schulte-Bulmke.
- Pech, Detlef (2008): Bildung und Kindheitswissenschaften. Überlegungen zu einem vernachlässigten Verhältnis. In: Luber, Eva & Hungerland, Beatrice (Hg.): *Angewandte Kindheitswissenschaften. Eine Einführung für Studium und Praxis*. Weinheim: Juventa, 91-110.
- Prange, Klaus (2000): *Plädoyer für Erziehung*. Baltmannsweiler: Schneider.
- Prenzel, Annedore (2006): *Pädagogik der Vielfalt: Verschiedenheit und Gleichberechtigung in interkultureller, feministischer und integrativer Pädagogik* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS.
- Qvortrup, Jens (2005): Kinder und Kindheit in der Sozialstruktur. In: Hengst, Heinz & Zeiher, Helga (Hg.): *Kindheit soziologisch*. Wiesbaden: VS, 27-47.
- Rauschenbach, Thomas (2007): Im Schatten der formalen Bildung, Alltagsbildung als Schlüsselfrage der Zukunft. In: *Diskurs Kinder- und Jugendforschung* 2 (4), 439-453.
- Raitel, Jürgen; Dollinger, Bernd & Hörmann, Georg (2007): *Einführung Pädagogik. Begriffe, Strömungen, Klassiker, Fachrichtungen* (2., durchges. u. erw. Aufl.). Wiesbaden: VS.

- Reble, Albert (2009): *Geschichte der Pädagogik* (22. Aufl.). Stuttgart: Klett.
- Rousseau, Jean-Jacques (1762/1971): *Émile oder: Über die Erziehung*. Paderborn: Schöningh.
- Rothermel, Lutz (2001): Pädagogik als Wissenschaft. In: Bernhard, Armin & Rothermel, Lutz (Hg.): *Handbuch Kritische Pädagogik* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz, 19-28.
- Schilling, Johannes (2005): *Soziale Arbeit. Geschichte – Theorie – Profession* (2. Aufl.). München: Reinhardt.
- Schmidt, Ralf (2002): Schülerpartizipation im Unterricht und Schulleben. In: Krüger, Heinz-Hermann; Reinhardt, Sibylle; Kötters-König, Catrin et al. (Hg.): *Jugend und Demokratie – Politische Bildung auf dem Prüfstand. Eine quantitative und qualitative Studie aus Sachsen-Anhalt*. Opladen: Leske + Budrich, 103-114.
- Siegmund, Michael & Bröcher, Joachim (2010): *Pädagogische Grundlagen der Angewandten Kindheitswissenschaften. 16 Seminar-Lektionen mit Impulsfragen und Transferaufgaben* (2., vollst. überarb. Aufl.). Norderstedt: Books on Demand.
- Skiera, Ehrenhard (2010): *Reformpädagogik in Geschichte und Gegenwart* (2. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Tenorth, Heinz-Elmar (2004): Bildungsziele, Bildungsstandards und Kompetenzmodelle. Kritik und Begründungsversuche. In: Diskowski, Detlef & Hammes-Di Bernado, Eva (Hg.): *Lernkulturen und Bildungsstandards. Kindergarten und Schule zwischen Vielfalt und Verbindlichkeit*. Baltmannsweiler: Schneider, 105-115.
- Thesing, Theodor (2007): *Leitideen und Konzepte bedeutender Pädagogen. Ein Arbeitsbuch für den Pädagogikunterricht* (3., vollst. überarb. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Vogt, Hans Heinrich (1966): *Der Nürnberger Trichter. Lernmaschinen für ihr Kind?* Stuttgart: Franckh'sche Verlagshandlung.
- Ulmann, Gisela (1987): *Über den Umgang mit Kindern. Orientierungshilfen für den Erziehungsalltag*. Frankfurt: Campus.
- WHO Euro Regionalbüro für Europa (2012): *Europäisches Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden*. Verfügbar unter <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020> [24.02.13].
- Wulfhorst, Britta & Hurrelmann, Klaus (2009): Gesundheitserziehung: Konzeptionelle und disziplinäre Grundlagen. In: dies. (Hg.): *Handbuch Gesundheitserziehung*. Bern: Huber, 9-34.
- Ziegler, Holger & Otto, Hans-Uwe (2010): *Capabilities: Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS.
- Zinnecker, Jürgen (1996): Soziologie oder Sozialisation des Kindes? Überlegungen zu einem aktuellen Paradigmenstreit. In: Honig, Michael-Sebastian; Leu, Hans-Rudolf & Nissen, Ursula (Hg.): *Kinder und Kindheit. Soziokulturelle Muster – Sozialisations-theoretische Perspektiven*. Weinheim: Juventa, 31-54.

Kinder als Akteure – Die Neue Soziologie der Kindheit

1 Einführung in die Neue Soziologie der Kindheit

Dieser Beitrag geht der Frage nach, ob in der soziologischen Auseinandersetzung mit Kindheit ein ressourcenorientierter Ansatz eine Rolle spielt. Dabei soll der Schwerpunkt auf der Disziplin der *Neuen Soziologie der Kindheit* liegen.

Die *Kindheitssoziologie* oder *Soziologie der Kindheit* ist eine Unterdisziplin der Soziologie. Daher soll hier zunächst skizzenhaft in die Soziologie eingeführt werden. Es handelt sich um die zentrale Wissenschaft innerhalb der Sozialwissenschaften, die sich mit dem Zusammenleben der Menschen befasst. Es gibt keine allgemein verbindliche Definition der Soziologie als wissenschaftlicher Disziplin (Hungerland 2008: 75). Dennoch kann man den Gegenstand ihrer Arbeit benennen: die Gesellschaft und alle Aspekte des Handelns von Menschen darin (ebd.). Fragen, denen die Soziologie nachgeht, sind: „Wie gehen Menschen miteinander um? Was denken, wollen und tun sie? Wie organisieren sie sich in Gemeinschaften? Welchen Einfluss hat diese Organisation wiederum auf ihr Denken, ihre Motivation und auf ihr Handeln?“ (ebd.). Ihre Wurzeln hat die Soziologie in der Zeit der Aufklärung, als eigenständige wissenschaftliche Disziplin hat sie sich aber erst im 20. Jh. institutionalisiert. So wurde die Deutsche Gesellschaft für Soziologie 1912 gegründet (Reinhold 1992).

Aus der Soziologie haben sich eine Reihe von spezifischen Richtungen entwickelt, die jeweils gesellschaftliche Teilbereiche fokussieren. So umfasst bspw. die Deutsche Gesellschaft für Soziologie aktuell 34 Sektionen von „Alter(n) und Gesellschaft“ bis „Wissenssoziologie“. Eine der jüngsten spezifischen soziologischen Disziplinen ist die Soziologie der Kindheit. Gegenstand sind Kinder als identifizierbare soziale Gruppe. Erst seit den 80er Jahren des 20. Jh. scheint die Kindheit überhaupt als eigenständiger Gegenstand in den Blickpunkt des Interesses der Sozialwissenschaften geraten zu sein. Zwar gab es bereits zuvor eine Beschäftigung der Soziologie mit Kindern, jedoch keinen eigenständigen soziologischen Zugang zu

Soziologie der Kindheit als junge soziologische Disziplin

**Kinder als
eigenständige
soziale Gruppe**

Kindern oder dem Phänomen „Kindheit“. Unhinterfragt hatte die Soziologie eine psychologisch-erziehungswissenschaftliche Sicht adaptiert. Kinder wurden dabei entweder ausschließlich im Kontext der Familie gesehen oder es stand ihre Sozialisation im Mittelpunkt. Das Konzept der Sozialisation befasst sich jedoch schwerpunktmäßig mit der Frage, wie ein Mensch in die Gesellschaft hineinwächst. Dabei wird der erwachsene Mensch als Ziel betrachtet, der am vorläufigen Ende dieses Prozesses eine handlungskompetente, reflektierte Persönlichkeit entwickelt haben soll (Hengst & Zeiher 2005). In der Literatur wird die Sozialisationsforschung oft durchaus zur Kindheitssoziologie gezählt. Im Unterschied und in Abgrenzung dazu wird hier der Begriff der „Neuen Soziologie der Kindheit“ verwendet. Diese betrachtet die Kindheit als eigenständige Kategorie und Kinder als soziale Gruppe mit eigenen Logiken und Regeln. Sie stellt dabei weder die Entwicklungsstatsache noch das Stattfinden eines Sozialisationsprozesses in Frage. Jedoch erachtet sie beides als unzureichende Beschreibung von Kindheit (Hengst & Zeiher 2005).

Obwohl sich der Gegenstand der Untersuchung, das Kind, teilweise auch in weiteren soziologischen Unterdisziplinen vorfinden lässt, hat die Kindheitssoziologie ihre eigene Berechtigung, da sie einen eigenständigen theoretischen Zugang zum Phänomen „Kindheit“ entwickelt. In der Familiensoziologie bspw. werden zwar auch Kinder thematisiert, aber eben nicht als eigenständige Personen, sondern ausschließlich als Familienmitglieder. So werden z. B. in der Sozialberichterstattung die materiellen Ressourcen einer ganzen Familie untersucht, ohne darauf zu achten, ob und wie Kinder daran beteiligt werden, also wie sich die Ressourcen innerfamiliär verteilen. In der Kindheitssoziologie hingegen wird Familie nur als einer von vielen Kontexten betrachtet, in denen Kindheit stattfindet. Bei der Auseinandersetzung mit Literatur, die der Neuen Soziologie der Kindheit zuzuordnen ist, entsteht der Eindruck, dass Familie von ihr sogar bewusst wenig als Untersuchungskontext gewählt wird, da Kinder in der Geschichte der Sozialwissenschaften oft nahezu unsichtbar in der Familie geblieben sind (Qvortrup 1985, 2005). Auch die Jugendsoziologie beschäftigt sich teilweise mit derselben Altersgruppe, hat ihren Ursprung historisch jedoch bereits zu Beginn des 20. Jh. und befasst sich hauptsächlich mit den Logiken bestimmter

Generationen oder Jugendkulturen. Eine weitere soziologische Richtung, die sich schon seit Langem mit der Kindheit befasst, ist die Soziologie der Bildung und Erziehung. Hier ist der Blick auf Heranwachsende vordringlich dadurch geprägt, wie diese in Bildungsinstitutionen zu behandeln und zu verorten seien – eine Sichtweise, welche die Soziologie der Kindheit vermeidet bzw. ihrerseits zum Gegenstand eigener Untersuchungen macht, da sie den gesellschaftlichen Umgang mit Kindern wesentlich bestimmt.

Die Neue Soziologie der Kindheit hat sich also durch die Erkenntnis des unzureichenden Zugangs zur Kindheit in der Soziologie als eigenständige Disziplin begründet. Um ihre Historie nachzuzeichnen, eignet sich die Vorstellung einiger zentraler Persönlichkeiten und ihres Werkes.

Zu Beginn einer Reihe wichtiger Personen für die Entwicklung der Neuen Soziologie der Kindheit ist ein Wissenschaftler zu nennen, der selbst kein Soziologe ist, sondern Historiker: Philippe **Ariès**. Seine *Geschichte der Kindheit* und die darin aufgestellte These, dass Kindheit ein Konzept sei, das es nicht immer gegeben habe (Ariès 1960/1975), lieferte einen maßgeblichen Anstoß und auch Beleg für die Überlegungen zur Kindheit als sozialer Konstruktion (Hengst & Zeiher 2005). In der Neuen Soziologie der Kindheit haben sich besonders einige Wissenschaftler/innen aus dem skandinavischen und aus dem angelsächsischen Raum hervorgetan. Als einer der ersten Pioniere kann der englische Soziologe **Chris Jenks** angesehen werden, der bereits 1982 in seinem Buch „The Sociology of Childhood“ erste theoretische soziologische Überlegungen zu Kindern anstellte (Jenks 1982). In den 1990er Jahren gründete Jenks die erste Fachzeitschrift zur soziologisch orientierten Kindheitsforschung „Childhood“, die im Sage-Verlag erscheint und die heute international in der Disziplin das größte Renommee genießt. Ebenfalls zu den Begründern zählt der dänische Soziologe **Jens Qvortrup**, der als einer der ersten die Unsichtbarkeit der Kinder in der Wissenschaft festgestellt und kritisiert hat. Er war auch Teil der Arbeitsgruppe, die mit „Childhood Matters“ das erste Buch auf den Markt gebracht hat, das eine Systematisierung in den Diskurs der neu entstehenden Disziplin brachte (Qvortrup et al. 1994). Es enthält die Beiträge der ersten internationalen Arbeitsgruppe, die – bestehend aus 17 Wissenschaft-

**Bedeutende
Wissenschaft-
ler/innen für
die Entwick-
lung der Neuen
Kindheits-
soziologie**

**Kindheit
als soziales
Konstrukt**

ler/innen aus 12 Ländern – sich in dem Projekt „Childhood as a Social Phenomenon“ zwischen 1988 und 1993 unter der Federführung des European Centre for Social Welfare Policy and Research in Wien soziologisch des Themas Kindheit annahmen. Des Weiteren ist die finnische Soziologin **Leena Alanen** zu nennen. Ihre Arbeit über das soziale Konstrukt Kindheit, die Parallelen zur feministischen Debatte und Vorschläge zur Dekonstruktion vom Kindbild gehören zu den entscheidenden Grundlagen der Disziplin (Alanen 1992, 1994). In der Neuen Soziologie der Kindheit wird nicht definiert, bis zu welchem Alter eine Person in die Kategorie Kind fällt, da diese kultur- und zeitabhängig ist. Es gehört zu den zentralen Annahmen der Neuen Kindheitssoziologie, dass die Vorstellung von Kindheit ein soziales Konstrukt ist (Alanen 1992, 1994). Die kritische Analyse von der Vorstellung von Kindern als *becomings*, also *Werdende* (im Gegensatz zu den Erwachsenen als *beings*, also *Seienden*) und somit erst zukünftigen Gesellschaftsmitgliedern (Qvortrup 1985, 2005) stellte den Ausgangspunkt der theoretischen und empirischen Aktivitäten der Neuen Soziologie der Kindheit dar. Kinder als soziale Akteure zu betrachten, ist die Grundhaltung der Disziplin.

Von den angelsächsischen Kindheitssoziolog/innen sind neben Jenks Allison James, Alan Prout und Berry Mayall hervorzuheben. **James** und **Prout** haben einige der grundlegenden Werke der Neuen Soziologie der Kindheit veröffentlicht, z. B. „Constructing and Reconstructing Childhood“ (James & Prout 1990).

Auch in Deutschland gibt es eine Reihe bedeutender Kindheitssoziolog/innen. Die Mitgliederliste der Sektion Soziologie der Kindheit der Deutschen Gesellschaft für Soziologie umfasst mehr als hundert Mitglieder. Begründerin der Sektion ist **Helga Zeiher**, die viel zur Implementierung der Disziplin in Deutschland beigetragen hat und außerdem einschlägige Studien, v. a. über die Wahrnehmung von Raum und Zeit in der alltäglichen Lebensführung von Kindern, veröffentlicht hat (Zeiher & Zeiher 1994). Gemeinsam mit den ersten Mitbegründern der Sektion **Jürgen Zinnecker** und **Peter Büchner** veröffentlichte sie 1996 den Band „Kinder als Außenseiter? Umbrüche in der gesellschaftlichen Wahrnehmung von Kindern und Kindheit“ (Zeiher et al. 1996). Ebenfalls zu den Wegbereiter/innen der Neuen Soziologie der Kindheit in Deutschland gehören **Doris Büh-**

ler-Niederberger, die sich diskursanalytisch mit den gegenwärtigen gesellschaftlichen Konstruktionen von Kindheit auseinandergesetzt hat (Bühler-Niederberger 2005), und der jüngst verstorbene Jürgen Zinnecker, der gemeinsam mit Imbke Behnken v. a. den Wandel von Kindheit im 20. Jh. erforschte (Behnken & Zinnecker 2001). Diese beiden haben seit 1991 im Juventa-Verlag die Reihe „Kindheiten“ herausgegeben, in der Kindheit als Lebensphase und als Kontext begriffen wird. Zinnecker und Bühler-Niederberger haben sich kritisch und theoretisch mit dem Verhältnis der Kindheitssoziologie zur Sozialisierungstheorie auseinandergesetzt. **Helga Kelle**, **Georg Breidenstein** (Breidenstein & Kelle 1998) und **Heinz Hengst** können als wichtige Vertreter/innen genannt werden, die sich mit Kinderkultur, letzterer insb. subjektorientiert mit Medienkultur, beschäftigt haben (Hengst & Kelle 2003). Aktuell machen besonders **Johanna Mierendorff** mit ihrer Arbeit zum Thema Kindheit im Wohlfahrtsstaat (Bühler-Niederberger et al. 2010; Mierendorff 2010) und **Tanja Betz** mit ihrer Analyse des Zusammenhangs von organisationalen Kontexten und professionellem Handeln im Elementar- und Primarbereich hinsichtlich der Hervorbringung und Verstetigung von Bildungsungleichheiten auf sich aufmerksam (Betz 2010).

Bei der Betrachtung des aktuellen Stands der Neuen Soziologie der Kindheit lassen sich drei Ansätze erkennen. Da ist zunächst der Ansatz, der aufgrund der Annahme, dass Kinder eine eigenständige, vollwertige gesellschaftliche Gruppe darstellen, mit ethnografischen Methoden versucht, die eigenen Regeln und Logiken von Kinderwelten zu untersuchen. Dieser Ansatz befasst sich mit Kinderkulturen. Als zweiter Ansatz ist die dekonstruktivistische Soziologie der Kindheit auszumachen. Diese befasst sich mit der sozialen Konstruktion von Kindheit. Hauptsächlich mithilfe der Methode der Diskursanalyse werden die gesellschaftlichen Konzepte von Kindheit überprüft. Der dritte Ansatz ist die sozialstrukturelle Kindheitssoziologie. Dabei wird besonders das generationale Verhältnis betrachtet. Hier wird nicht nur das Konstrukt Kindheit, sondern auch seine Positionierung in der Gesellschaft untersucht. Ziel ist dabei durchaus die Verbesserung der Position von Kindern sowohl in der und über die Wissenschaft als auch im Lebensalltag (Alanen 2005; Hengst & Zeiher 2005).

Ansätze der Neuen Soziologie der Kindheit:

- 1. Untersuchung der Regeln und Logiken von Kinderwelten**
- 2. Dekonstruktivistische Soziologie der Kindheit**
- 3. Sozialstrukturelle Kindheitssoziologie**

2 Von der Sozialisationstheorie zur Neuen Soziologie der Kindheit

**Neue Soziologie
der Kindheit
korrespondiert
mit dem
Ansatz der
Ressourcen-
orientierung**

Der vorliegende Artikel befasst sich explizit mit der Neuen Soziologie der Kindheit. Das ist dem Umstand geschuldet, dass es diese soziologische Disziplin ist, die einen Zugang zu Kindheit wählt, der sie als vollwertige Menschen betrachtet und somit mit dem Ansatz der Ressourcenorientierung korrespondiert. Dadurch entsteht jedoch möglicherweise der Eindruck, dass dies der am meisten verbreitete soziologische Zugang zu Kindheit ist. Die Neue Soziologie der Kindheit ist, wie bereits angeführt, ein relativ junger und kleiner Zweig der Soziologie. Fallen also die Stichworte Kindheit und Soziologie, ist der Zugang über die Sozialisationstheorie nach wie vor dominant. Um ein vollständigeres Bild von der soziologischen Auseinandersetzung mit Kindheit darzustellen und um das Spannungsfeld abzubilden, in dem sie sich bewegt, soll hier auch ein kurzer Einblick in die Sozialisationstheorie gegeben werden.

Nach **Klaus Hurrelmann** (2002: 7) bezeichnet Sozialisation „den Prozess der Entwicklung der Persönlichkeit in produktiver Auseinandersetzung mit den natürlichen Anlagen, insbesondere den körperlichen und psychischen Grundmerkmalen (der inneren Realität) und mit der sozialen und physikalischen Umwelt (der äußeren Realität).“ Diese Definition ist aufgrund der Annahme, dass es sich um einen aktiven Prozess handelt, in dem jeder Mensch Gestalter seiner eigenen Sozialisation ist, eine moderne Auffassung von Sozialisation. Damit ist Hurrelmann eine zentrale Figur in der aktuellen wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Sozialisation im Kindesalter. Die in der Definition benannten körperlichen und psychischen Merkmale sowie die Merkmale der sozialen und physikalischen Umwelt können als Ressourcen, aber auch als Risiken im Leben eines Menschen beschrieben werden. Damit bietet die Sozialisationstheorie nach Hurrelmann ein theoretisches Instrument zur Untersuchung von Ressourcen. Hurrelmann ist auch Verfasser einiger der bekanntesten Studien über Kinder und Jugendliche in Deutschland wie der Shell-Jugendstudie (Albert et al. 2010) und der World-Vision-Studie (Andresen & Hurrelmann 2010).

Gegenüber der Sozialisationstheorie kritisiert die Neue Soziologie der Kindheit die Reduzierung von Kindern auf den Status von unfertigen Menschen, ohne dabei den Sozialisationsprozess als solchen prinzipiell in Frage zu stellen. Da die Neue Soziologie der Kindheit es sich zum Ziel gesetzt hat, die Gegenwärtigkeit von Kindern in den Fokus soziologischer Auseinandersetzung zu bringen, ist dies auch bisher nahezu ausschließlich der Gesichtspunkt, unter dem Kindheit hier untersucht wird.

Eine ressourcen- bzw. subjektorientierte Herangehensweise ist in der Neuen Soziologie der Kindheit daher nicht einfach nur eine aktuelle Entwicklung, sondern *die* zentrale Haltung dieser Disziplin. Insofern gibt es innerhalb der Neuen Kindheitssoziologie keine Entwicklung von einer Defizit- hin zu einer Ressourcenorientierung, vielmehr ist sie im Zuge der Diskussion um die Wahrnehmung von Kindern als Gesellschaftsmitglieder von Geburt an in der Soziologie als eigenständige Disziplin entstanden. Der Begriff Ressource ist hier eher ungebräuchlich. Der grundlegende Gedanke ist gleichwohl zentral in der Disziplin und findet seinen Ausdruck in der Vorstellung vom *Kind als Akteur* oder im englischen Ausdruck *agency*, der die grundsätzliche Gestaltungsfähigkeit sowohl eines jeden Kindes als auch der sozialen Gruppe der Kinder beschreibt. Gerade durch diese Grundannahme hebt sich die Neue Soziologie der Kindheit im Umgang mit dem Thema Kindheit von vielen anderen wissenschaftlichen Zugängen ab. Auch die Begriffe *Subjektorientierung* bzw. *Subjektperspektive* bezeichnen die Vorstellung von Kindern als Akteure ihres Lebens (Liebel 2005).

Das Thema Ressource findet sich in jedem der drei eingangs dargestellten Ansätze der Neuen Soziologie der Kindheit. Ethnografische Ansätze bringen einen „deutlich positiven Impetus“ (Bamler et al. 2010: 67) mit sich, „indem sie die Kulturen der jeweils zu erforschenden Gruppe wertschätzen und allen Beteiligten Kompetenz unterstellen. Eine ethnografische Haltung im Kontext der Kindheitsforschung ermöglicht es den Forschenden, offen für die Sinn- und Regelsysteme der Kinder zu bleiben und ihre jeweiligen alltagskulturellen Praktiken als sinnhaft wahrzunehmen und zu deuten.“ Nicht nur in direktem Bezug auf den ethnografischen Ansatz wird über Forschungsmethoden diskutiert, die dem Anspruch, Kinder als Ex-

**Ressourcen-
orientierung
als zentrale
Haltung der
Neuen Kind-
heitssoziologie**

**Das Kind als
Akteur**

**Kinder als
Expert/innen
ihres eigenen
Lebens**

pert/innen ihres eigenen Lebens wahrzunehmen, angemessenen sind. Es erscheint dabei sinnvoll, besonders qualitative Methoden anzuwenden, da diese keine vorgefertigten Antworten anbieten. Eine wichtige Frage ist dabei auch, wie weit die Kinder in die Auswertung der Daten einbezogen werden. Anders als in der Vergangenheit üblich, sollen Kinder nicht innerhalb von Erwachsenen aufgestellten Logiken untersucht werden. Es geht nicht darum, *über* Kinder zu forschen, sondern *mit* ihnen (Heinzel 2000), Kinder nicht als Objekte von Forschung zu behandeln, sondern als Subjekte (Tisdall et al. 2009). Ein gutes Beispiel einer ethnografischen Untersuchung ist die Studie „Orte und Zeiten der Kinder“ von Zeiher und Zeiher (1994). Dabei haben Kinder aus zwei unterschiedlichen Berliner Stadtvierteln jeweils sieben Tagesabläufe protokolliert. Ergänzend wurden Interviews geführt. Diese Studie gehört zu den bedeutendsten Studien der Disziplin.

Dekonstruktivistischer Ansatz ermöglicht Neubewertung von Ressourcen und Risiken

Im Zusammenhang mit dem dekonstruktivistischen Ansatz der Kindheitssoziologie und dem Thema Ressourcenorientierung ist interessant, wie die Vorstellungen einer Gesellschaft von Kindern und den daraus resultierenden Vorstellungen von Kompetenzen, Bedürfnissen und Gefahren, entstehen. Sowohl der ethnografische als auch der dekonstruktivistische Ansatz können zu Neubewertungen kindlicher Lebenssituationen führen, entweder indem man aus den Sinnzusammenhängen einer Kindergruppe heraus feststellt, dass bestimmte, von der öffentlichen Wahrnehmung als Problemlage identifizierte Lebensumstände für die Kinder auch positive Aspekte mit sich bringen oder indem man durch einen Dekonstruktionsprozess eine scheinbare Wahrheit über Kinder in Frage stellt.

Kinder als sozial benachteiligte Gruppe

Der sozialstrukturelle Ansatz schließlich betrachtet auch, welche Auswirkungen das Bild von Kindern auf ihre Position in der Gesellschaft hat. Besonders durch die ihm zugeschriebene Unmündigkeit und die daraus resultierende Abhängigkeit befindet sich das Kind in einer benachteiligten Situation. Dem folgend kann man Kinder als eine sozial benachteiligte Gruppe identifizieren. Die Neue Soziologie der Kindheit befasst sich vorrangig mit dem Strukturmerkmal Alter bzw. Generation, da dieses bis zu ihrem Entstehungszeitpunkt weitgehend nicht beachtet wurde. Gleichzeitig sind Kinder eine sehr heterogene Gruppe, die noch eine Vielzahl anderer Strukturmerkma-

le aufweist. Andere soziale Risikolagen werden durch das Merkmal Alter bzw. Generation noch verstärkt, sind Kinder doch abhängig von der Lage der Sorgeberechtigten. Entsprechend dieser Abhängigkeit wurden Kinder lange Zeit auch in der Sozialberichterstattung nur als Mitglieder eines Haushalts oder einer Familie erfasst. Dadurch fehlte es auch an Daten über die spezielle Lebenssituation von Kindern, sagt doch eine Information über die materiellen Ressourcen einer Familie nichts über die Verteilung der Ressourcen innerhalb der Familie aus (Qvortrup 2005; Bamler et al. 2010: 68f.). Aufgrund dieser Erkenntnis gibt es mittlerweile jedoch eine Reihe von Studien, die bemüht sind, die Lebenssituationen von Kindern zu erfassen und somit eine Sozialberichterstattung über Kinder zu leisten. Einen Einblick in den Lebenslagenansatz und die Forschung zum Thema der sozialen Lage von Kindern bietet der Beitrag über Kinderarmutsforschung (vgl. Schulze et al., in diesem Band).

Wie bereits erwähnt, ist in den Betrachtungen der Neuen Soziologie der Kindheit das generationale Merkmal zentral, da dieses wichtig für die Implementierung der neuen Disziplin war und ist. Aktuell lassen sich jedoch Entwicklungen beobachten, die dahin gehen, auch andere Ungleichheitsdimensionen in den Blick zu nehmen und interdisziplinär auch mit wissenschaftlichen Richtungen zusammenzuarbeiten, die eher die Entwicklung von Kindern im Blick haben. Ein Beispiel dafür ist das DJI-Kinderpanel, das von den beteiligten Wissenschaftler/innen als kindheitssoziologisch-entwicklungspsychologische Studie verstanden wird (Alt 2005a, 2005b, 2006, 2007, 2008). Dies darf durchaus als gewagte Kombination gelten, wird hier doch eine Zusammenführung der Neuen Soziologie der Kindheit mit einer Disziplin versucht, von deren Forschungsmethoden und Ansätzen sie sich bewusst abzuheben sucht. Die Berücksichtigung der Heterogenität von Kindern bedarf eines kategorialen Instrumentariums, wie es eine Sozialisationstheorie darstellt. Als Grundlage einer differenzierteren Analyse kindlicher Lebenslagen können dagegen das Habituskonzept und die Unterscheidung verschiedener Kapitalien nach Bourdieu (1979/1999) dienen. Letztere ist bspw. im DJI-Kinderpanel Basis der Untersuchung. Auch Zinnecker greift auf Bourdieu zurück, um andere Ungleichheitsdimensionen als die generationale zu betrachten (Zinnecker 1986). Bourdieus Habituskonzept stellt eine

Mangel an Daten über die spezielle Lebenssituation von Kindern

Heterogenität von Kindern

Theorie dar, die erklärt, wie der einzelne Mensch mit seiner sozialen Umwelt interagiert. Das Konzept Bourdieus hebt sich ab von den bis zum Zeitpunkt seiner Entstehung existenten beiden gegensätzlichen Ansätzen, nach denen das Handeln des Menschen entweder seinem freien Willen entspringt oder aber ein striktes Befolgen von Regeln und Normen darstellt (Fuchs-Heinritz & König 2005: 114). Bourdieu dagegen geht davon aus, dass jeder Mensch „ein auch in seinem Inneren vergesellschaftetes Individuum [sei], ausgestattet (und auch begrenzt) durch präformierte Denk- und Handlungsdispositionen, die es zur sozialen Praxis befähigen“ (ebd.).

„Im allgemeinsten Sinne ist mit Habitus die Haltung des Individuums in der sozialen Welt, seine Dispositionen, seine Gewohnheiten, seine Lebensweise, seine Einstellungen und seine Wertvorstellungen gemeint. Vermittels des Habitus sind die Menschen in der Lage, an der sozialen Praxis teilzunehmen und soziale Praxis hervorzubringen“ (ebd.: 113f.).

**Bourdieu
Kapitalbegriff
als Grundlage
für die Unter-
suchung der
Ressourcen
von Kindern**

Die Formulierung verschiedener Ressourcen, die auch bestimmend für den Habitus sind, findet sich bei Bourdieu im Begriff Kapital. Er definiert Kapital als „soziale Energie“ (Bourdieu 1979/1999: 194) und erfasst somit nicht nur materielle Ressourcen. Er unterscheidet in „ökonomisches Kapital“, „kulturelles Kapital“, „soziales Kapital“ und „symbolisches Kapital“ (Bourdieu 1979/1999). Dabei bezeichnet ökonomisches Kapital die landläufige Verwendung von Geld, Wertgegenständen und Dingen, wogegen diese eingetauscht werden können. Kulturelles Kapital beschreibt die Vertrautheit einer Person mit anerkanntem Kulturgut. Soziales Kapital umfasst die Möglichkeiten, die durch Beziehungen und Gruppenzugehörigkeit entstehen. Der Begriff des symbolischen Kapitals wird für Ressourcen eingeführt, die den Erwerb von Prestige ermöglichen, besonders durch die Legitimierung von kulturellem Kapital. In Tabelle 1 sind einige Beispiele dafür angeführt, was diese Kapitalien im Leben von Kindern beinhalten können.

Tabelle 1: Beispiele für Kapitalien

(Bourdieu 1979/1999)

Ökonomisches Kapital	Kulturelles Kapital	Soziales Kapital	Symbolisches Kapital
bezeichnet materielles Kapital, wie z. B. Geld und Wertgegenstände sowie alles, was damit erworben werden kann	bezeichnet die Vertrautheit einer Person mit anerkanntem Kulturgut	bezeichnet die Vorteile, die durch Beziehungen und Gruppenzugehörigkeit entstehen	bezeichnet die Möglichkeiten zum Prestigerwerb, die besonders durch eine Legitimierung von kulturellem Kapital entstehen
Beispiele: - Geld für Bücher - Geld für Nachhilfeunterricht - Geld für Kleidung - Geld für Freizeitaktivitäten - Leben in bestimmten Wohnvierteln - Ermöglichung von Reisen - Verfügung über begehrte Güter, z. B. Statussymbole	Beispiele: - Bücher - Bilder - Internetanschluss - Wissen um ‚gute‘ Schulen - Sprachkompetenz - Wissen über situationsangemessenes Verhalten - formalisierte Abschlüsse	Beispiele: - Nachbarschaft - Freund/innen - Mitschüler/innen - Cliquenzugehörigkeit - Vereinszugehörigkeit	Beispiele: - Schulabschlüsse - Berufsabschlüsse - gute Noten - Zertifikate

(eigene Darstellung, in Anlehnung an Betz 2008: 139ff.)

3 Ottawa-Charta und Neue Kindheitssoziologie

Im folgenden Kapitel soll die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1986/2001) mit den darin formulierten Kernstrategien und Handlungsfeldern als Instrument zur Überprüfung der Existenz von Ressourcenorientierung in der Disziplin der Neuen Soziologie der Kindheit verwendet werden. Die drei Kernstrategien der Ottawa-Charta sind „Interessen vertreten“, „Befähigen und ermöglichen“ sowie „Vermitteln und vernetzen“. Als fünf Handlungsfelder werden benannt: „Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Ge-

samtpolitik“, „Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen“, „Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen“, „Persönliche Kompetenz entwickeln“ und „Gesundheitsdienste neu orientieren“. Die Begrifflichkeiten sollen hier verwendet werden, jedoch ohne den direkten Bezug auf Gesundheit.

Die Soziologie ist eine Disziplin, die Wissen generiert und zur Verfügung stellt, aber – anders als stärker normativ ausgerichtete Anwendungswissenschaften wie die Kindheits- und Gesundheitswissenschaften – keine Anleitungen oder Empfehlungen ausspricht. So ist auch die Neue Soziologie der Kindheit eine Disziplin, die weniger Handlungsempfehlungen für den Umgang mit Kindern formuliert, als sich vielmehr mit dem theoretischen Bezugsrahmen von Kindheit, dem Bild und der Position von Kindern in der Gesellschaft befasst. Es gibt also weder so etwas wie Kernstrategien noch ausdrückliche Handlungsfelder, die sich nicht auf die Weiterentwicklung der Disziplin selbst beziehen. Dennoch gibt es eine Reihe von Diskussionen innerhalb der Neuen Soziologie der Kindheit, die Überschneidungen mit den Themen der Ottawa-Charta aufweisen, auf die sich andere Disziplinen beziehen oder die von Akteur/innen der Disziplin zum Anlass genommen werden, sich in gesellschaftlichen Fragen zu positionieren. So hat die Neue Soziologie der Kindheit durchaus einen Beitrag zu verschiedenen gesellschaftlichen Debatten geliefert, bspw. in der Frage der politischen Mitbestimmung von Kindern (exemplarisch Sünker & Swiderek 2010).

In den drei Ansätzen werden die Annahmen formuliert, dass Kinder eine eigenständige soziale Gruppe darstellen, deren Bild in der Gesellschaft nicht durch natürliche Gegebenheiten, sondern durch Konstruktionsprozesse gestaltet wird und die darüber hinaus der sozialen Gruppe der Erwachsenen gegenüber benachteiligt ist. In der Konsequenz können diese Annahmen nur zu der Forderung führen, einerseits den aktiven Beitrag, den Kinder bereits in der Gesellschaft leisten, wahrzunehmen und anzuerkennen, und andererseits Möglichkeiten zur Teilhabe und Mitwirkung von Kindern an allen gesellschaftlichen Bereichen zu schaffen. Die Kindheitssoziologie betrachtet Kinder als Akteure, sieht aber gleichzeitig die z. T. engen Grenzen, in denen sie sich dabei bewegen.

**Weiter-
entwicklung
der Disziplin
statt konkrete
Handlungs-
empfehlungen**

In der Praxis findet sich das Bestreben, diese Grenzen zu erweitern und damit die Rahmenbedingungen zu verbessern, unter denen Kinder ihren Akteursstatus wahrnehmen können, vielfach unter dem Begriff Partizipation, sei es bspw. in der Familie, Schule, Kommune oder Jugendhilfe. Dieser Ansatz wird im Beitrag über Kindheitswissenschaften (vgl. Geene, Hungerland et al., in diesem Band) näher vorgestellt. Praktisch sind unter diesem Begriff Bestrebungen gefasst, die es Kindern ermöglichen, ihre Sicht zu äußern und die Rahmenbedingungen ihres Lebens selbst zu gestalten. Dies entspricht der in der Ottawa-Charta formulierten Kernstrategie „Befähigen und ermöglichen“, aber auch den Handlungsfeldern „Förderliche Lebenswelten schaffen“ und „Kompetenzentwicklung“, geht es doch darum, Kindern Raum zu schaffen, ihre Lebenswelt selbst zu gestalten und ihre Kompetenzen nutzen zu können. Auch der Begriff der Anwaltschaft, der in der Kernstrategie „Interessen vertreten“ eine Rolle spielt, ist im Zusammenhang mit der Partizipation von Kindern gebräuchlich, bspw. in der Funktion von Kinderanwält/innen, die in manchen Kommunen dafür Sorge tragen (sollen), dass die Interessen von Kindern gewahrt sind. Das wirft eine Frage auf, die sowohl in der Kindheitssoziologie als auch in der Praxis von Partizipationsprozessen eine wichtige Rolle spielt: Welche Funktion kommt den Erwachsenen zu, wenn Kinder kompetente Akteure ihres eigenen Lebens sind? Liebel (2009) diskutiert den Anwaltschaftsbegriff dahingehend, dass Formen gefunden werden müssen, die nicht paternalistisch sind, sondern Kinder darin unterstützen, anwaltschaftlich für sich selbst und andere Kinder einzutreten.

Befähigen und ermöglichen, Förderliche Lebenswelten schaffen, Kompetenzentwicklung, Interessen vertreten

Die Kernstrategie „Vermitteln und vernetzen“ ist gerade für eine Disziplin wie die Kindheitssoziologie, die kein direktes praktisches Feld aufweist, wichtig. Nur durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit führen die Erkenntnisse der Disziplin auch zu konkreten Auswirkungen für das Leben von Menschen. Ein gutes Beispiel stellt der Studiengang „Angewandte Kindheitswissenschaften“ an der Hochschule Magdeburg-Stendal dar. Hier wird der zentrale Ansatz, Kinder als Akteure zu begreifen, auch in allen anderen Disziplinen berücksichtigt und in die Praxis getragen. Im Handlungsfeld „Neuorientierung der praxisbezogenen Anwendungsfelder“ ist es aus Sicht der Kindheitssoziologie ebenfalls wünschenswert, wenn die

Vermitteln und vernetzen

Neuorientierung der praxisbezogenen Anwendungsfelder

Erkenntnisse überall dort, wo professionelle Arbeit mit Kindern stattfindet, Beachtung finden.

**Entwicklung
einer
integrierten
Gesamtpolitik**

Zum Handlungsfeld „Entwicklung einer integrierten Gesamtpolitik“ lassen sich alle Initiativen zählen, die die Stärkung der Kinderrechte und ihre Verankerung auf allen politischen Ebenen anstreben. In der Kinderrechtsbewegung sind auch Kindheitssoziolog/innen aktiv. Zu nennen sind hier **Lothar Krappmann**, der seit 2003 Deutschland im Ausschuss für die Rechte des Kindes der Vereinten Nationen in Genf vertritt und **Manfred Liebel**, der sich für die Beachtung von Kinderrechten weltweit einsetzt. Liebels besondere Aufmerksamkeit gilt arbeitenden Kindern. Das ist auch im Zusammenhang mit dem Handlungsfeld „Gemeinschaftsaktionen unterstützen“ interessant, gibt es doch einige Kindheitssoziolog/innen, welche die Bewegungen arbeitender Kinder bei der Selbstorganisation unterstützen. Auch in der Praxis der politischen Partizipation von Kindern und Jugendlichen, die sich ebenfalls durch die UN-Kinderrechtskonvention legitimiert, sind Zusammenkünfte beteiligter Kinder üblich.

**Gemeinschafts-
aktionen
unterstützen**

Des Weiteren in Bezug auf die Strategie der Entwicklung einer förderlichen Gesamtpolitik zu nennen ist die aktuelle Strömung in der Neuen Soziologie der Kindheit, die sich mit dem Verhältnis von Kindheit und Wohlfahrtsstaat befasst. Dabei werden Fragen von hoher Relevanz für die politische Gestaltung der Rahmenbedingungen von Kindheit untersucht. Den Stand der Forschung zu diesem Thema bildet das Buch „Kindheit zwischen fürsorglichem Zugriff und gesellschaftlicher Teilhabe“ ab (Bühler-Niederberger et al. 2010). Darin werden aktuelle Reformen und Reformdebatten um Kindheit kritisch beleuchtet und untersucht, welche Vorstellungen von Kindheit zugrunde liegen. Dabei lässt sich feststellen, dass aktuelle Reformbestrebungen hauptsächlich auf Kontrolle und Normierung von Kindheit setzen, bspw. durch eine Verpflichtung zur vorschulischen Bildung. Solchen Ansätzen liegt der Gedanke der Fürsorge zugrunde, der allen Beteiligten, Kindern wie Erwachsenen, nur wenige Kompetenzen zugesteht. Demnach werden aktuelle Reformdebatten als widersprüchlich zum Anspruch der Neuen Soziologie der Kindheit, Kindern mehr gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen, bewertet. Obwohl die Neue Soziologie der Kindheit auch hier keine ausdrücklichen Handlungsempfehlungen ausspricht, bietet sie durch

die kritische Betrachtung gesellschaftlicher Prozesse Denkanstöße für Handlungsfelder.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass sich die Ottawa-Charta in dieser Disziplin zwar nur schwer als Instrument zum Nachweis einer Ressourcenorientierung anwenden lässt, aber dennoch erhebliche Überschneidungen zwischen den Begrifflichkeiten vorhanden sind.

Literatur

- Alanen, Leena (1992): *Modern Childhood? Exploring the 'child question' in sociology*. Publication series A. Jyväskylä: University of Jyväskylä Institute for Educational Research.
- Alanen, Leena (1994): *Zur Theorie der Kindheit. Die „Kinderfrage“ in den Sozialwissenschaften*. In: *Sozialwissenschaftliche Literatur Rundschau* 17 (28), 93-111.
- Alanen, Leena (2005): *Kindheit als generationales Konzept*. In: Hengst, Heinz & Zeiher, Helga (Hg.): *Kindheit soziologisch*. Wiesbaden: VS, 65-82.
- Albert, Mathias; Hurrelmann, Klaus; Quenzel, Gudrun et al. (2010): *Jugend 2010: eine pragmatische Generation behauptet sich. 16. Shell-Jugendstudie*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch.
- Alt, Christian (Hg.) (2005a): *Kinderleben – Aufwachsen zwischen Familie, Freunden und Institutionen. Band 1: Aufwachsen in Familien*. Wiesbaden: VS.
- Alt, Christian (Hg.) (2005b): *Kinderleben – Aufwachsen zwischen Familie, Freunden und Institutionen. Band 2: Aufwachsen zwischen Freunden und Institutionen*. Wiesbaden: VS.
- Alt, Christian (Hg.) (2006): *Kinderleben – Integration durch Sprache? Band 4: Bedingungen des Aufwachsens von türkischen, russlanddeutschen und deutschen Kindern*. Wiesbaden: VS.
- Alt, Christian (Hg.) (2007): *Kinderleben – Start in die Grundschule. Band 3: Ergebnisse aus der zweiten Welle*. Wiesbaden: VS.
- Alt, Christian (Hg.) (2008): *Kinderleben – Individuelle Entwicklungen in sozialen Kontexten. Band 5: Persönlichkeitsstrukturen und ihre Folgen*. Wiesbaden: VS.
- Andresen, Sabine & Hurrelmann, Klaus (2010): *Kinder in Deutschland. 2. World Vision Kinderstudie*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch.
- Ariès, Philippe (1960/1975): *Geschichte der Kindheit*. München: Hanser.
- Bamler, Vera; Werner, Jillian & Wustmann, Cornelia (2010): *Lehrbuch Kindheitsforschung. Grundlagen, Zugänge und Methoden*. Weinheim: Juventa.
- Behnken, Imbke & Zinnecker, Jürgen (Hg.) (2001): *Kinder. Kindheit. Lebensgeschichte – Ein Handbuch*. Seelze-Velber: Kallmeyersche Verlagsbuchhandlung.
- Betz, Tanja (2008): *Ungleiche Kindheiten. Theoretische und empirische Analysen zur Sozialberichterstattung über Kinder*. Weinheim: Juventa.
- Betz, Tanja (2010): *Kindertageseinrichtung, Grundschule, Elternhaus: Erwartungen, Haltungen und Praktiken und ihr Einfluss auf schulische Erfolge von Kindern aus prekären sozialen Gruppen*. In: Bühler-Niederberger, Doris; Mierendorff, Johanna & Lange, Andreas (Hg.): *Kindheit zwischen fürsorglichem Zugriff und gesellschaftlicher Teilhabe*. Wiesbaden: VS, 117-144.
- Bourdieu, Pierre (1979/1999): *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft* (11. Aufl.). Frankfurt: Suhrkamp.
- Breidenstein, Georg & Kelle, Helga (1998): *Geschlechteralltag in der Schulklasse. Ethnographische Studien zur Gleichaltrigenkultur*. Weinheim: Juventa.
- Bühler-Niederberger, Doris (2005): *Kindheit und die Ordnung der Verhältnisse. Von der gesellschaftlichen Macht der Unschuld und dem kreativen Individuum*. Wiesbaden: VS.
- Bühler-Niederberger, Doris, Mierendorff, Johanna & Lange, Andreas (Hg.) (2010): *Kindheit zwischen fürsorglichem Zugriff und gesellschaftlicher Teilhabe*. Wiesbaden: VS.
- Fuchs-Heinritz, Werner & König, Alexandra (2005): *Pierre Bourdieu*. Stuttgart: UTB.
- Heinzel, Friederike (Hg.) (2000): *Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive*. Weinheim: Juventa.
- Hengst, Heinz & Kelle, Helga (Hg.) (2003): *Kinder, Körper, Identitäten. Theoretische und empirische Annäherungen an kulturelle Praxis und sozialen Wandel*. Weinheim: Juventa.

- Hengst, Heinz & Zeiher, Helga (2005): Von Kinderwissenschaften zu generationalen Analysen. Einleitung. In: dies. (Hg.): *Kindheit soziologisch*. Wiesbaden: VS, 9-24.
- Hungerland, Beatrice (2008): Was ist Kindheit? Fragen und Antworten der Soziologie. In: Luber, Eva & Hungerland, Beatrice (Hg.): *Angewandte Kindheitswissenschaften. Eine Einführung für Studium und Praxis*. Weinheim: Juventa.
- Hurrelmann, Klaus (2002): *Einführung in die Sozialisationstheorie* (8., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- James, Allison & Prout, Alan (Hg.) (1990): *Constructing and Reconstructing Childhood. Contemporary Issues in the Sociological Study of Childhood*. London: Falmer Press.
- Jenks, Chris (Hg.) (1982): *The Sociology of Childhood. Essential Readings*. London: Batsford Academic and Educational.
- Liebel, Manfred (2005): *Kinder im Abseits. Kinder und Jugend in fremden Kulturen*. Weinheim: Juventa.
- Liebel, Manfred (2009): *Kinderrechte – aus Kindersicht*. Berlin: LIT.
- Mierendorff, Johanna (2010): *Kindheit im Wohlfahrtsstaat. Über die Bedeutung des Wohlfahrtsstaates für die Entstehung und Veränderung des Musters moderner Kindheit – eine theoretische Annäherung*. Weinheim: Juventa.
- Qvortrup, Jens (1985): Placing children in the division of labour. In: Close, Paul & Collins, Rosemary (Hg.): *Family and Economy in Modern Society*. London: Macmillan, 129-145.
- Qvortrup, Jens (2005): Kinder und Kindheit in der Sozialstruktur. In: Hengst, Heinz & Zeiher, Helga (Hg.): *Kindheit soziologisch*. Wiesbaden: VS, 27-47.
- Qvortrup, Jens; Bardy, Marjatta; Sgritta, Giovanni B. et al. (1994): *Childhood Matters. Social Theory, Practice and Politics*. Aldershot: Avebury.
- Reinhold, Gerd (Hg.) (1992): *Soziologie-Lexikon*. München: Oldenbourg.
- Sünker, Heinz & Swiderek, Thomas (2010): Kinder: Politik und Kinderpolitik. In: Krüger, Heinz Hermann & Grunert, Cathleen (Hg.): *Handbuch Kindheits- und Jugendforschung* (2., aktualis. u. erw. Aufl.). Wiesbaden: VS, 789-804.
- Tisdall, E. Kay M.; Davis, John M. & Gallagher, Michael (2009): Introduction. In: Tisdall, E. Kay M., Davis, John M. & Gallagher, Michael (Hg.): *Researching with Children and Young People. Research Design, Methods and Analysis*. London: Sage, 1-10.
- WHO World Health Organization (1986/2001): Die Ottawa-Charta. In: Geene, Raimund & Denzin, Christian (Hg.): *Berlin – Gesunde Stadt? Die Diskussion um das Healthy City-Programm* (5. Aufl.). Berlin: Schmengler, 339-344.
- Zeiher, Hartmut J. & Zeiher, Helga (1994): *Orte und Zeiten der Kinder. Soziales Leben im Alltag von Großstadtkindern*. Weinheim: Juventa.
- Zeiher, Helga; Büchner, Peter & Zinnecker, Jürgen (Hg.) (1996): *Kinder als Außenseiter. Umbrüche in der gesellschaftlichen Wahrnehmung von Kindern und Kindheit*. Weinheim: Juventa.
- Zinnecker, Jürgen (1986): Jugend im Raum gesellschaftlicher Klassen. Neue Überlegungen zu einem alten Thema. In: Heitmeyer, Wilhelm (Hg.): *Interdisziplinäre Jugendforschung. Fragestellungen, Problemlagen, Neuorientierungen*. Weinheim: Juventa, 99-132.

Kontrolle oder Unterstützung? Chancen und Grenzen der Schwangerenvorsorge in Deutschland und im internationalen Vergleich

Die in Deutschland früh einsetzende und umfangreich von werdenden Müttern genutzte Schwangerenvorsorge bietet einen besonderen Zugang zu Frauen und Familien. Bei der Analyse der hier geleisteten Versorgung wird allerdings deutlich, welche grundsätzlichen Schwierigkeiten die deutsche Schwangerenvorsorge schon seit Langem begleiten:

**Schwierigkeiten
der deutschen
Schwangeren-
vorsorge**

1. das Risikokonzept als Grundlage;
2. die Konzentration auf ärztliche Betreuung, auch für gesunde Schwangere;
3. die Überversorgung der gesunden, und die dadurch bedingte relative Unterversorgung der gefährdeten Frauen.

Dieser Aufsatz wird diese drei Merkmale des deutschen Systems kurz schildern und auf seine Auswirkungen auf Basis auch eigener empirischer Befunde eingehen. Abschließend werden vor dem Hintergrund eines internationalen Vergleichs Vorschläge entwickelt, wie das bestehende System effektiver genutzt werden kann und auf welche Veränderungen ggf. hinarbeiten ist.

1 Medizinische (Risiko-)Orientierung der Schwangerenbegleitung

Der Bereich der Gesundheitsversorgung rund um die Geburt ist derjenige medizinische Bereich, der sich als erster um Qualitätskontrolle und damit Gesundheitssicherung bemüht hat. Der Gesundheit der Kinder ist im 20. Jh. zunehmend Bedeutung und auch politische Relevanz zugemessen worden.

Die ‚Erfindung‘ von Schwangerenvorsorge ist in diesem Kontext zu verstehen. Die ersten Mutterschaftsrichtlinien führten ab Mitte der 1960er Jahre in Westdeutschland die Frauen den Arztpraxen zu (Schling et al. 2009), ohne dass auch nur diskutiert worden wäre, ob nicht vielleicht – wenn Vorsorge sein soll – die Hebammen die geeignetere Berufsgruppe dafür sind. Die ungebrochene Fortschritts-

**Fortschritts-
glaube in den
'Babyboom'-
Jahren**

gläubigkeit jener Jahre des sog. ‚Babybooms‘ und die Abwesenheit von gesundheitswissenschaftlicher Kompetenz mögen erklären, wieso es kaum nachweisbare Kritik am neuen Modell gab. Dies hat sich auch nicht geändert, als sich nach etlichen Jahren der Durchführung zwar die finanzielle Situation der Arztpraxen zunehmend verbesserte, aber die messbaren Parameter wie z. B. die Säuglingssterblichkeit in Deutschland der anderer westlicher Industrie-Länder immer noch deutlich nachhinkte. Diese Ergebnisse wurden eher zum Anlass genommen, noch mehr Untersuchungen für Schwangere aufzunehmen, und es dauerte bis in die frühen 1980er, bis ein erstes Instrument der Qualitätssicherung, die Perinatal- und z. T. auch Neonatalerhebung, in Westdeutschland eingeführt wurde; zunächst in den Ländern Bayern, Niedersachsen und Hessen. Seit den frühen Achtzigern steht sie nun für ein ständiges Bemühen um bessere Ergebnisse in der Geburtshilfe. Die Wirkungen der Schwangerenvorsorge werden allerdings darin kaum erfasst, lediglich die Anzahl der Untersuchungen und die im Mutterpass dokumentierten Befunde und Risiko-Listen werden abgebildet. Nur wenige Studien wie die des Teams um Albrecht Jahn in den 1990er Jahren (Jahn & Berle 1996; Jahn & Külker 1996; Jahn et al. 1999) betrachten die Zuverlässigkeit der im Mutterpass dokumentierten Befunde.

**Einführung
einer
Qualitäts-
sicherung**

**Internationale
Studien**

So kamen die Kritik und damit die Ansätze zur Gesundheitssicherung in der Schwangerenvorsorge auch nicht aus Deutschland. Hier ist v. a. der Aufbau der internationalen Cochrane-Collaboration zu nennen. Ein Meilenstein war 1989 die Publikation von „Effective Care in Pregnancy and Childbirth“ (Chalmers et al. 1989). Die Hoffnung war, dass in der Geburtshilfe nun alles anders werde. Auf der Basis ausgewerteter Studien, also evidenzbasierter Medizin, könnte eine wirklich optimale Versorgung möglich sein. Es ist eine bis heute beeindruckende Leistung, Evidenz so in Tabellen zu bündeln und endlich klare Aussagen zu ermöglichen, die in jedes Lehrbuch gehören. So errechneten Chalmers et al. (1989), dass eine Kaiserschnitt-rate (Sectio) von ca. 2 % notwendig ist, um mütterliches Leben und Gesundheit zu erhalten; eine Kaiserschnitt-rate von 5-6 % sichert die Gesundheit der Neugeborenen; darüber hinaus sind aber kaum weitere positive Effekte zu erwarten.

Für die Schwangerenvorsorge war damals Erstaunliches zu lernen: Viele Routine-Untersuchungen haben keine wissenschaftliche Absicherung. Weder die Anzahl der Untersuchungen, noch viele der einzelnen Bestandteile, wie vaginale Tastuntersuchung des Muttermunds, Cardiotokografie und schon gar nicht die große Zahl der Sonografien, haben nachweisliche Auswirkungen auf die Gesundheit von Mutter und Kind.

Über 20 Jahre nach dem ersten Erscheinen des Buchs könnte man erwarten, deutliche Effekte zu sehen. Wurden praktische Konsequenzen gezogen? Für die deutsche Schwangerenvorsorge lässt sich dies weitgehend verneinen. Zwar wird weniger digital vaginal untersucht – dafür wurde die vaginale Sonografie erfunden, deren Einsatz gerade in der frühen Schwangerschaft so gebräuchlich ist, dass sie nicht einmal regelmäßig dokumentiert wird. Doch noch immer ist die Vorsorge eine Domäne der Arztpraxen, obwohl nachgewiesen wurde, dass die Hebammenvorsorge – wie z. B. in Schweden üblich – genauso sicher und bei den Frauen beliebter ist. Nutzlose präpartale CTGs werden immer noch durchgeführt und zu den gängigen Blutuntersuchungen, der wirklich nützlichen und evidenzbasierten Blutdruckkontrolle, sind eine Fülle von pränataldiagnostischen Tests gekommen, die das Erleben ‚guter Hoffnung‘ schwierig machen.

Noch nie waren werdende Mütter in Deutschland so gesund, so gebildet, so häufig berufstätig und durchschnittlich so alt wie die heutigen Schwangeren. Noch nie gab es prozentual so viele nach Sterilitätsbehandlung eintretende Schwangerschaften (derzeit 4-5 % der Geburten). Fast immer suchen Frauen früh in der Schwangerschaft – früher denn je zuvor – ärztlichen Rat. Zwar haben Frauen durch die freie Verfügbarkeit von Schwangerschaftstests die Möglichkeit, sich mit dem Schwangerschaftsbeginn zunächst alleine und innerfamiliär auseinanderzusetzen, aber ihr weiterer Weg führt meist schnell in die Frauenarztpraxis, unabhängig davon, ob es sich dabei um eine geplante (ca. 50 %), ungeplante, aber willkommene (ca. 25 %) oder eine der immer noch 25 % ungewollten Schwangerschaften handelt. Von Letzteren führt ca. die Hälfte zum Abbruch (BZgA 2000). Wie das Statistische Bundesamt (2011a) mitteilt, wurden im Jahr 2010 110.431 Schwangerschaftsabbrüche gemeldet. Von einer gewissen, wenn auch schwer zu dimensionierenden Dunkelziffer un-

Viele Routine-Untersuchungen nicht evidenzbasiert

Statiken zu (un-)gewollten Schwangerschaften und Abbrüchen

gemeldeter bzw. im Ausland vorgenommener Eingriffe ist weiterhin auszugehen. Von allen begonnenen Schwangerschaften werden, differenziert nach Alter und Belastung der werdenden Mutter, bis zu 20 % mit natürlichem Abort enden (Cunningham et al. 2009).

**Zahl der
Lebend-
geburten**

In Deutschland werden inzwischen weniger als 700.000 Kinder pro Jahr geboren. Im Jahr 2010 waren es genau 677.974 Lebendgeburten, während im Jahr 2004 noch 705.622 Kinder lebend zur Welt kamen (Statistisches Bundesamt 2011b). Die Zahl wird sich weiter reduzieren, da die Zahl der Frauen im fertilen Alter sinkt; die Frauen der Baby-Boomer-Generation erreichen das mittlere Alter. Auf Grundlage der bekannten Daten und Häufigkeiten zu Aborten und Abbrüchen in Deutschland (s. o.) muss von zusammengerechnet weit über 100.000 ausgegangen werden. Somit geht es für alle, die mit Schwangeren arbeiten, um eine Klientel von insgesamt mindestens 800.000 Frauen pro Jahr, auch wenn nicht alle ein Kind gebären.

2 Die Beziehung von Über- und Unter- versorgung

**Risiko-
attestierung
auch bei
gesunden
Schwangeren**

Mit Beginn der ärztlichen Schwangerenvorsorge und der Aushändigung des Mutterpasses setzt für die Frauen auch das Risikoscreening ein, das – als deutsche Besonderheit – den vornehmlich gesunden Frauen zahlreiche Risiken attestiert: Gut $\frac{3}{4}$ aller Frauen landen in dieser Kategorie. Die in den 1990er Jahren erhobenen Risikoattestierungen von deutlich über 75 % (Schücking & Schwarz 2002) haben sich entgegen politischen Absichtserklärungen bis heute nicht wesentlich geändert – auch die aktuelle Bundesauswertung (AQUA 2011) sieht 73,4 % der Frauen mit im Mutterpass dokumentierten Schwangerschaftsrisiken. Geändert hat sich nur der Sprachterminus, nach dem nunmehr nur noch jeder dritten der identifizierten Frauen, nämlich 28,7 %, wegen Kumulation mehrerer vermeintlicher Risikofaktoren eine explizite ‚Risikoschwangerschaft‘ in den Mutterpass eingetragen wird (ebd.).

**Mehr Screening
bei steigendem
(Erst-)Gebären-
denalter**

Deutsche Schwangere sind im Schnitt im Laufe der Jahre nicht nur älter – derzeit beim ersten Kind schon fast 30 Jahre – sondern auch vorsichtiger geworden. Immer mehr Vorsorgeuntersuchungen finden statt, immer früher in der Schwangerschaft wird mit den Vor-

sorgeuntersuchungen begonnen und damit auch die erste Ultraschalluntersuchung als Beginn der selbstverständlich gewordenen Pränataldiagnostik. Die Mutterschaftsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, in denen das Vorsorgeangebot nachgesetzlich definiert wird, sehen drei Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft vor. Über die Hälfte der Schwangeren erhalten mehr als diese drei (Schücking & Schwarz 2002). Eine evidenzbasierte wissenschaftliche Basis zur Effizienz dieser Art von Früherkennung und Diagnostik fehlt bislang (IQWiG 2011).

Für Frauen in Deutschland zeigt sich, dass die jetzige, auf dem Risikokzept basierende Vorsorge gerade die wirklich risikoexponierten Frauen nur teilweise erreicht, während die am besten informierten und gesündesten Frauen eher ärztlich überversorgt werden. Insgesamt 42 % aller Schwangeren erhalten mehr als die bereits schon großzügig zgedachten elf Vorsorgeuntersuchungen (AQUA 2011). Eine Untersuchung der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2002, 2003) in mehreren – darunter auch industrialisierten – Ländern ergab, dass eine Reduzierung auf fünf bis sieben Untersuchungen ohne weiteres möglich ist – manche Schwangere haben sich jedoch an diese ständigen Kontrollen gewöhnt und sehen sich selbst als Risikofall.

Offensichtlich hat die ärztliche Schwangerenvorsorge das Erleben der werdenden Mütter verändert. Aus gesundheitswissenschaftlicher sowie aus WHO-Perspektive hat ein Land wie Deutschland mindestens 60-80 % gesunde Frauen, denen eine normale Schwangerschaft attestiert werden müsste. Stattdessen haben wir aufgrund einer nicht evidenzbasierten Risikoeinstufung nur für 26,6 % der Schwangeren eine bescheinigte Risikofreiheit (AQUA 2011).

Welchen breiten Raum die Risikoerhebungen einnehmen, ist aus dem Mutterpass ersichtlich. Hingegen fehlen Fragen zum aktuellen Wohlbefinden und der psychischen Vorbereitung auf das Kind; nach unseren Forschungsergebnissen fehlen auch häufig Ernährungsberatungen, die im Gespräch mit der Frau klären müssen, ob die Jodsubstitution alimentär sichergestellt werden kann – was meist nicht der Fall ist – und in der Regel in der dringenden Empfehlung zur Jodsubstitution münden sollte. Neun von zehn Frauen, die eine solche Empfehlung erhalten, befolgen diese (Röhl & Schücking 2009).

Geringe Erreichbarkeit risikoexponierter Frauen vs. Überversorgung gesunder Frauen

Risikoerhebungen überdecken Fragen zum aktuellen Wohlbefinden und der psychischen Vorbereitung auf das Kind

**Bildungs-
gefälle bei der
Beratung**

Doch das Bildungsgefälle bei der Beratung ist enorm. Für den Empfehlungsumfang zeigte sich eine signifikante Benachteiligung von Frauen mit niedrigem Bildungsabschluss:

- 43,8 % der Frauen mit Hauptschulabschluss,
- 58,2 % der Frauen mit Realschulabschluss,
- 65,7 % der Frauen mit Universitäts-/Fachhochschulabschluss

wurde eine Jods substitution empfohlen. Dieses ‚Bildungsgefälle‘ muss durch entsprechende Maßnahmen – z. B. Kommunikations-schulung in den Frauenarztpraxen – angegangen werden (ebd.).

**Schwangere
lassen sich für
IGeL gewinnen**

Schwangere möchten sich gerne ‚sicher‘ fühlen. Verständlich wird so auch, weshalb sich nicht nur wohlhabende Schwangere davon überzeugen lassen, zusätzliche, privat zu finanzierende sog. „IGeL“ („Individuelle Gesundheitsleistungen“) wahrzunehmen, z. B. zusätzliche Ultraschalluntersuchungen, CTGs, Blutuntersuchungen, auch wenn diese wenig bis gar nicht evidenzbasiert sind (Schnell-Inderst et al. 2011). Selbst der sog. „Gender-Test“ (der „Sex-Test“ heißen müsste) zur frühzeitigen, sicheren Bestimmung des kindlichen Geschlechts aus dem mütterlichen Blut scheint vermehrt Kundinnen zu finden.

**Umfassende
Hebammen-
betreuung nur
in der außer-
klinischen
Geburtshilfe**

Viele Fragen zur Struktur der Betreuung sind ungeklärt: Warum folgt Deutschland nicht dem Vorbild der Schwangerenbetreuung anderer Länder mit mindestens partieller Hebammenvorsorge und guten perinatalen Ergebnissen? Nur in der außerklinischen Geburtshilfe erfahren deutsche Frauen bereits vor der Geburt umfassende Hebammenbetreuung – obwohl diese nachweislich Vorteile bietet (GKV et al. 2011).

3 Ressourcen- statt Risikoorientierung

**Risikokzept
ohne nach-
weisbaren
Nutzen ver-
nachlässigt
Protektiv-
Faktoren der
Schwangeren**

Ein kritischer Blick aus der Forschungsgruppe zu „Maternal and Child Health“ der Universität Osnabrück auf die Schwangerenvorsorge kommt zu dem Schluss, dass das Risikokzept den Beweis seines Nutzens schuldig geblieben ist und dass ein risikoorientiertes Denken die Protektiv-Faktoren dieser Lebensphase vernachlässigt (Borrmann 2006). Dies gilt für die Schwangere wie für ihr künftiges Kind. Wenn wir wissen, dass Defizitorientierung ungünstig ist – und gleichzeitig von Eltern erwarten, dass sie ihre geborenen Kinder für-

sorglich und nicht defizitgeleitet betreuen – sollten wir keine defizit-, sprich risikoorientierte Vorsorge anbieten, sondern professionell solche Betreuung leisten, die die Protektiv-Faktoren der Schwangeren unterstützt (Schücking et al. 2008).

Als Ressourcen einer Schwangeren können z. B. gelten:

1. ihre Hoffnung auf das Baby – die beginnende Bindung;
2. ihre besonderen Fähigkeiten: Wachsen-Lassen – gleichzeitig Anpassung an die Anforderungen des ‚schwangeren Lebens‘;
3. ihre körperlichen Reserven;
4. ihre mentalen Reserven: psychische Stabilität, aber auch Werte und Wissen;
5. ihr soziales Netz: Partner/weitere Kinder/Familie, insb. weibliche Verwandte, Freund/innen, Nachbar/innen;
6. ihre professionelle Betreuung/Versorgung;
7. Kultur und Gesellschaft können als Ressource wirken – insb. wenn Mutterschaft in hohem Ansehen steht.

Eine interdisziplinäre Diskussion, in der die Frauen selbst als Nutzerinnen neben den versorgenden Berufsgruppen vertreten sein sollten, ist überfällig. Das Ziel muss sein, eine gute, von Pränataldiagnostik abgegrenzte und auf Gesundheit ausgerichtete Begleitung dieser an Ressourcen vollen, aber auch vulnerablen Lebensphase sicherzustellen. Die in acht europäischen Ländern seit 1994 durchgeführte Längsschnittstudie (Schücking 1995) zeigt bisher, dass die durchaus unterschiedliche Praxis der Schwangerenvorsorge in diesen Ländern kaum je vergleichend diskutiert wird, da in jedem Land die dort gängige Praxis als die eigentlich beste gilt. So existieren in Europa Betreuung in der Facharztpraxis (Deutschland, Luxemburg, Österreich), in der Klinik durch Ärzt/innen (Tschechien), Hebammen (Frankreich) oder Hebammen und Ärzt/innen (Norwegen) und die reine außerklinische Hebammenbetreuung (Holland, Schweden). Es gibt deutlich größere Unterschiede in den Betreuungsformen und entsprechend auch im ökonomischen Aufwand als in der Gesundheit von Müttern und Babys – nur Gesundheitssicherung, wie bspw. durch das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE 2012) in Großbritannien durchgeführt, ist tatsächlich noch selten.

Ressourcen einer Schwangeren

Ziel: eine auf Gesundheit ausgerichtete Begleitung

International vergleichende Untersuchung der Schwangerenbetreuung dringend notwendig

Literatur

- AQUA Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (2011): *Bundesauswertung zum Verfahrens-jahr 2010. 16/1 – Geburtshilfe. Qualitätsindikatoren*. Göttingen: AQUA.
- BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2000): *frauen leben – Eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung. Kurzfassung*. Köln: BZgA.
- Borrmann, Brigitte (2006): Positive und negative Auswirkungen des Stillens in den ersten Monaten post partum aus der Sicht von Müttern. In: Borrmann, Brigitte & Schücking, Beate (Hg.): *Stillen und Müttergesundheit*. Göttingen: V&R unipress, 45-56.
- Chalmers, Iain; Enkin, Murray & Keirse, Marc J. N. (Hg.) (1989): *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press.
- Cunningham, F. Gary; Leveno, Kenneth J.; Bloom, Steven L. et al. (Hg.) (2009): *Williams Obstetrics. Study Guide* (23. Aufl.). New York: McGraw-Hill Medical.
- GKV-Spitzenverband; MDS & Verbände der Hebammen (2011): *Pilotprojekt zum Vergleich klinischer Geburten im Bundesland Hessen mit außerklinischen Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen bundesweit*. Projektbericht vom 21.11.2011.
- IQWiG Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2011): *Aufklärung, Einwilligung und ärztliche Beratung zum Ultraschallscreening in der Schwangerschaft*. Vorläufiger Berichtsplan vom 08.02.2011. Köln: IQWiG.
- Jahn, Albrecht & Berle, Peter (1996): Zur Qualität antepartaler Daten in der Hessischen Perinatalerhebung: Ein Vergleich mit Angaben im Mutterpass und Ergebnissen einer Schwangerenbefragung. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 56 (3), 132-138.
- Jahn, Albrecht & Külker, Rainer (1996): Wenig wirksame und ungenügend angepasste Schwangerenvorsorge. In: *Medicus Mundi Bulletin* 60, 24-32.
- Jahn, Albrecht; Razum, Oliver & Berle, Peter (1999): Routine-Ultraschall in der deutschen Schwangerenvorsorge: Ist die Effektivität gesichert? In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 59 (3), 97-102.
- NICE National Institute for Health and Clinical Excellence (2012): *Pregnancy clinical guidelines*. Verfügbar unter <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byTopic&o=7261> [24.02.13].
- Röhl, Silke & Schücking Beate A. (2009): Jodversorgung in der Schwangerschaft. Einfluss der ärztlichen Empfehlung und soziodemographischer Merkmale. Ergebnisse einer multizentrischen Studie mit 1128 Wöchnerinnen. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 69 (2), 165.
- Schling, Sarah; Hillemanns, Peter & Groß, Mechthild M. (2009): Zur Historie des Mutterpasses und seines Aktualisierungsbedarfs. In: *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* 213, 42-48.
- Schnell-Inderst, Petra; Hunger, Theresa; Hintringer, Katharina et al. (2011): *Individuelle Gesundheitsleistungen. HTA-Bericht 113*. Schriftenreihe Health Technology Assessment. Köln: DIMDI.
- Schücking, Beate A. (1995): Frauen in Europa – unterschiedliche und ähnliche Erfahrungen während der ersten Schwangerschaft und Geburt. In: Schiefenhövel, Wulf; Sich, Dorothea & Gottschalk-Batschkus, Christine E. (Hg.): *Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege*. Wiesbaden: Vieweg, 381-391.
- Schücking, Beate A.; Hellmers, Claudia; Borrmann, Brigitte et al. (2008): Mütterliches Wohlbefinden rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. In: Borke, Jörn & Eickhorst, Andreas (Hg.): *Systemische Entwicklungsberatung in der frühen Kindheit*. Wien: Facultas, 211-235.
- Schücking, Beate A. & Schwarz, Clarissa (2002): Technisierung der „normalen“ Geburt. Interventionen im Kreißaal. In: Paravicini, Ursula & Riedel, Christiane (Hg.): *Dokumentation Forschungsprojekte 1. bis 3. Förderrunde 1997-2001, Band 1*. Wissenschaftliche Reihe NFFG. Hannover, 237-255.
- Statistisches Bundesamt (2011a): *Schwangerschaftsabbrüche*. Verfügbar unter [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=93414829&nummer=187&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=85548337](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=93414829&nummer=240&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=22694338) [24.02.13].
- Statistisches Bundesamt (2011b): *Lebendgeborene, Totgeborene, Gestorbene und Saldo der Lebendgeborenen und Gestorbenen*. Verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=93414829&nummer=187&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=85548337 [24.02.13].
- WHO World Health Organization (2002): *Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model*. Genf: WHO.
- WHO World Health Organization (2003): *What is the efficacy/effectiveness of antenatal care and the financial and organizational implications?* Health Evidence Network report. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Kinderärztliche Früherkennungs- untersuchungen zwischen Risikodetektion und Ressourcenstärkung

Kinderärzt/innen befinden sich in einem Dilemma: Alle Eltern und die gesamte Gesellschaft erwarten von ihnen eine umfassende Absicherung gegenüber kindlichen Gesundheitsproblemen, jedes Risiko soll ausgeschlossen werden. So werden sie – wie schon zuvor Frauenärzt/innen in der Schwangerschaft – in den gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen für Kinder zu einer umfassenden medizinischen Diagnostik angehalten. Gleichzeitig beobachten sie in der Praxis vielfältige psychosoziale Problemlagen mit weitreichenden gesundheitlichen Konsequenzen, denen sie überwiegend ohnmächtig gegenüber stehen. Der nachfolgende Beitrag zeichnet die Entstehung und Entwicklung der sog. Kindervorsorge nach, um auf diesem Hintergrund aktuelle fachliche und politische Überlegungen zu einer Neuorientierung im Sinne der Ottawa-Charta zu diskutieren, was insb. die Bedarfe sozial benachteiligter Kinder und Familien betrifft, inkl. ihrer Interessenvertretung (Advocacy-Ansatz) und der Kooperation und Vernetzung aller Unterstützungsangebote im Umfeld. Aktuell spielt hier die Sicherung elementarer Familien- und Patientenrechte (Erhalt der Freiwilligkeit und des Datenschutzes) eine wichtige Rolle. In unserem Beitrag werden fördernde und hemmende Bedingungen der Ressourcenstärkung herausgearbeitet, um (Zwischen-)Bilanz zu ziehen: Ist die Gesundheitsförderung mit ihrer saluto- statt pathogenetischen Orientierung in der Pädiatrie angekommen?

**Dilemma
zwischen
medizinischer
Diagnostik und
psychosozialen
Problemlagen**

1 Verortung und Akzeptanz des Früherkennungsprogramms

Im Sinne eines ‚Old Public Health‘, also der Prävention nach einem biomedizinischen Risikofaktorenmodell (Franzkowiak & Sabo 1993), sind in der zweiten Hälfte des 20. Jh. in allen westeuropäischen Gesundheitssystemen Vorsorge- und Früherkennungsprogramme für Kinder aufgelegt worden (Fillinger & Knesebeck 2006).

**Vorsorge-
programm
nach bio-
medizinischem
Risikofaktoren-
modell/Old
Public Health**

U-Untersuchungen durch interdisziplinäre Fachgruppen oder als ärztliche Grundversorgung

Während Kinderuntersuchungen in Ländern mit staatlichen Gesundheits- und Sozialstrukturen wie England oder Schweden von interdisziplinären Fachgruppen vorgenommen werden (Weber & Jenni 2012) oder – Beispiel Finnland – durch Hausbesuche speziell dafür ausgebildeter Public Health Nurses (Winkler 2011), sind sie in marktwirtschaftlich ausgerichteten Systemen wie der Schweiz oder den USA in die ärztliche Grundversorgung eingebunden (Meurer & Siegrist 2005). Im bundesdeutschen, korporatistischen Gesundheitswesen sind Haus- und Kinderärzt/innen mit der Durchführung einer klinischen Untersuchung in der Arztpraxis beauftragt.

Gemeinsames Schwangeren- und Früherkennungsheft in Österreich

Im Sinne des von Sayn-Wittgenstein (2007) skizzierten „Betreuungsbogens“ knüpfen die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen unmittelbar nach der Geburt mit der U1 an die Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen (vgl. Schücking, in diesem Band) an. Anders als in Österreich, wo es ein gemeinsames Schwangeren- und Kinderfrüherkennungsheft gibt (Winkler 2011: 11f.), sind die Untersuchungen jedoch in Deutschland sowohl von der Leistungserbringung als auch der Dokumentation getrennt, was die Kontinuität der Versorgung erschwert.

Gelbes Heft als Erfolgsgeschichte

Die Etablierung des Kinderfrüherkennungsprogramms in der BRD als „Us“ mit einem sog. „Gelben Heft“ gilt als Erfolgsgeschichte mit umfassender politischer Legitimation und hoher gesellschaftlicher Akzeptanz (Langness 2007). Auch die Nutzer/innen sind insgesamt zufrieden, wobei sozial benachteiligte Mütter sogar einen besonders hohen subjektiven Nutzen aus den Vorsorgeuntersuchungen zu ziehen scheinen (Wolf-Kühn & Geene 2009). Die Inanspruchnahme ist speziell bei den ersten Us (U1-U3) nahezu vollständig (Thaiss et al. 2010), sinkt jedoch nach dem 1. Lebensjahr des Kindes deutlich ab, insb. bei Familien mit hoher sozialer Belastung sowie mit Migrationshintergrund (Kamtsiuris et al. 2007: 846f.). Im Zuge der Kinderschutzgesetze in den Ländern mit verbindlichem Einladewesen hat sich die Teilnahmequote in den vergangenen Jahren auch bei älteren Kindern deutlich erhöht (Hackauf 2010). Die Verknüpfung der Früherkennung mit Teilnahmekontrollen im Sinne des Kinderschutzes wird jedoch kritisch diskutiert (Fegert et al. 2010: 319ff.). Der Gemeinsame Bundesausschuss als zuständiges

Gremium hat ein entsprechendes Ansinnen auf ein Screening nach Kindeswohlgefährdung strikt zurückgewiesen (GBA 2007).

Kein Screening auf Kindeswohlgefährdung

2 Hintergrund und Inhalte des Früherkennungsprogramms

Das kinderärztliche Früherkennungsprogramm wird 1971 mit den sog. „Kinderrichtlinien“ als Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen eingeführt (Allhoff 2010). Der zugrundeliegende Gesetzestext formuliert einen Anspruch „auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche und geistige Entwicklung des Kindes in besonderem Maß gefährden“ (§ 181 RVO). Diese bis heute fast gleichlautende¹ Anspruchsberechtigung, die seit 1990 in das SGB V als § 26 überführt ist (Schott 2000), sieht bislang eine pathogenetisch ausgerichtete Diagnostik analog dem Risikokonzept in der Schwangerenvorsorge (Kelle 2001; vgl. auch Schücking, in diesem Band) vor.

1971 Einführung des Früherkennungsprogramms mit den sog. „Kinderrichtlinien“

Zur Einführung 1971 umfasst das Kinderfrüherkennungsprogramm sieben Untersuchungen in den ersten vier Lebensjahren. Die rein klinisch ausgerichteten Inhalte basieren auf Expertenmeinungen einiger Pädiater/innen, die sich unter der Leitung der Bundesärztekammer mit der Einführung beschäftigt haben. In diesen Jahren nach der ersten Mondlandung und in einer Phase enormer technischer „Machbarkeitsvorstellungen“ (Böhme 1980) orientiert sich der Ablauf der Untersuchungen an einem Verfahrensmodell aus der Industrie:

Autoinspektion als Vorbild

„Das Prinzip einer umfassenden Vorsorge im Kindesalter liegt in der regelmäßigen Kontrolle, ob die einzelnen Lebens- und Organleistungen des Kindes sich zeitgerecht und vollständig einstellen oder ob sich Schäden offenbaren, die zu einer ernsteren Behinderung führen müssten. [...] Als Modell wurde dabei bewusst das Verfahren zum Vorbild genommen, das die Autoindustrie entwickelte, die bestimmte Inspektionen des Fahrzeugs an Hand eines Scheckheftes vorschreibt“,

zitiert Allhoff (2010: 121) aus dem Standardwerk „Präventive Medizin“ von Wilhelm Theopold (1970). Eindrucksvoll drückt das Zitat

¹ „In besonderem Maße gefährden“ (§181 RVO) wurde durch „in nicht geringfügigem Maße“ (SGB V § 26) ersetzt

**Keine Nutzen-
bewertung,
sondern
"Eminenz statt
Evidenz"**

das, wie es Heiner Legewie (1987: 319) ausdrückt, „Defekt-Modell“ jener Jahre aus, den Körper in Analogie zu einer Maschine setzend.

Anders aber als bei der engen Qualitätsorientierung in der Industrie liegen den Untersuchungen lediglich Expertenmeinungen bzw. lobbyunterstützte politische Entscheidungen zugrunde, die Allhoff (2010: 118) als eine sich bis heute fortsetzende „Eminenz statt Evidenz“ kritisiert.

Das Kinderfrüherkennungsprogramm wird im Laufe der Jahre um mehrere Untersuchungen auch in Form von Screenings erweitert. Auch hier bilden Expertenmeinungen die Grundlage, wenngleich seit Neueinführung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) und der Einrichtung des Instituts für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) 2004 inzwischen Instrumente zur Evidenz- und Nutzenbewertung vorliegen. Die neu institutionalisierte Expertise wird bereits in ersten Themenbereichen wie der Hüftsonographie genutzt, eine systematische Nutzenbewertung steht jedoch weiterhin aus.

**10 Unter-
suchungen
von der U1
bis zur U9**

Inzwischen umfasst das Kinderfrüherkennungsprogramm zehn Untersuchungen von der U1 (am ersten Lebenstag) bis zur U9 (im Alter von 5 Jahren) sowie eine zusätzliche U7a für dreijährige Kinder, die 2008 nach Aufforderung des Gesetzgebers kurzfristig vom GBA konzipiert und eingeführt wird, um die zeitliche Lücke zwischen U7 (21. bis 24. Lebensmonat) und U8 (43. bis 48. Lebensmonat) zu schließen. Zwei ergänzende Jugenduntersuchungen – J1 und J2 – werden ebenfalls angeboten, wegen fehlendem Nutzenbeleg wird jedoch nur die J1 von allen Krankenkassen in der Regelversorgung finanziert; die J2 wird als freiwillige Leistung einiger Kassen sowie für Selbstzahler (sog. IGeL-Leistungen) durchgeführt².

Säuglinge und Kleinkinder werden bei den Us u.a. auf Hüft- und andere Körperanomalien, Epilepsie, Fehlbildungen des Zentralnervensystems und der Sinnesorgane gescreent. Weitere Untersuchungsinhalte sind motorische, sprachliche, kognitive oder sozial-emotionale Entwicklungsstörungen, die jedoch bislang nicht systematisch hinterlegt sind (Lerch & Abholz 2009).

² Im Referentenentwurf des Präventionsgesetzes (BMG 2013, s. u.) ist eine Erweiterung der Vorsorgeuntersuchungen zumindest um eine U10 sowie ggf. weitere Us vorgesehen.

3 Grenzen des Früherkennungsprogramms

Nutzenbewertungen für das Programm sind von hoher Bedeutung, denn bislang werden die Untersuchungen nur wenig standardisiert durchgeführt, obgleich Entwicklungsstörungen durch variable Verläufe insb. bei kleinen Kindern nur schwer zu diagnostizieren sind und mithin hoher subjektiver Fehlerhaftigkeit des oder der einzelnen Pädiater/in unterliegen. Hier kann es zu Unterversorgung im Sinne übersehener behandlungsbedürftiger Befunde kommen oder auch zu Überdiagnostik mit nachfolgender überflüssiger, schädlicher Therapie (z. B. Hohmann 1987; Banthien et al. 2006). Überdiagnostik wird insb. bei spezifischen invasiven Maßnahmen wie Polypen-, Mandel-, Blinddarm- oder Hodenhochstands-Operationen kritisiert, die regional stark unterschiedlich (Weitkunat et al. 2000) und insgesamt in Folge einer hohen Überweisungsquote an Fachkliniken in Deutschland im internationalen Vergleich auffällig häufig durchgeführt werden (Blech 2007). Besonders kontrovers diskutiert wird dies an der Frage der ADHS-Diagnostik und -Therapie, bei der ebenfalls hohe regionale Schwankungen vorliegen sowie deutlich unterschiedliche Diagnosepraktiken einzelner Pädiater/innen, was als Über- (z. B. Glaeske & Jahnssen 2002; Grobe et al. 2013) oder auch als Unterversorgung (z. B. Schlack et al. 2007) interpretiert werden kann.

Weil bei den einzelnen Untersuchungen auf bis zu 35 somatische Zielerkrankungen gescreent wird, schlussfolgert Collatz (2010: 78) kritisch: „Das ist fast unmöglich, denn jeder Arzt hat sein eigenes Schema mit speziellen Schwerpunkten entwickelt. Die Spezifität und Sensitivität vieler Untersuchungen ist entsprechend problematisch.“ Hier verweist der Sachverständigenrat (SVR 2009) darauf, dass ein universelles Screening generell das Problem mit sich bringt, dass die Zahl der falsch-positiven Befunde so stark ansteigt, dass eine spezifische Nachverfolgung tatsächlicher Risiken dadurch erschwert statt vereinfacht wird. Daher geht Überversorgung regelmäßig mit Unterversorgung einher (ebd., vgl. auch Trojan 2007 sowie Schücking, in diesem Band).

Kelle (2008: 190) kritisiert zudem eine den Untersuchungszielen entsprechende Defizitorientierung: „Dem Instrument eingeschrieben ist [...] gewissermaßen eine Defizit-Logik: Die Feststellung dessen,

**Unter-
und Über-
versorgung**

**Screening auf
bis zu 35 Ziel-
erkrankungen
in den einzel-
nen Untersu-
chungen**

**Kritik an
Defizitorientie-
rung und
Normierung**

was das Kind schon kann, dient dem diagnostischen Ausschluss von Störungen.“ Die Kontrollen der Normgrößen bzw. -abweichungen und ihre Dokumentation hinsichtlich Kopfumfang, Körperlänge und -gewicht, Letzteres noch ergänzt um Eintragungen nach dem – für Kinder ursprünglich nicht vorgesehenen – Body-Mass-Index suggerieren eine Normvorstellung, sodass sie für Eltern ein irreführendes Bild abgeben.

4 Wird das Früherkennungsprogramm der „neuen Morbidität“ gerecht?

Neben dieser Kritik an einer somatischen Überdiagnostik wird auch beanstandet, dass das Vorsorgeprogramm den sich wandelnden sozialen Anforderungen nicht (mehr) entspreche (Collatz 2010: 78f.). Kinder sind einerseits die gesündeste aller Bevölkerungsgruppen, und ihre Aussicht auf ein langes, beschwerdearmes oder gar -freies Leben steigt kontinuierlich weiter an (BMFSFJ 2013). Andererseits wird auf eine „neue Morbidität“ (Schlack et al. 2007) auch bei Kindern verwiesen. Viele der akuten sog. ‚Kinderkrankheiten‘ wie Masern, Röteln oder Keuchhusten sind durch verbesserte Lebensverhältnisse, hygienische Maßnahmen und Impfprogramme weitgehend eliminiert. Statt akuter Infektionskrankheiten werden zunehmend chronische Belastungen sowie psychische, kognitive, sprachliche und motorische Entwicklungsstörungen diagnostiziert (Hölling et al. 2010), die jedoch bislang zu wenig im Fokus der Untersuchungen stehen (Bergmann et al. 2009).

Geistige, seelische und körperlicher Beeinträchtigungen werden bei etwa 5-10 % der zur Einschulung vorgestellten Kinder festgestellt. Manfred Cierpka et al. (2007) gehen in ihrer Bestandsaufnahme für die BZgA sogar von einer Prävalenz bei Entwicklungsstörungen von bis zu 20 % aus. Konsens besteht darin, dass die Befunde für die meisten Störungen (Sprachstörungen, psychomotorische Störungen, kognitive Beeinträchtigungen sowie emotionale Störungen) einen erheblichen sozialen Gradienten aufweisen – sie finden sich bei Kindern aus materiell, sozial und kulturell belasteten Familien deutlich stärker (Lampert et al. 2010).

**Kinder als
gesündeste
Bevölkerungs-
gruppe**

Neue Morbidität

Als besonders relevante Problematik in der Altersgruppe der Säuglinge gelten Regulationsstörungen mit einer Prävalenz von etwa 20 %. Bei etwa der Hälfte dieser Kinder liegen diese Störungen in chronifizierter Form vor. Als bedeutsamstes Einzelphänomen der Regulationsstörungen gilt die Schreibabypromatik (Papoušek et al. 2004; siehe auch das jüngst vorgelegte HTA³, Korczak et al. 2013). Diese kann Interaktionsstörungen mit folgenschweren Konsequenzen für die gesamte kindliche Entwicklung nach sich ziehen. Interaktions- und Regulationsstörungen sind auch assoziiert mit Postpartalen Depressionen, von denen laut Riecher-Rössler (2006: 11) etwa 10-15 % der Mütter betroffen sind. Sie lassen sich allerdings nur schwer von leichterem Form mütterlicher Depression („Heultage“, „Babyblues“, siehe Wendt & Rohde 2003 sowie Riecher-Rössler 2006) abgrenzen, denen Wendt und Rohde (2003: 693) in ihrer Literaturübersicht eine Prävalenz von durchschnittlich 50 % der entbindenden Frauen zuordnen. Hier wird deutlich, dass eine isolierte kindzentrierte Diagnostik zu kurz greifen kann und stattdessen die psychosoziale Situation der gesamten Familien hohe Relevanz besitzt.

Prävalenz von Regulationsstörungen bei Säuglingen

Mütterliche Depressionen

Psychosoziale Situation der Familie

Festzuhalten bleibt zunächst, dass es einen hohen Bedarf an psychosozialen Unterstützungsleistungen gibt, gerade auch im Rahmen der pädiatrischen Früherkennung, die eine vergleichsweise verbindliche und sichere Anlaufstruktur für junge Mütter darstellt. Ihr Methodenprogramm ist darauf aber bislang nicht ausgerichtet. Im folgenden Abschnitt möchten wir uns daher der Frage widmen, ob das Früherkennungsprogramm primärpräventiv wirken kann, sowohl hinsichtlich des Interesses der Inanspruchnehmer/innen (der jungen Familie) als auch des pädiatrischen Leistungsangebots.

5 Kann das Früherkennungsprogramm primärpräventiv wirken?

Grundsätzlich scheint eine umfassende, primärpräventive Begleitung in der frühen Kindheit hoch sinnvoll und daher moralisch wie praktisch geboten. Die ersten Lebensmonate und -jahre werden als prägende und zugleich vulnerable Phase in Hinblick sowohl auf die

³ HTA: Abkürzung für Health Technology Assessment.

Besondere emotionale Lernfähigkeit bei Mutter und Kind

biologische als auch die psychosoziale Entwicklung von Kindern angesehen (Brisch & Hellbrügge 2003), insb. als Zeitfenster zur Entwicklung einer sicheren Bindung (Ahnert 2004) sowie körperlicher und neurologischer Fähigkeiten (vgl. Wenzel & Wendel, in diesem Band). In diesem Zeitraum ist zugleich eine besondere emotionale Lernfähigkeit bei Mutter und Kind vorhanden (Stern 2006). Schon insofern kommt dieser Phase eine hohe Relevanz auch in Bezug auf Gesundheitschancen im weiteren Lebensverlauf zu (Laucht et al. 2002; Montada 2008). Brisch (2005) verweist darauf, dass eine von Müttern wie Vätern als glücklich empfundene Säuglingszeit im weiteren Lebensverlauf mit psychischer Gesundheit bei erhöhter Resilienz gegenüber Sucht- und Unfallgefahren und geringer ADHS-Prävalenz korreliert. Der Zeitraum ist mithin sowohl für Prävention von Entwicklungsstörungen als auch zur Gesundheitsförderung im Sinne der Aneignung eines gesunden Lebensstils und insgesamt eines Lebens in Wohlbefinden (Health Literacy, vgl. Kickbusch & Maag 2008) prädestiniert.

Kritisch zu diskutieren ist, inwieweit sich diese Bedarfe und Potenziale im Früherkennungsprogramm abbilden.

Außer zahn-schonender Ernährung keine primär-präventive Beratung

Das Kinderfrüherkennungsuntersuchungsprogramm in seiner jetzigen Form ist sekundärpräventiv ausgerichtet und beinhaltet – außer zum Thema zahnschonende Ernährung – keine primärpräventiven Beratungsangebote (Günay et al. 2007; Geene 2009). Trotz fehlender Vorgaben in den Richtlinien werden aber in der kinderärztlichen Praxis im Rahmen der Untersuchungen vielfach präventive Beratungen zu verschiedenen Themen durchgeführt. Mögliche Inhalte ergeben sich aus der Initiative der Ärztinnen und Ärzte bzw. der nachfragenden Eltern (Lerch & Abholz 2009). Als häufige Themen gelten Plötzlicher Säuglingstod sowie Schütteltrauma, Stillen, Passivrauchen und Unfallprävention (Jorch 2010). Weil für jede Untersuchung mit jeweils 26 Minuten Arztkontakt⁴ eine vergleichsweise lange Präsenz vergütet wird (BMG 2013), besteht grundsätzlich die Zeit für solche Beratung. Sie wird auch, so die Befragung von Bergmann et al. (2009), von Eltern gerne angenommen. Weber und Jenni (2012: 431) berichten in ihrem internationalen Literaturre-

Häufige Themen: Plötzlicher Säuglingstod, Schütteltrauma, Stillen, Passivrauchen, Unfallprävention

⁴ Eltern berichten von deutlich kürzeren Arztkontakten bei den Us.

view von „antizipierender Beratung der Eltern“, die in vielen Ländern üblich sei.

Insgesamt besteht für die pädiatrische Präventionsberatung eine eher schwache Evidenz hinsichtlich ihrer Wirksamkeit in den Bereichen Ernährung, Gewaltprävention, Unfallprävention, Prävention von Plötzlichem Kindstod/SIDS sowie Passivrauchen (Kahl et al. 2007; Jorch 2010; im Überblick: Weber & Jenni 2012) bei einer erheblichen Skepsis hinsichtlich der Wirksamkeit bei sozial Benachteiligten (ebd.; Meurer & Siegrist 2005).

Zumindest für den Bereich der Unfallprävention geben die Fortbildungsinformationen der Bundesärztekammer (Siegrist et al. 2001) unter Bezug auf Bass et al. (1993) evidenzbasierte Empfehlungen für konkrete Präventionsinterventionen der Ärztinnen und Ärzte. Diese enthalten neben diagnostischen Hinweisen und Beratungsinhalten v. a. den Hinweis auf eine verbesserte Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und kommunalen Netzwerken. Sie münden in der Empfehlung zum Aufbau eines nationalen Unfallpräventionsprogramms angelehnt an die positiven Erfahrungen aus den skandinavischen Ländern. Im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen stehen den Ärztinnen und Ärzten altersspezifische Merkblätter der Kinderunfallprävention zur Weitergabe an die Eltern zur Verfügung.

Darüber hinaus haben Ärztekammern gemeinsam mit den Krankenkassen und Landesvereinigungen für Gesundheit auch ärztliche Leitfäden zur Gewaltprävention (z. B. Landesärztekammer 2001) erstellt, deren Nutzen jedoch bislang nicht erhoben wurde. Auch Weber und Jenni (2012: 432) weisen darauf hin, dass von den Präventionsthemen nur Unfallrisiken signifikant reduziert werden können, wobei diese „weniger effektiv in der Zielgruppe von Familien mit niedrigem Einkommen“ seien. Als häufigste Barrieren für die Effektivität benennen sie „hohe Kosten, ein mangelndes Verständnis für Risikomechanismen, spezielle kulturelle Hintergründe, Misstrauen gegenüber behördlich geförderten Programmen und schwierige Wohnverhältnisse“ (ebd.).

Dieser Befund ist misslich, weil primärpräventive Leistungen – die bislang in der Steuerung der Krankenkassen liegen – nach SGB V § 20 Abs. 1 die Auflage haben, „insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheits-

**Wirksamkeit
der Präven-
tionsberatung
kaum belegt**

**Unfall-
und Gewalt-
prävention**

**Geringe
Wirksamkeit
bei sozial
Benachteiligten**

**Korrelationen
zwischen
sozialer Schicht
und Unfällen**

chancen [zu] erbringen.“ Nun lassen sich auch aus internationalen Studien deutliche Zusammenhänge zwischen sozialer Schicht und Unfällen inkl. Plötzlichem Kindstod/SIDS sowie Stürzen, Verbrühungen und Schütteltraumata ableiten (Pickett et al. 2005; Wood et al. 2012), was wiederum mit Regulationsstörungen und speziell dem Schreibabyphänomen (Korczak et al. 2013) korreliert. Analoge Ergebnisse zeigen sich auch im Bereich des Stillens (Lange et al. 2007; Rückert & Mielck 2008).

**Präventiv-
medizinische
Leistungen**

Besonders erfolgreich verlaufen präventivmedizinische Leistungen wie das Impfen (Poethko-Müller et al. 2007) sowie das Neugeborenencreening auf Stoffwechselerkrankungen (NGS, Harms & Olgemöller 2011), wengleich es bislang nicht gelungen ist, das NGS, das zwischen der 48. bis 72. Lebensstunde vorgenommen werden soll und mithin nach der U1 und vor der U2, und alle der vorgeesehenen Impfgaben in das Früherkennungsprogramm aufzunehmen, weil sich die empfohlenen Zeitpunkte z. T. nicht mit denen der vorgeesehenen U-Zeiträume überschneiden.

6 Politische und fachliche Anforderungen an die Früherkennung

**Gesundheits-
förderung im
Bereich nicht-
medizinischer
primärer
Prävention**

Dass Gesundheitsförderung und Prävention die Rolle eines Schlüsselkonzeptes moderner gesundheitlicher Sicherung zukommt, ist weitgehend politischer (Geene 2012) und fachlicher (Hurrelmann et al. 2012) Konsens. Bislang sind allerdings zahlreiche Anläufe gescheitert, Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland grundlegend praktisch wie strukturell, z. B. durch ein Präventionsgesetz, zu etablieren (Rosenbrock & Gerlinger 2013). 2012 haben außer der FDP alle Parteien Konzepte zur Stärkung von Primärprävention vorgelegt, die in diesem Rahmen nicht im Einzelnen diskutiert werden können (vgl. dazu Geene 2012). Anders als vorherige Gesetzesvorlagen zu Gesundheitsförderung und Prävention, die Gesundheitsförderung jeweils im Bereich nicht-medizinischer primärer Prävention zu regeln beabsichtigten (Mosebach & Walter 2006; Rosenbrock & Michel 2007), beziehen die zum Jahreswechsel 2012/13 vorgelegten Vorschläge des Ministeriums explizit die Früherkennungsuntersuchungen ein und möchten neue Rahmenbedingungen

setzen. Aufgrund der Aktualität des Vorhabens soll in einem Exkurs auf das Gesetzesvorhaben eingegangen werden, auch wenn es angesichts der fortgeschrittenen Legislaturperiode (Neuwahl September 2013) unwahrscheinlich erscheint, dass es in Kraft treten kann. Am geplanten Vorhaben können jedoch exemplarisch die Implikationen dargestellt werden, die sich für eine stärkere Ressourcenorientierung in der kinderärztlichen Praxis stellen, und die für künftige erneute Gesetzesvorhaben nutzbar gemacht werden können, wenn diese denn möglichst am Anfang und nicht erneut am Ende einer Legislaturperiode behandelt werden.

Exkurs: Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention (Arbeitstitel) – Referentenentwurf des BMG

Wir werden im Folgenden den Referentenentwurf aus dem Bundesministerium für Gesundheit vom 11. Januar 2013 (BMG 2013), der das Eckpunktepapier der schwarz-gelben Regierungskoalition zu einer Präventionsstrategie vom 13.12.12 konkretisiert (BMG 2012), in den Blick nehmen. Dieser entfernt sich von der u. a. Screening-Definition deutlich, insb. durch ihre beabsichtigte Erweiterung der Befundung psychosozialer Risiken. Wir werden diese Widersprüchlichkeit am Ende dieses Abschnitts erläutern (s. u.).

Bislang steht einem Ausbau primärer Prävention in den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen, wie es Bergmann et al. (2010) oder der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ 2012) fordert, der in § 26 SGB V formulierte Anspruch lediglich auf Früherkennung von Krankheiten gegenüber⁵. In dem Referentenentwurf wird von einer „Präventionsorientierten Fortentwicklung der Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen“ (BMG 2013: 1) gesprochen. Konkret wird eine Erweiterung des § 26 dahingehend vorgeschlagen, dass künftig „die Untersuchungen auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung“ (BMG 2013: 9) beinhalten solle. In der Gesetzesbe-

Referentenentwurf zur Präventionsstrategie

Konzept einer Präventionsorientierten Fortentwicklung

⁵ Die Kindervorsorgeuntersuchungen dienen „der Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden“ (SGB V § 26).

gründung wird dazu ausgeführt, dass „neben der Früherkennung auch primärpräventive Maßnahmen beinhaltet“ (ebd.: 27) seien. Weiter heißt es dazu:

**Instrumente für
das Risikoprofil**

**Präventions-
empfehlung**

„Hierzu gehören eine systematische, gegebenenfalls mit Hilfe geeigneter Instrumente (u. a. Fragebögen, Risiko-Tests oder Risiko-Scores) durchzuführende ärztliche Erfassung und Bewertung des individuellen gesundheitlichen Risikoprofils, eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung und – sofern medizinisch angezeigt – die Ausstellung einer ärztlichen Bescheinigung (Präventionsempfehlung).“

**Künftige
Steuerung der
Präventions-
kurse durch
ärztliche
Bescheinigung?**

Wenn der/die Pädiater/in es demnach als medizinisch notwendig erachtet, wird eine Präventionsempfehlung für primärpräventive Leistungen nach § 20 Absatz 2 ausgestellt, mit der in – hinsichtlich ihres Nutzens ebenfalls umstrittene (Rosenbrock & Gerlinger 2013) – Präventionskurse der Krankenkassen überwiesen wird.

Zwar wird mit dieser Präventionsempfehlung die Notwendigkeit einer Vermittlung aus der Arztpraxis an weiterführende Angebote anerkannt und angestrebt. In dem Entwurf wird aber weder auf aktuelle bundespolitische Gesetze und Initiativen, wie die Bundesinitiative Frühe Hilfen (vgl. Sann et al., in diesem Band), Bezug genommen noch eine Kooperation der Ärzt/innen mit anderen in den familiären Lebenswelten arbeitenden Leistungserbringer als Voraussetzung einer passgenauen und zielgruppenspezifischen Weitervermittlung auch nur angedacht.

In einer Stellungnahme der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG 2013: 1f.) heißt es dazu:

**Keine
Verknüpfung
mit dem neuen
Bundeskinder-
schutzgesetz**

„Hier gilt es aber zu berücksichtigen, dass mit dem Bundeskinderschutzgesetz gerade erst eine komplette Struktur aufgebaut wird mit flächendeckenden Netzwerken Früher Hilfen, Familienhebammen und Ehrenamtsstrukturen/Familienpaten. Auf diese neue Präventionsstruktur des SGB VIII wird in dem vorliegenden Gesetzentwurf mit keinem Wort Bezug genommen. Stattdessen sollen Ärzte jetzt primärpräventiv beraten, ohne sich zuvor überhaupt mit den Lebenswelten vertraut zu machen. Die Hebammen hingegen, die schon immer in den Familien waren, durchlaufen aktuell Weiterbildungen zur Familienhebamme.“ Sowie weiter: „Nach Auffassung der DAG SHG müsste der Referentenentwurf dringend mit dem Jugend- und Familienressort abgestimmt werden. Als Leistungserbringer der Jugendhilfe (SGB VIII) ist dieses unmittelbar mit dem Kontext Familie betraut und auch qualifiziert! Die Unterstützung bei psychosozialen Schwierigkeiten für Kind und Familie sollte hier dem Leitsatz folgen, die (kinder-)ärztliche Autorität an lebensnahe Leistungserbringer, insbesondere Hebammen, weiterzureichen (also Anreizsetzung zur Kooperation).“

Es werden als weitere Mängel u. a. aufgelistet:

„Auch fehlt eine Berücksichtigung bestehenden Engagements, welches in den Ländern und Kommunen neben den Krankenkassen unter anderem durch Öffentliche Gesundheitsdienste, Selbsthilfekontaktstellen, Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung, Pflegestützpunkte und die breiten Strukturen bürgerschaftlichen Engagements wie (Familien-)Selbsthilfe, Patientenorganisationen, Patenprojekte, Pflege, Sport und auch die Gesundheitswissenschaften erbracht wird“ (ebd.).

Keine Berücksichtigung bestehenden Engagements

Grundsätzlich kann ein Ausbau primärpräventiver Inhalte in den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen als ein Schritt weg von einer rein pathogenetischen Defizitorientierung eingeordnet werden, insofern sich Belastungssenkung und Ressourcenstärkung ergänzen. Dies mag zwar im Sinne einer präventiven Ausrichtung der Pädiatrie sinnvoll erscheinen (Weber & Jenni 2012) – Bergmann et al. (2009: 711f.) verweisen hier bereits auf hohe Akzeptanz einer vorausschauenden Beratung bei jungen Eltern – ist aber unter dem Aspekt der milieu- und lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung sowohl ethisch problematisch als auch praktisch kontraproduktiv (Bittlingmayer & Bauer 2007; Geene & Rosenbrock 2012).

Um sich zunächst zu vergegenwärtigen, wie massiv der Kurswechsel der Regierungspläne zur bisherigen fachlichen Orientierung des sekundärpräventiven Früherkennungsprogramms ist, sollen an dieser Stelle zunächst die aktuellen Rahmenanforderungen dargestellt werden. Dazu gilt es, die Charakteristika der Sekundärprävention zu verdeutlichen, bei der es darum geht, möglichst früh Störungen zu entdecken, um eine frühe Behandlung oder Frühförderung einzuleiten. Ein solches Screening ist epidemiologisch nur sinnvoll (Holland & Stewart 1990) und als Leistung der GKV nur zulässig (§ 25 Abs. 3 SGB V), wenn

Anforderungen an ein Screening

- es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können,
- das Vor- und Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist,
- die Krankheitszeichen medizinisch als auch technisch eindeutig zu erfassen sind und genügend Ärzt/innen und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln.

Das bedeutet zum einen, dass Früherkennung sinnvoll ist, wenn neben geeigneten Hilfen auch angemessene Instrumente vorhanden sind, die Störungen zuverlässig erfassen. Screening-Tests haben methodische Probleme, weil sie sowohl falsch-positive als auch falsch-negative Befunde liefern können, was entweder überflüssige (möglicherweise schädliche) oder zu wenig Therapie nach sich zieht.

Auf diesem Hintergrund möchten wir die bereits angesprochene und für die aktuelle Orientierung der Früherkennungsuntersuchungen so zentrale Frage diskutieren, inwieweit psychosoziale elterliche Problemlagen Gegenstand einer gezielten Erhebung im Rahmen des Programms werden können.

7 Befunderhebung psychosozialer Problemlagen – Chancen und Risiken

**Standardisierte
Instrumente
fehlen**

Bislang gibt es für das Erkennen und Erfassen eines eventuellen psychosozialen Unterstützungsbedarfs der Familie weder standardisierte Instrumente, noch sind sie expliziter Bestandteil der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen. Auch bereitet die medizinische Ausbildung nicht auf diese Aufgabe vor. Gleichwohl, so die Einschätzung von Thaiss et al. (2010: 1030), „wird es kaum einen kinderärztlichen Kontakt geben, bei dem ausschließlich kindzentrierte körperliche Befunde erhoben und therapiert werden. Vielmehr impliziert jedes pädiatrische Handeln auch den Blick auf die Mutter-Kind-Interaktion, das soziale Umfeld des Kindes und der Familie und deren potentielle Belastungen.“

**Kindzentrierung
oder Blick auf
Mutter-Kind-
Interaktion**

Es zeichnen sich zunehmend Bemühungen ab, eine explizite Systematisierung dieser bislang impliziten Praxis voranzubringen. Dazu tragen maßgeblich die im Rahmen Früher Hilfen kommunizierten Erkenntnisse über die Bedeutung frühzeitiger Unterstützungsangebote für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in belastenden Lebenslagen bei (vgl. Sann et al., in diesem Band). Da sich starke psychosoziale Belastungen von Eltern negativ auf die gesunde Entwicklung von Säuglingen und kleinen Kindern auswirken können (z. B. Laucht et al. 2002), sind im Zuge des Auf- und Ausbaus Früher Hilfen Unterstützungsansätze erprobt und zusammengeführt worden. Eine zentrale Rolle spielen dabei Ergebnisse der Bindungsfor-

schung, die besagen, dass eine sichere emotionale Bindung zwischen Hauptbezugsperson und Säugling die kindlichen Entwicklungschancen begünstigt und darüber hinaus negative Auswirkungen psychosozialer Belastungen abmildern oder sogar kompensieren kann (vgl. Mey, in diesem Band sowie Sann et al., in diesem Band). Förderung der familiären sozialen Unterstützung sowie der Mutter/Vater- Kind-Interaktion gelten hier als geeignete präventive Angebote, um die elterliche Beziehungskompetenz zu stärken.

Im Rahmen eines NZFH-geförderten Modellprojekts des Kinderhilfezentrums München und der Uni Freiburg (Martens-Le Bouar et al. 2013) wird aktuell ein sog. Anhaltsbogen entwickelt, der Kinderärzten und -ärztinnen eine Möglichkeit zur Hand gegeben soll, psychosoziale Belastungen in der Familie sowie Entwicklungsbeeinträchtigungen standardisiert zu erkennen und zu dokumentieren. Gegebenenfalls können diese Familien dann auf Unterstützungsangebote aufmerksam gemacht bzw. an diese weitergeleitet werden.

Grundsätzlich besteht bei allen hier in Diskussion stehenden Erfassungsmaßnahmen das Problem der geringen Sensitivität der diagnostischen Instrumentarien, die überhaupt nur durch ein starkes Absenken des Präzisionsanspruchs in der Diskussion gehalten werden kann. „Die meisten Entwicklungstests haben eine ausreichende Sensitivität und Spezifität von 70-90 %“ heißt es in der internationalen Studienauswertung durch Weber und Jenni (2012: 434), die dennoch auf das Ziel verweisen, die Detektionsrate zu verbessern durch eine „normierte und standardisierte Entwicklungsdiagnostik in der (kinder-)ärztlichen Praxis“ (ebd.). Dies sehen sie bspw. durch die „relativ kostensparende Methode zur Erfassung eines Entwicklungsrückstandes [durch] die Nutzung standardisierter Fragebögen“ ermöglicht, auch wenn dies, wie sie einräumen, international „kontrovers beurteilt“ werde (ebd.).

Als ein weiterer Kritikpunkt wird angemerkt, dass mit dem entwickelten Bogen, der auch Dokumentationszwecken dient, primär Defizite erhoben werden. Allein auf Defizite zu fokussieren, birgt, so Keupp (2009: 20) im Kontext Früher Hilfen, zumindest die Gefahr des Labelings von ‚Risikofamilien‘: „Einer Familie oder einem Kind mit der Annahme zu begegnen, dass sie ein ‚Risiko‘ darstellen, erzeugt eine spezifische professionelle Grundhaltung. Auch die Betrof-

Anhaltsbogen zur Erfassung von psychosozialen Belastungen und Entwicklungsbeeinträchtigungen

Sensitivität und Spezifität

Gefahr des Labelings von „Risikofamilien“

fenen werden etwas von dieser Grundhaltung spüren.“ Mierendorff (2008: 152) problematisiert zudem das durch argumentative Verkürzung produzierte Bild, „dass Armut mehr oder weniger zwangsläufig Entwicklungsstörungen ‚bewirke‘.“

Was impliziert die Diagnostik von Entwicklungsstörungen, -verzögerungen und -beeinträchtigungen aus einer ressourcenorientierten Perspektive? Dieser Frage wird im folgenden Abschnitt nachgegangen.

8 Implikationen aus ressourcenorientierter Perspektive

Einerseits kann die frühzeitige Feststellung einer Entwicklungsbeeinträchtigung unter Umständen zu einer passgenauen Vermittlung an geeignete Maßnahmen führen. Dies gilt insb. für Frühfördermaßnahmen, die aufgrund angeborener, unfall- oder krankheitsbedingter Behinderungen verordnet werden (vgl. Klein 2002). Demgegenüber lassen sich Entwicklungsstörungen, die nicht aus körperlichen Beeinträchtigungen resultieren, sondern Folge psychosozialer Problemlagen sind, oftmals nur spät feststellen, nämlich wenn sie sich schon manifestiert haben (Thurmair 2008). Den anschließenden kindzentrierten Interventionen wird dabei ein eher geringer Nutzen zugesprochen (Klein 2009). Allerdings muss eine Entwicklungsdiagnostik notwendigerweise von standardisierten Entwicklungsverläufen ausgehen und wird damit der hohen Variabilität der kindlichen Entwicklung nur schwer gerecht. So wird bspw. in Bezug auf die psychomotorische und sprachliche Entwicklung darauf verwiesen, dass diese bei allen Kindern zwar nach dem gleichen Muster, aber in unterschiedlicher Geschwindigkeit erfolgt. „Die Meilensteine der kindlichen Entwicklung geben allenfalls an, WAS erwartet werden darf, aber nicht, WANN man es erwarten kann“ (GBB 2012: 8).

Laut Kelle (2008) werden von Eltern die zunächst deskriptiv verfassten Entwicklungsnormen oftmals als Soll-Norm gedeutet, einhergehend mit der Befürchtung einer Stigmatisierung ihres Kindes als nicht ‚normal‘. „Die deskriptiven Entwicklungsnormen werden [...] mit moralischer Qualität ausgestattet. Wenn die Kindermediziner Auffälligkeiten vermerken, interpretieren die Eltern dies vielfach als

Handlungsaufforderung an ihre Adresse“ (ebd.: 192). Dies weist möglicherweise auf eine Problematik hin, die schon in Bezug auf die Vermittlung individueller Gesundheitsbotschaften im Rahmen primärpräventiver Beratung beschrieben wurde. Besonders Menschen in belastenden Lebenssituationen können sich innerhalb eines auf eigenverantwortliche Verhaltensänderung setzenden Diskurses in ihrem vermeintlich fehlerhaften Gesundheitsverhalten angeklagt sehen (vgl. Schmidt 2007). Die Abweichung eines Kindes gegenüber der vorgegebenen Norm – eventuell auch durch die Untersuchungssituation bedingt – kann zu Verunsicherung führen und als individuelles Versagen als Mutter oder Vater erlebt werden (Marzini & Kluwe 2009; Kelle & Ott 2012). Es ist in Frage zu stellen, ob ärztliche Beratungsgespräche hier die nötigen Bewältigungsressourcen generieren können. Zumal, so das Ergebnis einer Untersuchung von Wolf-Kühn und Geene (2009) über Kinderfrüh-erkennungsuntersuchungen aus der Nutzer/innenperspektive, sozial Benachteiligte sich von Kinderärzten und -ärztinnen vielfach nicht verstanden fühlen und deren Tipps und Anweisungen nicht mit ihrer Lebensrealität vereinbaren können.

Kindervorsorgeuntersuchungen bieten aber grundsätzlich auch Ansatzpunkte für Primärprävention in Form von Elternberatung durch den Kinderarzt bzw. die -ärztin, wenngleich Beratung bislang in Deutschland – anders als etwa in Großbritannien oder in der Schweiz (Winkler 2011) – keinen Niederschlag im Früherkennungsprogramm findet, auch weil die Evidenz dafür so schwach ist, insb. unter Berücksichtigung des Sozialogenansatzes (Meurer & Siegrist 2005).

Da solche Beratung bislang nicht in der Vergütung berücksichtigt wird, bleibt es den einzelnen Ärztinnen und Ärzten zur individuellen Entscheidung überlassen, ob und inwieweit sie Elternberatung im Rahmen der Untersuchungen durchführen. Hier haben Pädiater/innen bessere Ressourcen (zeitliche Spielräume, Kommunikationspotenziale), deren Klientel sozial besser gestellt ist. Pädiater/innen in sozialen Brennpunkten sind nicht nur höheren Kommunikationsanforderungen ausgesetzt, sie verfügen auch über weniger finanzielle Spielräume. Ihr Klientel hat aber grundsätzlich einen höheren Bedarf an Be-

Eltern interpretieren deskriptive Entwicklungsnormen als Handlungsaufforderung

Normabweichung als individuelles Versagen erlebt

Elternberatung bleibt individuelle Entscheidung der Pädiater/innen

ratung als die Eltern aus höheren Statuspositionen (Wolf-Kühn & Geene 2009).

Keine Vorbereitung auf Elternberatung in medizinischer Ausbildung

Offen bleibt zudem das Problem, dass die pädiatrische Ausbildung nicht auf die Elternberatung vorbereitet (Weber & Jenni 2012). Insofern empfiehlt sich hier die Vermittlung an qualifizierte Stellen mit spezifischen Kenntnissen und angemessenen Methoden zu den Lebensbedingungen sozial belasteter Familien (Franz & Ulrich 2010), die die Angebote der Frühen Hilfen auszeichnen (z. B. Armbruster 2006). Systematisch geschult werden sie u. a. im Rahmen der Zusatzqualifikation von Hebammen zu Familienhebammen (Schüssler et al. 2009).

Hohe Akzeptanz und Autorität der Ärzt/innen für Zugang zu Frühen Hilfen nutzen

Es gilt, transparente Verfahren zu finden, eine wertschätzende Haltung gegenüber den Familien einzunehmen um die vertrauensvolle Beziehungen zwischen Kinderärzt/innen und Familien nicht zu gefährden. Denn grundsätzlich könnten Kinderfrüherkennungsuntersuchungen ein wichtiger Zugang zu primärpräventiven Frühen Hilfen sein, der insb. wegen der hohen Akzeptanz und Autorität der Pädiater/innen auch bei sozial Benachteiligten (Wolf-Kühn & Geene 2009; BMG 2013: 27) von herausragender Bedeutung ist. Allein schon die Vermittlung an eine Familienhebamme kann hier eine wichtige Maßnahme darstellen. In der medizinischen Versorgungskonzeption und in der Praxis folgt dem Screening bei auffälligen Befunden weitgehend nur die sekundärpräventive Frühe Hilfe in Form der Frühförderung.

Keine systematischen Pfade zu primärpräventiven Frühen Hilfen

Von der Kinderarztpraxis führen bislang keine systematischen Pfade zu den primärpräventiven Frühen Hilfen, weil Gesundheitssystem und Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland nicht integriert sind. Diese Barrieren zu überwinden, ist eine zentrale Herausforderung für die Akteurinnen und Akteure der Kindergesundheit in Bund und Ländern und wird momentan durch verschiedene Initiativen befördert (vgl. Geene, Lehmann et al., in diesem Band sowie Sann et al., in diesem Band).

Spannungsfeld zwischen Unterstützung und Kontrolle

Durch eine systematische Erfassung von Unterstützungsbedarfen geraten die Us auch vor dem Hintergrund der in den letzten Jahren politisch und fachlich geführten Diskussion über das Kinderfrüherkennungsprogramm als Instrument des Kinderschutzes (vgl. Thaiss et al. 2010) möglicherweise weiter in das Spannungsfeld zwischen

Unterstützung und Kontrolle. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat schon 2007 darauf hingewiesen, dass keine verlässlichen Tests zur Aufdeckung von Kindesmisshandlung und/oder zur Erfassung von Risikofaktoren vorhanden sind und spricht sich gegen die Aufnahme eines solchen Tests in die Kinderrichtlinien aus, da der Nutzen nicht geklärt ist und eventuell dem Vertrauensverhältnis Schaden zufügen könnte (GBA 2007). Die Bundesärztekammer fordert 2008, dass die Untersuchungen „nicht den Charakter einer investigativen Untersuchung auf mögliches elterliches Fehlverhalten erhalten [sollten], damit die grundsätzlich den elterlichen Erziehungsauftrag unterstützende Ausrichtung der Früherkennungsuntersuchungen nicht gefährdet wird“ (BÄK 2008). Trotzdem münden die Erwartungen an das Kinderfrüherkennungsprogramm darin, die ursprünglich auf Freiwilligkeit basierende Teilnahme je nach Bundesland mit der Einführung eines Einladewesens auf eine verbindlichere Grundlage zu stellen bzw. zu einer Teilnahme zu verpflichten (Fegert et al. 2010).

**Verbindliches
Einladewesen**

Schon heute stellt sich eine vertrauensbelastende Datenschutzproblematik dadurch, dass manche Kitas und Schulen zur Unterstützung einer hohen Inanspruchnahme die Vorlage des Gelben Heftes verlangen, obgleich die Diagnosen der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Zugespißt deutlich wird dieses Problem an der Dokumentation der Gegenüberstellung der Gesamtzahl der Schwangerschaften und der vollendenden in der ersten Spalte des Gelben Heftes, woraus sich auf den ersten Blick der moralisch belastende Verweis auf Fehlgeburten und/oder Abbrüche der Mutter schließen lässt.

**Datenschutz-
problematik im
Gelben Heft**

9 Ist die Gesundheitsförderung in der Pädiatrie angekommen?

Ein primärpräventiver Ausbau der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen wird von der Regierung und den Kinderärztinnen und -ärzten aktuell angestrebt. Die konkreten Vorschläge erinnern jedoch an die „eminenz- statt evidenzbasierte“ (Allhoff 2010) Einführung der Früherkennung in den 1970er Jahren. Solange auf die Erfassung von Defiziten fokussiert wird, bleibt die Realisierung eines ressourcenorientierten Ansatzes maximal dem besonderen persönlichen En-

**Ressourcen-
orientierung nur
durch besonde-
res Engagement
einzelner
Pädiater/innen**

gagement einzelner Pädiater/innen überlassen (BMFSFJ 2009). Solches Engagement gilt es, auch in den kinder- und jugendärztlichen Berufs- und Fachverbänden systematisch zu unterstützen und in die Ressourcenorientierungen anderer Berufsgruppen einzubeziehen.

**Übergreifende
Kooperations-
und Präven-
tionsstrukturen**

Dabei besteht die Notwendigkeit, in der Regelversorgung und über den Gemeinsamen Bundesausschuss eine systemübergreifende biopsychosoziale Perspektive einzunehmen sowie die verschiedenen Unterstützungssysteme abzustimmen, um zum Wohl von Eltern und Kindern zusammenzuarbeiten. Im Rahmen übergreifender Kooperations- und Präventionsstrukturen können auch die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen einen Baustein einer auch auf die Stärkung der Ressourcen abzielenden primären Prävention und Gesundheitsförderung darstellen. Dies setzt die Kooperationsbereitschaft derjenigen voraus, mit denen Kooperation notwendig ist, denn erst dann kann die Vernetzung gelingen. Dass es sich hierbei um mehrere unterschiedliche Sektoren mit jeweils eigenen Handlungslogiken und Ressourcen handelt, macht ihre Vernetzung so schwierig.

**Schnittstellen
von SGB V und
SBG VIII**

In Deutschland gibt es ein breit gefächertes Betreuungsangebot in der Lebensphase rund um die Geburt, das neben Gynäkolog/innen und Hebammen/Entbindungspflegern auch Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen, Familienhebammen, ehrenamtliche Familienpat/innen, Eltern-AGs/Gesprächsgruppen und Selbsthilfegruppen umfasst, die z. T. im Gesundheitssystem (SGB V), z. T. im Familien-/Jugendhilfesystem (SGB VIII) verortet sind. Zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Familienhilfe und Gesundheitssystem im Rahmen des o. a. Betreuungsbogens sieht das 2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz den Aufbau eines bundesweiten Netzwerks Früher Hilfen mit regionalen Koordinierungsstellen zur möglichst frühzeitigen Vermittlung psychosozialen Hilfebedarfs an ehrenamtliche Unterstützung (insb. Familienpat/innen) oder an intensivere Betreuung (insb. Familienhebammen) vor.

Case-Management bei besonderer sozialer und gesundheitlicher Belastung

Dies stellt sich besonders bei sozialen Benachteiligungen oder – häufig damit korrelierend – besonderen gesundheitlichen Belastungen, bspw. durch Frühgeburtlichkeit. Hier hat der/die Pädiater/in besondere Verantwortung für ein Case-Management zur Sicherstellung einer angemessenen biopsychosozialen Betreuung durch Sozialpädiatrische Zentren, entwicklungsneurologische Ambulanzen und weitere

Einrichtungen der Frühförderung und der Frühen Hilfen. Politische Verantwortung heißt, solche Einzelreformen als Gesamtkonzept im Sinne einer Healthy Public Policy unter einen Hut zu bringen. Dies sollte Ausgangspunkt sein bei einer Neuausrichtung der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen.

Doch reicht eine solche Orientierung aus, um davon zu sprechen, die Gesundheitsförderung mit ihrer saluto- statt pathogene-tischen Orientierung sei in der Pädiatrie angekommen?

Eine salutogenetische Ausrichtung der pädiatrischen Betreuung bedeutet nach Collatz (2010: 68), dass ausgehend von den generationalen, regionalen und sozialen Bedingungen die familiären Potenziale spezifisch angesprochen werden, wobei er insb. auf eine vernetzte, integrierte Gesundheits- bzw. Krankheitsversorgung insistiert, in der die Leistungserbringung „funktionsgerecht verzahnt werden [muss]“, um einheitlich und diskriminierungsfrei mit Eltern arbeiten zu können.

Familiäre Gesundheitsförderung bedeutet nach Geene und Rosenbrock (2012: 63f.) insb. ihre anwaltschaftliche Interessenvertretung sowie die Vernetzung der sie unterstützenden Angebote, nicht jedoch ihre moralische Steuerung, da solche Art des verhaltenspräventiven Drucks weder rechtlich (Familienrecht nach Art. 6 des Grundgesetzes) noch ethisch (familiäre Autonomie) und schon gar nicht pragmatisch (mögliche Verstärkung von Vermeidungsstrategien und Abwehr) gerechtfertigt sei.

In einzelnen eng umrissenen Feldern lassen sich, wie im aktuellen Gesetzesentwurf vorgesehen, eventuell durch primärpräventive Beratungen störungsorientierte Präventionspotenziale realisieren, so möglicherweise durch eine Beratung zur Vorbeugung des Plötzlichen Säuglingstods mit Empfehlung zur Rückenlage und zur Nutzung eines Babyschlafsacks oder zur Vermeidung von Kinderunfällen.

Kinderfrüherkennungsuntersuchungen, so die Einschätzung von Thaiss et al. (2010: 1030) können aber auch „die Chance [bieten], kindliche und elterliche Resilienzfaktoren zu entdecken und zu stärken.“ Da aber im Referentenentwurf lediglich eine Beratung zu vorher befundeten oder altersentsprechenden Risikofaktoren vorgesehen ist und eine Identifizierung und die Stärkung elterlicher und kindlicher Ressourcen ausgespart bleibt, kann der Gesetzesvorschlag kaum

**Funktions-
gerechte
Verzahnung**

**Anwaltschaftliche Inter-
essenvertretung
und Angebots-
vernetzung**

**Gesetzesentwurf
vernachlässigt
Identifizierung
und Stärkung
elterlicher und
kindlicher
Ressourcen**

Es fehlt an Evidenz, Methoden, Qualifikation	<p>der Aktivierung salutogenetischer Potenziale dienen.</p> <p>Festzuhalten ist hier, dass es bislang zur Wirksamkeit von primärpräventiven ärztlichen Beratungen und spezifischen Methoden in Deutschland keine evidenzbasierten Aussagen gibt; zudem ist Gesundheitsberatung in Deutschland bislang kein Bestandteil der Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern (Lerch & Abholz 2009; Schmacke 2009).</p>
Hohes Vermittlungspotenzial der Pädiatrie	<p>In Bezug auf eine Weiterleitung an niedrighschwelligen ressourcenorientierten Unterstützungsangebote weist die pädiatrische Praxis aber durchaus hohe Potenziale auf. Die meisten Familien nutzen die Früherkennungsuntersuchungen und erleben die Angebote von Kinderärztinnen und -ärzten als nicht stigmatisierend. Durch das in sie gesetzte Vertrauen haben die Pädiater/innen oftmals einen guten Zugang auch zu Familien in Problemlagen (Renner 2010). Laut des Berlin-Brandenburgischen Handlungsleitfadens gilt es hier,</p> <p>„Pädiaterinnen und Pädiater ihre besondere Verantwortung deutlich zu machen und sie zu motivieren, den familiennahen Angeboten ‚die kinderärztliche Autorität zu leihen‘, d. h. sie empfehlen Eltern in belastenden Lebenslagen den Besuch von Elternkompetenz stärkenden Angeboten, muttersprachlichen Beratungen und ggf. auch aufsuchende Familienhilfe bzw. sie leiten die Eltern in die Angebote über“ (GBB 2012: 5).</p>
Bedarf einer salutogenetischen Ausrichtung erkannt vs. kaum ressourcenorientierte Methoden	<p>Hinsichtlich einer salutogenetischen Ausrichtung der Früherkennung kann somit konzediert werden, dass der Bedarf erkannt ist, das Methodenprogramm sich aber erst minimal in Richtung Ressourcenorientierung verschoben hat. Tatsächlich bedarf es hier einer umfassenden Neuorientierung, die sich zunächst die drei Kernstrategien der Ottawa-Charta vergegenwärtigt: vertreten – vernetzen – befähigen. Mit einem hier skizzierten systemischen Kind-Eltern-Blick bei Priorisierung des Kooperationsgedankens kann das Früherkennungsprogramm ressourcenorientiert entwickelt werden.</p>
Hemmende Faktoren	<p>Die hohe symbolische Aufladung des Gelben Heftes durch Eltern, Ärzt/innen und Politik, die fehlende Nutzenbewertung des Früherkennungsprogramms sowie die hohen berufsständischen Beharrungskräfte und Abgrenzungen sind hemmende Faktoren dieses Prozesses.</p>
Fördernde Faktoren	<p>Der dringende Bedarf von integrierter Unterstützung und die Initiativen aus den Jugend- und Gesundheitsämtern insb. durch den Aufbau der Frühen Hilfen stimmen hingegen zuversichtlich, dass</p>

sich die Schnecke zwar langsam, aber zumindest in die richtige Richtung bewegt. Dabei ist es allerdings noch ein weiter Weg, in dem alle Beteiligten lernen können von denen, die schon lebenswichtig unterwegs sind, wie den Public Health Nurses in Finnland oder ähnlichen aufsuchenden Unterstützer/innen wie (Familien-)Hebammen, Kinderkrankenschwestern oder Familiengesundheitspfleger/innen.

Literatur

- Ahnert, Lieselotte (2004) (Hg.): *Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung*. München: Reinhard.
- Allhoff, Peter (2010): Das deutsche Früherkennungsprogramm für Kinder – zwischen Politik, Lobby, Eminenz und Evidenz. In: Kerbl, Reinhold; Thun-Hohenstein, Leonhard; Damm, Lilly et al. (Hg.): *Kind und Recht. 3. Jahrestagung Politische Kindermedizin 2009*. Wien: Springer, 117-129.
- Armbruster, Meinrad (2006): *Eltern-AG. Das Empowermentprogramm für mehr Elternkompetenz in Problemfamilien*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Banthien, Dethleff; Hundhausen, Dagmar; Johns, Irene (2006): *Gemeinsame Stellungnahme: Entwurf eines Gesetzes zur Änderung über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Erweiterung des §7 GDG)*. Umdruck 16/764. Kiel: Schleswig-Holsteinischer Landtag.
- Bass Joel L.; Kaufel Christoffel, Katherine; Widome, Mark et al. (1993): Childhood injury prevention counselling in primary care setting: a critical review of literature. In: *Pediatrics* 92, 544-550.
- Bergmann, Karl E.; Bergmann, Renate & Dudenhausen, Joachim W. (2010): Möglichkeiten und Wirksamkeit einer präventiven Familienmedizin in Deutschland. In: Collatz, Jürgen (Hg.): *Familienmedizin in Deutschland. Notwendigkeit, Dilemma, Perspektiven*. Lengerich: Pabst, 154-175.
- Bergmann, Karl E.; Bergmann, Renate; Richter, Rolf et al. (2009): Frühe Gesundheitsförderung und Prävention am Beginn des 20. und des 21. Jahrhunderts. In: *Das Gesundheitswesen* 71, 709-721.
- Bittlingmayer, Uwe & Bauer, Ullrich (2007): Individualisierte Prävention: Zur Ideologie des a-sozialen Gesundheitsentscheiders. In: Schmidt, Betina & Kolip, Petra (Hg.): *Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat*. Weinheim: Juventa, 105-116.
- Blech, Jörg (2007): *Heillose Medizin*. Frankfurt: Fischer.
- Böhme, Gernot (1980): Wissenschaftliches und lebensweltliches Wissen am Beispiel der Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe. In: ders. (Hg.): *Alternativen der Wissenschaft*. Frankfurt: Suhrkamp, 27-53.
- Brisch, Karl Heinz (2005): Bindungsstörungen als frühe Marker für emotionale Störungen. In: Suchodoletz, Waldemar von (Hg.): *Früherkennung von Entwicklungsstörungen*. Göttingen: Hogrefe, 23-43.
- Brisch, Karl Heinz & Hellbrügge, Theodor (Hg.) (2003): *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2009): *13. Kinder und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe*. Drucksache 16/12860. Berlin: BMFSFJ.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2013): *14. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe*. Drucksache 17/12200. Berlin: BMFSFJ.
- BMG Bundesministerium für Gesundheit (2012): *Präventionsstrategie*. Verfügbar unter http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/praeventionsstrategie/Praeventionsstrategie_Endfassung_121213.pdf [24.02.13].
- BMG Bundesministerium für Gesundheit (2013): *Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention vom 11.01.2013*. Verfügbar unter http://www.zm-online.de/dl/6/0/3/5/6/Referentenentwurf_BMG.pdf [24.02.13].
- BÄK Bundesärztekammer (2008): *Stellungnahme zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 15.04.2008*.
- BVKJ Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (2012): *Kinder- und Jugendärzte fordern einen zeitgemäßen Ausbau der Vorsorgeuntersuchungen für Kinder*. Pressemitteilung anlässlich des 12. Forums für Gesundheits- und Sozialpolitik des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ e.V.) am 09. Mai 2012 in Berlin. Verfügbar unter <http://www.kinderaerzte-im-netz.de/bvjk/pressezentrum/show.php?id=383&nodeid=105> [24.02.13].
- Cierpka, Manfred; Stasch, Michael & Groß, Sarah (2007): *Expertise zum Stand der Prävention/Frühhintervention in der Frühen Kindheit in Deutschland*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 34. Köln: BZgA.
- Collatz, Jürgen (2010): Zusätzungen der Problemlagen von Müttern/Vätern und Kindern und die Notwendigkeit einer familienmedizinischen Orientierung des Gesundheitssystems in Deutschland. In: ders. (Hg.): *Familienmedizin in Deutschland. Notwendigkeit, Dilemma, Perspektiven*. Lengerich: Pabst, 38-96.

- DAG SHG (2013): *Stellungnahme der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit „Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention“ vom 01. Februar 2013*. Verfügbar unter <http://www.dag-shg.de/site/data/NEU/DAGSHG/DAGSHG/2013-02-01-DAGSHG-Stellung-Praevention.pdf> [24.02.13].
- Fegert, Jörg; Ziegenhain, Ute & Fangerau, Heiner (2010): *Problematische Kinderschutzverläufe*. Weinheim: Juventa.
- Fillingier, Ute & von dem Knesebeck, Monika (2006): *Bundes- und europaweite Recherche von Praxisbeispielen zur Erhöhung der Teilnehmerate an Früherkennungsuntersuchungen von Kindern*. Köln: BZgA.
- Franz, Matthias & Ulrich, Wilhelm (2010): Die gesundheitliche Situation von Kindern in Einelternfamilien. In: Collatz, Jürgen (Hg.): *Familienmedizin in Deutschland. Notwendigkeit, Dilemma, Perspektiven*. Lengerich: Pabst, 288-321.
- Franzkowiak, Peter & Sabo, Peter (Hg.) (1993): *Dokumente der Gesundheitsförderung*. Mainz: Sabo.
- GBA Gemeinsamer Bundesausschuss (2007): *Screening auf Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung/Kindesmissbrauch. Teilschlussbericht des Beratungsthemas „Inhaltliche Überarbeitung der Kinderrichtlinien“*. Verfügbar unter <http://www.g-ba.de/downloads/40-268-423/2007-08-08-Abschluss-Kindesmisshandlung.pdf> [24.02.13].
- GBB Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. & Regionaler Knoten Berlin (Hg.) (2012): *Integrierter Handlungsleitfaden Gesundheitsförderung und Prävention rund um die Geburt*. Berlin: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
- Geene, Raimund (2009): Kinderärztliche Versorgung und Frühe Hilfen. In: *Die Krankenversicherung* 61, 14-18.
- Geene, Raimund (2012): 10 Jahre (kein) Präventionsgesetz – Zeit für einen neuen Anlauf zu einem Gesundheitsförderungsgesetz. Vom Scheitern des Präventionsgesetzes und der Perspektive eines Gesundheitsförderungsgesetzes. In: *Prävention* 3, 87-91.
- Geene, Raimund & Rosenbrock, Rolf (2012): Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen. In: Gold, Carola & Lehmann, Frank (Hg.): *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Gesundheitsförderung konkret, Band 17. Köln: BZgA, 46-75.
- Glaeske, Gerd & Jahnsen, Katrin (2002): *GEK-Arzneimittel-Report 2002*. St. Augustin: Asgard.
- Grobe, Thomas; Bitzer, Eva Maria & Schwartz, Friedrich-Wilhelm (2013): *Barmer GEK Arztreport 2013. Spezialauswertung. Schwerpunkt ADHS*. Schriften zur Gesundheitsanalyse, Band 18. Siegburg: Asgard.
- Günay, Hüsamettin; Meyer, Karen; Rahman, Alexander (2007): Ein zahnärztliches Frühpräventionskonzept. In: *ZM-online vom 01.09.07*. Verfügbar unter http://www.zm-online.de/hefte/Gesundheitsfruehfoerderung-in-der-Schwangerschaft_24816.html [24.02.13].
- Hackauf, Heike (2010): Zur Bedeutung Früher Hilfen in Familien. Die Rahmenbedingungen im Kontext Früher Hilfen – Kooperationsformen und Vorsorgemaßnahmen (U-Untersuchungen). In: Ohlbrecht, Heike & Schönberger, Christine (Hg.): *Gesundheit als Familienaufgabe. Zum Verhältnis von Autonomie und staatlicher Intervention*. Weinheim: Juventa, 129-149.
- Harms, Erik & Olgemöller, Bernhard (2011): Neugeborenencreening auf Stoffwechselerkrankungen und Endokrinopathien. In: *Deutsches Ärzteblatt* 108 (1-2), 11-22.
- Hohmann, Annemarie (1987): *Früherkennung kindlicher Sehstörungen – Stand und Perspektiven*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Holland, Werner & Stewart, Susie (1990): *Screening in health care. Benefit or blame?* London: Nuffield Provincial Hospital Trust.
- Hölling, Heike; Schlack, Robert & Kurt, Bärbel-Maria (2010): Kinder – Familien – Gesundheit: Fakten und Zahlen aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Collatz, Jürgen (Hg.): *Familienmedizin in Deutschland. Notwendigkeit, Dilemma, Perspektiven*. Lengerich: Pabst, 97-131.
- Hurrellmann, Klaus; Laaser, Ulrich & Razum, Oliver (2012): Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften in Deutschland. In: Hurrellmann, Klaus & Razum, Oliver (Hg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (5., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz-Juventa, 15-51.
- Jorch, Gerhard (2010): Prävention des Plötzlichen Kindstodes. In: *Monatsschrift Kinderheilkunde* 158 (6), 564-569.
- Kahl, Heidrun; Dortschy, Reinhard & Ellsäßer, Gabriele (2007): Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53, 718-727.
- Kamtsiuris, Panagiotis; Bergmann, Eckardt; Rattay, Petra et al. (2007): Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53, 836-850.
- Kelle, Helga (2008): „Normale“ kindliche Entwicklung als kulturelles und gesundheitspolitisches Projekt. In: Kelle, Helga & Tervooren, Anja (Hg.): *Ganz normale Kinder. Heterogenität und Standardisierung kindlicher Entwicklung*. Weinheim: Juventa, 187-205.
- Kelle, Helga (2011): Altersgemäße Entwicklung flächendeckend beobachten. Die institutionalisierte Entwicklungsdiagnostik. In: *Zeitpolitisches Magazin* 8 (19), 6-7.
- Kelle, Helga & Ott, Marion (2012): Interaktionsdynamiken in der Triade Kind-Eltern-Arzt in Kindervorsorgeuntersuchungen. In: Hanses, Andreas & Sander, Kirsten (Hg.): *Interaktionsordnungen. Gesundheit als soziale Praxis*. Wiesbaden: VS, 89-106.
- Keupp, Heiner (2009): *Gesundheitsförderung durch Kinder- und Jugendhilfe – Perspektiven des 13. Kinder- und Jugendberichts*. Vortrag im Rahmen des Forums Kinder- und Jugendhilfe München am 05.03.2009. Verfügbar unter http://www.ipp-muenchen.de/texte/keupp_09_bundesforum_text.pdf [24.02.13].
- Kickbusch, Ilona & Maag, Daniela (2008): Health Literacy. In: Heggenhougen, Kris & Quah, Stella (Hg.): *International Encyclopedia of Public Health, Vol 3*. San Diego: Academic Press, 204-211.

- Klein, Gerhard (2002): *Frühförderung für Kinder mit psychosozialen Risiken*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Klein, Gerhard (2009): Frühförderung für Kinder mit psycho-sozialen Belastungen – Eine kritische Bilanz für Deutschland. In: Geene, Raimund & Gold, Carola (Hg.): *Kinderarmut und Kindergesundheit*. Bern: Huber, 99-107.
- Korczak, Dieter; Kister, Christine & Krause-Girth, Cornelia (2013): *Effektivität und Effizienz von psychologischen, psychiatrischen, sozialmedizinischen und komplementärmedizinischen Interventionen bei Schreibabys (z. B. regulative Störung) in Schreiambulanzen*. DIMDI HTA-Bericht 124. Verfügbar unter http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta338_bericht_de.pdf [24.02.13].
- Lampert, Thomas; Hagen, Christine & Heizmann, Boris (2010): *Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI.
- Landesärztekammer Baden-Württemberg (Hg.) (2001): *Gewalt gegen Kinder – Ein Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte* (2. Aufl.). Stuttgart: Landesärztekammer Baden-Württemberg.
- Lange, Cornelia; Schenk, Liane & Bergmann, Renate (2007): Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50, 718-727.
- Langness, Anja (2007): *Prävention bei sozial benachteiligten Kindern. Eine Studie zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen*. Bern: Huber.
- Laucht, Manfred; Schmidt, Martin H. & Esser, Günther (2002): Motorische, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung von 11-Jährigen mit frühkindlichen Risikobelastungen: Späte Folgen. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 30 (1), 5-19.
- Legewie, Heiner (1987): *Alltag und seelische Gesundheit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Lerch, Cornelia & Abholz, Heinz-Harald (2009): *Ärztliche Prävention in Mutterschaft und Kindheit*. Expertise zum Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Verfügbar unter http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Anhang/Anhang_3.5_Expertise.pdf [24.02.13].
- Martens-Le Bouar, Heike; Belzer, Florian; Barth, Michael et al. (2013/im Erscheinen): Erfassung psychosozialer Belastungen in den Früherkennungsuntersuchungen im ersten Lebensjahr. In: *Kinderärztliche Praxis*, Mai 2013.
- Marzini, Kornelia & Kluwe, Sabine (2009): Normativität in der Elternbildung. In: Bittlingmayer, Uwe H.; Sahrai, Diana & Schnabel, Peter-Ernst (Hg.): *Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden: VS, 389-406.
- Meurer, Anja & Siegrist, Johannes (2005): *Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche. Forschungsstand, Interventionen, Empfehlungen*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 25. Köln: BZgA.
- Mierendorff, Johanna (2008): Armut als Entwicklungsrisiko? Der politische Kinderarmutsdiskurs. In: Kelle, Helga & Tervooren, Anja (Hg.): *Ganz normale Kinder. Heterogenität und Standardisierung kindlicher Entwicklung*. Weinheim: Juventa, 147-163.
- Montada, Leo (2008): Moralische Entwicklung und moralische Sozialisation. In: Oerter, Rolf & Montada, Leo (Hg.): *Entwicklungspsychologie* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz, 572-606.
- Mosebach, Kai & Walter, Ulla (2006): Was vermag der Staat? Möglichkeiten und Grenzen politischer Steuerung in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 41, 8-24.
- Papoušek, Mechthild; Schieche, Michael & Wurmser, Harald (2004): *Regulationsstörungen der Frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehung*. Bern: Huber.
- Pickett, Kate E.; Luo, Ye & Lauderdale, Diane S. (2005): Widening social inequalities in risk for sudden infant death syndrome. In: *American Journal of Public Health* 95 (11), 1976-81.
- Poethko-Müller, Christina; Kuhnert, Ronny & Schlaudt, Martin (2007): Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53, 851- 862.
- Renner, Ilona (2010): Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. In: *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53, 1048-1055.
- Riecher-Rössler, Anita (2006): Was ist postpartale Depression? In: Wimmer-Puchinger, Beate & Riecher-Rössler, Anita (Hg.): *Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis*. Wien: Springer, 11-20.
- Rosenbrock, Rolf & Gerlinger, Thomas (2013): *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung* (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Rosenbrock, Rolf & Michel, Claus (2007): *Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitsförderung*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Rückert, Ina-Maria & Mielck, Andreas (2008): Soziale Ungleichheit beim Stillen in Deutschland: Stand der empirischen Forschung und Handlungsempfehlungen. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 3, 56-66.
- Sayn-Wittenstein, Friederike (2007): *Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland*. Bern: Huber.
- Schlack, Robert; Kurth, Bärbel-Maria & Hölling, Heike (2008): Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Daten aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: *Umweltmedizin in Forschung und Praxis* 13 (4), 245-260.

- Schlack, Robert; Hölling, Heike; Kurth, Bärbel-Maria et al. (2007): Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits-surveys (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53, 827-835.
- Schmacke, Norbert (2009): Was bringt ein evidenzbasierter Ansatz in Gesundheitsförderung und Prävention? In: Kolip, Petra & Müller Veronika (Hg.): *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Huber 2009, 61-72.
- Schmidt, Bettina (2007): Von der Gesundheitsförderung zur Selbstoptimierung. In: Schmidt, Bettina & Kolip, Petra (Hg.): *Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat*. Weinheim: Juventa, 95-104.
- Schott, Heinz (2000): *Die Chronik der Medizin*. Gütersloh: Verlag.
- Schüssler, Dörte; Ebel, Inge & Düchting, Marianne (2009): Familiengesundheitspflege – Ein neues Angebot für vulnerable Gruppen. In: Geene, Raimund & Gold, Carola (Hg.): *Kinderarmut und Kindergesundheit*. Bern: Huber, 162-168.
- Stern, Daniel (2006): *Mutter und Kind. Die erste Beziehung* (6. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- SVR Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Sondergutachten. Berlin: BMG.
- Siegrist, Johannes; Lehmann, Frank; Engelbrecht, Justina et al. (2001): *Verletzungen und deren Folgen. Prävention als ärztliche Aufgabe. Texte und Materialien zur Fortbildung und Weiterbildung*. Köln: Bundesärztekammer.
- Thaiss, Heidrun; Klein, Renate; Schumann, Eike Christiane et al. (2010): Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz. Erste Erfahrungen der Länder bei der Implementation appellativer Verfahren. In: *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53, 1029-1047.
- Theopold, Wilhelm (1970): *Präventive Medizin*. Schriftenreihe der Medizinisch Pharmazeutischen Studiengesellschaft e.V., Frankfurt: Umschau.
- Thurmair, Martin (2008): Frühe Hilfen – ein Wort auf Wanderschaft. In: *Frühförderung Interdisziplinär* 27 (1), 37-39.
- Thyen, Ute (2010): Kinderschutz und Frühe Hilfen aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin. In: *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53, 992-1001.
- Trojan, Alf (2007): Medikalisierung von Prävention. In: Schmidt, Bettina & Kolip, Petra (Hg.): *Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat*. Weinheim: Juventa, 117-128.
- Weber, Peter & Jenni, Oskar (2012): Kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen. Effektivität und Relevanz einzelner Früherkennungs- und Präventionsmaßnahmen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 109 (24), 431-435.
- Weitkunat, Rolf; Sangha, Oliver; Crispin, Alexander et al. (2000): Untersuchung zu Operationshäufigkeiten in Deutschland durch Telefonbefragung in vier ausgewählten Städten. In: *Das Gesundheitswesen* 62, 365-370.
- Wendt, Andrea & Rohde, Anke (2003): Die Edinburgh Postnatal Depression Scale zur Erfassung postpartaler Depressionen. In: *Gynäkologische Praxis* 27, 693-701.
- Winkler, Roman (2011): *Eltern-Kind-Vorsorge neu. Teil II: Internationale Policies, Konzepte und Screeningstrategien zu „Normal-“, und „Risikoverläufen“ während der Schwangerschaft und frühen Kindheit bis zum Schuleintritt*. Endbericht. HTA-Projektbericht Nr. 45b. Wien: Ludwig Boltzmann-Institut.
- Wolf-Kühn, Nicola & Geene, Raimund (2009): Früherkennung und Frühe Hilfen. In: Raimund Geene, Raimund & Gold, Carola (Hg.): *Kinderarmut und Kindergesundheit*. Bern: Huber, 108-125.
- Wood, Angela M; Pasupathy, Dharmintra; Pell, Jill P. et al. (2012): Trends in socioeconomic inequalities in risk of sudden infant death syndrome, other causes of infant mortality, and stillbirth in Scotland: population based study. In: *British Medical Journal* 344, e1552.

Perspektiven einer ressourcenorientierten Entwicklungspsychologie

1 Einleitung

Der nachfolgende Aufsatz befasst sich mit der Entwicklungspsychologie, einem der für kindheitswissenschaftliche Fragestellungen zentralen psychologischen Teilfächer. Die Entwicklungspsychologie – und in ihrer weiteren Fassung die „Entwicklungswissenschaft“ – beschäftigt sich mit längerfristigen körperlichen und psychischen Veränderungen und Stabilitäten von Menschen über die gesamte Lebensspanne. Sie versteht sich als Erklärungsansatz, wie unterschiedliche Lebensläufe gestaltet werden und welche entwicklungs-fördernden und entwicklungshindernden Bedingungen und Kontexte zu identifizieren sind.

Entwicklungspsychologie als Grundlagenfach und als „Angewandte Entwicklungspsychologie“ steht in Austausch mit anderen Teilfächern, wie z. B. der Elementarpädagogik (siehe Borkowski & Schmitt, in diesem Band) oder Kindheitssoziologie (siehe Kloss et al., in diesem Band) und liefert vielfältige Anregungen für die Praxis in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen (siehe Sann et al., in diesem Band).

**Entwicklungs-
psychologie
und ihr
Anregungs-
potenzial für
die Praxis**

2 Geschichte und Theorien der Entwicklungspsychologie

2.1 Historische Vorläufer

Über Entwicklung nachzudenken, heben einschlägige Lehrbücher hervor, wird bereits mit **Platon** und **Aristoteles** verbunden, wonach beide Philosophen sich besonders dafür interessierten, in welchen Maße die Umwelt oder die (genetische) Anlage für das Entwicklungsgeschehen maßgeblich sei; eine Frage, die auch heute noch die entwicklungspsychologische Diskussion durchzieht (siehe dezidiert Eckensberger & Keller 1998). Platon wird zugeschrieben, dass er den Menschen als von Natur aus gut betrachte und das Ziel der Erziehung demnach darin bestehe, ihn zu fördern. Disziplin galt in der

Betonung von Individualität

Erziehung sowohl für Platon als auch für Aristoteles als fundamental. Für Aristoteles wird wiederkehrend angeführt, dass er auf die Verschiedenheit unter den Kindern aufmerksam machte und es demnach wichtig sei, die Bedürfnisse des individuellen Kindes zu berücksichtigen. Ebenfalls wiederkehrend angeführt werden **John Locke** und **Jean-Jaques Rousseau**, um bis heute zentrale entwicklungspsychologische Thematiken kenntlich zu machen. So betrachtete Locke wie Aristoteles Kinder als tabula rasa (d. h. ein unbeschriebenes Blatt), die durch Erfahrungen zu Erwachsenen geformt würden. Die Position Rousseaus – der als Vertreter des romantischen Diskurses über Kindheit Eingang in die Debatte findet – zeichne sich dadurch aus, dass Kinder spezielle Bedürfnisse und Interessen hätten, die sich von denen der Erwachsenen unterscheiden. Die Erziehung solle helfen, einen rationalen Geist zu entwickeln. Im Gegensatz zu Locke wird als Rosseausche Position kenntlich gemacht, dass Kinder durch ihre eigenen Erfahrungen am besten lernen können und es nicht notwendig sei, sie zu disziplinieren; vielmehr solle ihnen ermöglicht werden, sich im eigenen Tempo und abgeschirmt von den ‚widrigen‘ äußeren Einwirkungen zu entwickeln, wozu auch gehöre, ihnen ausreichend Zeit zum Spielen zu gewähren. Bis heute tauchen diese und ähnliche Überlegungen – die mit Beginn der eigentlichen Fachgeschichte unterschiedlich ausbuchstabiert wurden – in der Diskussion um Kindheit immer wieder auf und finden sich wiederkehrend in Alltagsvorstellungen über Kinder.

Entwicklung als Erfahrungs-basiertes Lernen

2.2 Beginn der Fachgeschichte: Entwicklungspsychologie als „Kinderpsychologie“

Der Start der Entwicklungspsychologie als eigenständige und sich empirisch verstehende Fachdisziplin wird unterschiedlich datiert. Ungeachtet dessen wird einheitlich vermerkt, dass bei all diesen Arbeiten die kindliche Entwicklung im Zentrum stand und die Entwicklungspsychologie auch von daher lange Zeit als „Kinderpsychologie“ betrieben wurde und zuweilen bis heute noch (angesichts ihres paradigmatischen Umbaus als Lebensspannenpsychologie; siehe dazu Abschnitt 3.1) fälschlicherweise als solche etikettiert wird. Als ‚Geburtsstunde der Entwicklungspsychologie‘ gelten die ersten systema-

tischen Beobachtungen über das Verhalten von Kindern, z. B. jene von Dietrich Tiedemann, der 1787 Aufzeichnungen über seinen Sohn anfertigte, wie später auch Wilhelm Preyer (1882/1923) und Charles Darwin (1877/1974) sowie die als „Ethnografie des Inlandes“ bezeichneten Studien des Ehepaars Stern und die am dortigen von Stern geleitetem Hamburger Institut für Psychologie innovative Studie zum „Lebensraum des Großstadtkindes“ von Martha Muchow (Muchow & Muchow 1935/2012; dazu Mey 2012, 2013).

Die Arbeiten von **Clara** und **William Stern**, in Tagebuchaufzeichnungen festgehaltene Beobachtungen von der Geburt bis zum 18. Lebensjahr ihrer Kinder, lieferten nicht nur erste Meilensteine in der Sprachentwicklungstheorie (Stern & Stern 1907/1965), sondern boten eine empirische Basis für die Betrachtung der Transition von Kindheit und Jugend (Stern 1925); ein Thema, dem sich in den 1920er Jahren insb. **Siegfried Bernfeld** (1931/1978) mit Ausführungen zur „verlängerten Pubertät“ sowie **Charlotte Bühler** (1929) mit ihren Analysen von Tagebüchern zur Rekonstruktion des „Seelenleben[s] der Jugendlichen“ widmeten (siehe Mey 2010; zur Geschichte der Entwicklungspsychologie und den auf die Anfänge der Beobachtungsstudien und Tagebuchanalysen folgenden Stationen mit verschiedenen Methoden wie Entwicklungstests, Experimenten, Fragenbogenstudien etc. siehe ausführlicher Lück 2002).

2.3 Zentrale Theorien der Entwicklung

Entsprechend dieser Datierung ist der wissenschaftliche Entwicklungsbegriff noch relativ jung. Zentrale Anstöße gaben Ende des 19. Jh. etwa die Evolutionstheorie von **Charles Darwin** oder Anfang des 20. Jh. die Psychoanalyse von **Sigmund Freud**. Letzterer lieferte aufgrund der Patientenanalysen eine Perspektive auf Entwicklung, nach der (unverarbeitete) Erlebnisse in der Vergangenheit zu psychischen ‚Auffälligkeiten‘ führen könnten (z. B. in den Fallgeschichten des „Kleinen Hans“ oder „Katharina“; siehe Freud 1918/1960 bzw. 1895/1960). Die psychoanalytische Theorie ist somit ein Paradebeispiel dafür, wie Aussagen über die („normale“) Entwicklung aufgrund der Betrachtung und Analyse von Störung und Abweichung gewonnen werden; zudem resultiert Freuds umfängliche Entwick-

Entwicklungsmodelle auf der Basis von Abweichung und Störung

**Adultzentris-
mus und
Pathomorphie
als Kenn-
zeichen der
traditionellen
Psychoanalyse**

lungstheorie aus der Rekonstruktion von Erwachsenen. Ingrid Seiffge-Krenke (2011) spricht in diesem Zusammenhang davon, dass die traditionelle Psychoanalyse von einem adult-zentrischen und pathomorphen Bild von Kindheit ausgehe. Ungeachtet dieser Kritik gilt als zentrales Verdienst Freuds, überhaupt einen neuen Blick auf kindliche Entwicklung gelegt und angeboten zu haben, die charakterisiert ist durch Interesse, Autonomiestreben und Eigensinn (wie dies später im Rahmen der sog. empirischen Säuglingsforschung durch die Studien von Anna Freud, Margret Mahler, John Bowlby und Donald Winnicott weiter ausgearbeitet wurde; dazu Appelsmeyer 2005; Seiffge-Krenke 2011).

**Determinismus
als Leitidee
des Behavior-
ismus**

Der zu Beginn des 20. Jh. aufkommende Behaviorismus, insb. verbunden mit **John B. Watson**, machte auf sich aufmerksam durch den aufsehenerregenden Fall des „kleinen Albert“ (Watson & Rayner 1920) – einem Säugling, dem Angst induziert wurde – der als Beispiel für die absolute Gestaltbarkeit von Entwicklung galt und der psychoanalytischen Auffassung einer unbewussten Entwicklungsdynamik entgegenstand. Obgleich die ‚radikale‘ Position von Watson, ausgedrückt in seinem vielfach wiedergegebenen Zitat

„Give me a dozen healthy infants, well-formed, and my own specified world to bring them up in and I'll guarantee to take any one at random and train him to become any type of specialist I might select – doctor, lawyer, artist, merchant-chief and, yes, even beggar-man and thief, regardless of his talents, penchants, tendencies, abilities, vocations, and race of his ancestors“ (Watson 1930: 82),

heutzutage als überholt erachtet wird, gelten die später modifizierten behavioristischen Prinzipien, z. B. bei der Desensibilisierung von Kindern gegenüber bestimmten Ängsten oder in der Kindererziehung durch die bevorzugte Anwendung positiver Verstärkung an Stelle von Bestrafung, als eine der herausgehobenen theoretischen Rahmentheorien in der Psychologie (zum aktuellen Stellenwert verhaltenstheoretischer Ansätze für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen siehe z. B. Petermann & Petermann 2000, 2008; viele der aktuellen Interventionsprogramme, siehe dazu die Beispiele im Abschnitt 6, nehmen Bezug auf den breiten Fundus dieser Theorienrichtung, zu der im weitesten Sinne soziale bzw. sozial-kognitive Lerntheorien oder verhaltensanalytische Modelle zählen).

Eine für die Entwicklungspsychologie dritte wesentliche Theorie-
linie geht auf **Jean Piaget** (1970/1988) zurück. In seinem struktur-
genetischen Ansatz konzipiert er das Kind als „kleinen Wissen-
schaftler“, das die Welt experimentierend begreift, dabei aktiv auf
seine Umwelt einwirkt und diese gestaltend erobert. Piagets Phasen
(z. B. 1926/1978) der kognitiven Entwicklung gelten bis heute als
vielfach genutzte Richtschnur (wenn auch die neo-piagetianischen
bzw. informationstheoretischen Ansätze viele seiner Erkenntnisse zu
relativieren scheinen; siehe Flammer 2009). Vor allem lassen seine
Ausführungen das die Welt erkennende Subjekt plastisch werden
und beinhalten viel Anregungspotenzial (seine Epistemologie spie-
gelt sich etwa in der Konzeption des Selbstbildungsansatzes von
Schäfer 2011 wider). Ungeachtet seiner großen Bedeutung wird viel-
fach kritisch angemerkt, dass Piaget kindliches Denken unterschätze
und seine Altersangaben eher konservativ seien; mehr noch: weil er
insb. von kindlichen Fehlern im Denken ausging, habe er entgegen
seinem Impetus, das kindliche Leistungsvermögen herauszustellen,
zu einer insgesamt defizitären Sichtweise beigetragen. Wichtig ist
deshalb zu unterstreichen, dass ein Kind nicht einfach als ein „klei-
ner Erwachsener“ betrachtet werden kann, dem noch bestimmte
(Lern-)Erfahrungen fehlen, sondern die Art der Wahrnehmung der
Umwelt bzw. des kognitiven Begreifens der Umwelt kann in ver-
schiedenen Phasen auf qualitativ unterschiedliche Weise funktionie-
ren (Rauh 2008) – es geht in diesem Sinne um die Eigenlogik von
Kindern, ohne dabei Kindheit als das ganz Andere zu begreifen.

Eine wichtige Weiterung entwicklungspsychologischen Denkens
verbindet sich mit **Erik H. Erikson** (1953), dessen psychosozialer
Ansatz eine der ersten den gesamten Lebenslauf umfassende Mo-
dellbildung menschlicher Entwicklung darstellt, bei der er ausgehend
von der Freudschen Entwicklungstheorie und diese erweiternd acht
aufeinander aufbauende Phasen konzipierte. Im Zentrum seiner
Überlegungen – wie auch in seinen biografie-historischen Arbeiten –
steht die Frage von Identität, die als lebenslange Aufgabe begriffen
wird, wenngleich sie im Jugendalter ihren Höhepunkt erfährt (z. B.
ausführlich Mey 1999; siehe auch Abschnitt 4.3). Entwicklung wird
für Erikson entlang von psychosozialen Krisen strukturiert, die ent-
wicklungsdefiniert vorgegeben sind, deren jeweilige altersspezifi-

**Das Kind als
„kleiner Wis-
senschaftler“ –
Metapher für
Piagets Ansatz**

**Kindliche
Eigenlogik**

**Entwicklung
als Lebenslauf-
thema**

**Adoleszenz
als „zweite
Chance“**

sche Thematik eine stufenbezogene Lösung benötige, entlang derer sich die Gestaltbarkeit der nachfolgenden Aufgaben vollziehe und sich entsprechend leichter oder schwieriger ausnehme. Erwähnenswert ist hier die Auffassung des Ethnopschoanalytikers Mario Erdheim im Rahmen seiner Überlegungen zu Jugend und Kulturwandel, der sich u. a. auf Kurt Eißler bezieht, der von der Adoleszenz als „zweite[r] Chance“ sprach. Ihm zufolge können durch das adoleszente Aufbegehren und der infolge der Pubertät stattfindenden psychischen Reorganisation die frühen „zugefügten Schäden wenigstens bis zu einem gewissen Teil wieder behoben werden“ (Erdheim 1984: XVI).

**Entwicklung
und Umwelt**

Schließlich hat **Uri Bronfenbrenner** (initial 1978) mit seiner Emphase auf das sich verändernde Subjekt in einer sich wandelnden Welt die Entwicklungspsychologie dahingehend revidiert, nicht nur die soziale, sondern auch die materiale Umwelt systematisch mit in die Analysen einzubeziehen; gleichsam bekannt ist seine Kritik an Forschungsansätzen und Laborexperimenten, die zu wenig Lebenswelt- und Alltagsbezug aufweisen. In seiner sozial-ökologischen Konzeption wird der Mensch als selbstregulierendes System betrachtet, das sich mit seiner Umwelt auseinandersetzen habe. Dabei vertritt er bezugnehmend auf das Thomas-Theorem den Standpunkt, dass „die Umwelt für Verhalten und Entwicklung bedeutsam ist, wie sie wahrgenommen wird und nicht, wie sie in der ‚objektiven‘ Realität sein könnte“ (Bronfenbrenner 1981: 20). Zum menschlichen Ökosystem gehören Institutionen und soziale Einheiten wie Familie, Schule, Arbeit, Freunde und die darin vorhandenen Regeln des Zusammenlebens sowie schließlich auch die Kultur, Normen und Diskurse (etwa über Bildung, Kindheit etc.). Diese Bestandteile der Lebenswelt sind entwicklungspsychologisch zu betrachten, weil die Auseinandersetzung mit sowie der Wechsel und die Übergänge zwischen den verschiedenen miteinander verschachtelten Systemen eine große und bedeutende Rolle in der Entwicklung eines Kindes, Jugendlichen oder Erwachsenen spielen – und zwar weil jeder Übergang nicht nur neue Lebensbereiche eröffnet, sondern sich darüber Erfahrungen bieten, neue Kompetenzen erfordert und gefördert werden (können), sich neue Rollen und damit einhergehende Aktivitäten sowie neue Netzwerke und Interaktionen anbieten.

Heute zählen die Überlegungen Bronfenbrenners und dessen sozial-ökologische Grundlinien – ohne dass dies immer explizit benannt wird – zum Kernbestand aktueller Entwicklungstheorien, in denen Entwicklung als eine Folge der Interaktion zwischen Individuum und Gesellschaftssystem verstanden wird und die die verschiedenen kulturellen und sozialen Kontexte wie Familien, Kindergarten, Schule, Ausbildung, Freizeit und darin stattfindenden Ausbildungen betrachten.

**Entwicklung
als Interaktion**

Abschließend soll auf die kulturorientierte Entwicklungspsychologie hingewiesen werden (z. B. Valsiner 2000 mit Bezug zur kulturhistorischen Schule von **Lew Wygotski**), die zunehmend Beachtung findet und bei der Entwicklung als Aneignung von Kultur konzeptualisiert wird. Hier werden Entwicklungspraxen speziell auf ihre kulturellen Überzeugungen und Handlungsvollzüge hin untersucht, z. B. in Form von Ethnotheorien über kindliche Erziehung (dazu u. a. Keller & Demuth 2005). Entwicklung wird so als ein gleichzeitig in Kultur eingebetteter wie kulturerzeugender Prozess verstanden; entsprechend gestaltet sich Entwicklung nach den je konkreten lebensweltlichen Bezügen (wozu auch verfügbare Ressourcen gehören) äußerst verschieden und dies selbst innerhalb einer Gesellschaft angesichts zunehmender Ausdifferenzierung von Milieus. Gesellschaftliche Veränderungen ihrerseits werden besonders im Themenfeld von „Entwicklung als Sozialisation“ berücksichtigt (z. B. Ecarius et al. 2011; Hurrelmann 1983), in welches auch modernisierungstheoretische Überlegungen – etwa das Individualisierungstheorem von Ulrich Beck (1986) – Eingang finden, um die mit den gesellschaftlichen Veränderungen einhergehenden, sich immer wieder neu formierenden Entwicklungs Herausforderungen analysieren zu können. Seit Beginn der 1980er Jahre wird zunehmend deutlich, dass „sich als Folge des raschen gesellschaftlichen Wandels auch nah aufeinanderfolgende Geburtsjahrgänge hinsichtlich ihrer Entwicklung unterscheiden“, wie Leo Montada (1982: 61) konstatiert.

**Entwicklung
und Kultur**

**Gesellschaftlicher Wandel
und Entwicklung**

Fazit: Innerhalb der Entwicklungspsychologie finden sich bis heute unterschiedliche Theorienfamilien, mit denen z. T. sehr verschiedene und konträre Annahmen darüber bestehen, wie sich Entwicklung beschreiben lasse und inwiefern dies auf das handelnde Subjekt,

die das Subjekt umgebenden (sozialen/materialen) Umwelten oder auf die Interaktion von Individuum und Gesellschaft oder auf „innere Reifungsprozesse“ zurückzuführen sei. Auch wenn diese unterschiedlichen Erklärungsansätze für sehr verschiedene Bereiche (körperliche, soziale, moralische, sprachliche, emotionale etc. Entwicklung) konzipiert wurden und ihre Gültigkeit haben, gilt für die entwicklungspsychologische Theorienbildung zu beachten, dass

„sich der [...] gesellschaftliche Wandel auch in psychologisch beschreibbaren Veränderungen des Verhaltens, Wertens, Urteilens und Erlebens niederschlägt [...], die Entwicklungspsychologie allerdings] diese Thematik lange vernachlässigt und sozusagen nach allgemeinen, über historische Epochen hinweg gültigen Veränderungen gesucht [hat]. Es wird zunehmend deutlich, daß die Entwicklungspsychologie für jede Generation neu geschrieben werden muß“ (Montada 1987: 61).

3 Der Weg zu einer ressourcengestützten Entwicklung

3.1 Leitlinien einer Entwicklungspsychologie der Lebensspanne

Entwicklung als lebenslanger Prozess

Mitte der 1960er Jahre wurde begonnen, die Entwicklungspsychologie konzeptuell als eine „Life span developmental psychology“ (Entwicklungspsychologie der Lebensspanne) zu fassen (siehe initial Baltes 1979) und einige der wenigen Vorläuferarbeiten, wie jene von Charlotte Bühler (1933), Robert J. Havighurst (1948/1972) und Erik H. Erikson (1953), wurden entsprechend gewürdigt. Hiermit wurden nicht nur systematisch die höheren Lebensalter berücksichtigt (dies wurde schon in den 1950er Jahren von Hans Thomae und Ursula Lehr gefordert und später mit der BOLSA – Bonner Longitudinal Study on Aging – eingelöst, siehe Thomae 1993) und die damit lange Zeit verbundene Beschränkung der Entwicklungsforschung auf Kindheit und Jugend überwunden, sondern Entwicklung wurde als lebenslanger Prozess verstanden, der sich von Beginn an durch Gewinne und Verluste charakterisieren lässt.

Bedeutend ist die Erkenntnis, den gesamten Lebenslauf zu betrachten, um einzelne Entwicklungsabschnitte und deren Zusammenspiel zu verstehen. Entwicklungsergebnisse früherer Phasen werden weichenstellende Funktionen für spätere Entwicklungen zuerkannt,

d. h. Entwicklung in früheren Phasen ist wesentlich auf die Bewältigung von Aufgaben in späteren Entwicklungsabschnitten ausgerichtet (Brandstädter 2007a). Diese im Zuge der Ausarbeitung der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne vorgenommene Akzentuierung hat vor allem Aufmerksamkeit auf einige ältere Ansätze erregt; neben Eriksons achtstufigen psychosozialen Ansatz kommt dieses Entwicklungsverständnis insb. unmittelbar in dem Konzept der „Entwicklungsaufgaben“ von Robert J. Havighurst (1948/1972) zum Vorschein. Havighurst postulierte bereits früh, dass eine gelingende Bewältigung eine Bearbeitung nachfolgender Aufgaben erleichtere und entsprechend das Scheitern bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben in der (frühen) Kindheit zu Bewältigungsproblemen bei späteren Entwicklungsaufgaben führen könne. Zudem verband Havighurst mit dem Scheitern oder dem Gelingen in seiner klassischen Definition Fragen von Glück und Zufriedenheit:

„A developmental task is a task which arises at or about a certain period in the life of an individual, successful achievement of which leads to happiness and to success with later tasks, while failure leads to unhappiness in the individual, disapproval by the society, and difficulties with later tasks“ (Havighurst 1948/1972: 2).

Mit der Life span developmental psychology verbinden sich einige zentrale Leitsätze, um lebenslange Entwicklung zu beschreiben (siehe Baltes 1990; zusammenfassend Montada 2008): Mit der „Plastizität der Entwicklung“ wird insb. verbunden, dass Entwicklungsveränderungen in allen Lebensphasen möglich sind (letztlich mit hoher Relevanz für Prävention, Intervention und Rehabilitation); das Prinzip der „Multidimensionalität“ unterstreicht, dass Entwicklung als physiologisch-biologischer, psychologischer und sozialer Prozess (mit sehr gegenläufigen Entwicklungsergebnissen) zu verstehen ist (siehe dazu die weitergehenden Überlegungen in Richtung Entwicklungswissenschaft, z. B. bei Petermann et al. 2003, die allerdings derzeit stärker neuro- denn kulturpsychologische Argumentationslinien auszuarbeiten scheinen; siehe Scheithauer et al. 2013). Die Grundannahme der „Multidirektionalität“ letztlich betont, dass von einer Gleichzeitigkeit von Stärken und Schwächen, von „Gewinnen“ und „Verlusten“ in allen Entwicklungsbereichen auszugehen ist.

Eingebunden werden solche Leitlinien in generelle Metamodelle, die zwar überwiegend im Kontext des Erwachsenenalters diskutiert

Zusammenhang von frühen und späten Entwicklungsaufgaben

Leitsätze einer Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Plastizität, Multi-dimensionalität, Multi-direktionalität

werden, allerdings nicht darauf begrenzt werden müssen/dürfen. Es handelt sich zum einen um das „Modell der Selektiven Optimierung mit Kompensation“ (z. B. Baltes & Baltes 1990), zum anderen um das „Zwei-Prozess-Modell assimilativer und akkommodativer Kontroll- und Bewältigungsstrategien“ (z. B. Brandstädter & Renner 1990). Mit solchen Modellvorstellungen wird heute selbstverständlich aufbauend auf der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne von lebenslangem Lernen und Entwicklung als lebenslangem Prozess gesprochen.

3.2 Individuen als Produzenten ihrer Entwicklung

**Individuen als
Entwicklungs-
agenten in
eigener Sache**

Quer zur Etablierung einer Life span developmental psychology hat sich der Wandel von der traditionellen zur modernen Entwicklungspsychologie vollzogen (Oerter 1968). Die Rede ist nicht mehr nur eingedenk der ökologischen Entwicklungstheorie von dem sich verändernden Individuum in einer sich wandelnden Welt, sondern als neues Leitbild gelten nunmehr die „Individuals as producers of their own development“ (Lerner & Busch-Rossnagel 1981). Die Individuen als Entwicklungsagenten in eigener Sache auszuweisen, hat sich zu einer stehenden Redewendung innerhalb der Entwicklungspsychologie durchgesetzt und fand Berührungen in der zur gleichen Zeit geführten soziologisch-sozialwissenschaftlichen Debatte um das „produktiv realitätsverarbeitende Subjekt“ (Hurrelmann 1983).

**Entwicklung
als Handlung
im Kontext**

Damit wurde die Grundlage geschaffen, um entgegen früherer entwicklungspsychologischer Auffassungen aus deterministischer und mechanistischer Sichtweise – und daraus resultierenden Menschenbildannahmen (vgl. Eckensberger & Keller 1998), nach denen Kinder und Jugendliche den vielseitigen Einflüssen ihrer Umwelt mehr oder weniger ausgesetzt sind – nunmehr begründet davon auszugehen, dass Kinder und Jugendliche die Fähigkeit haben, bestimmte Umwelteinflüsse bzw. Kontextbedingungen aktiv zu formen und somit auch selbst aktiv Einfluss auf ihre persönliche Entwicklung zu nehmen. Geprägt wurde das Schlagwort von „Entwicklung als Handlung im Kontext“ (Silbereisen 1986).

Aktuell wird diese Grundidee an der Schnittstelle zwischen Entwicklungs- und Persönlichkeitspsychologie z. B. in dem bislang

wenig beachteten Konzept der „Autogenese“ (Jüttemann 1998, 2007) aufgegriffen, mit einer Akzentuierung auf die eigenverantwortliche Lebens- und Selbstgestaltung sowie auf die Organisation von Lebensthemen in Form von „persönlichen Projekten“. Basis solcher Konzepte liefern die Diskussionen aus einer an Biografie interessierten Entwicklungspsychologie, bei der die Auseinandersetzung mit der Analyse kritischer Lebensereignisse und in Nähe zur soziologischen Lebenslaufforschung Übergänge in den Beruf oder die Eltern- und Großelternschaft untersucht werden (ausführlich zu Biografie und Psychologie siehe Jüttemann & Thomae 1987 und 1998; zusammenfassend mit Blick auf eine biografie-orientierte Entwicklungspsychologie insb. Kaiser 2005; siehe auch den Abschnitt 4.3 zur Frage von „Identitätsprojekten“).

**Entwicklung
als Autogenese**

Die Frage nach der Selbstgestaltung und Neubewertung von Entwicklungspotenzialen fand an beiden Enden der „Entwicklungslinie“ (oder im Bild der für die Entwicklungspsychologie typisch angeführten „Lebenstreppe“ bei den ersten und letzten Stufen) statt. Erhielt das Alter durch das Konzept Weisheit (Baltes & Smith 1990) eine bedeutsame Aufwertung, änderte sich die Betrachtung der frühen Kindheit durch den Perspektivenwechsel in der Säuglingsforschung. Aufgrund der neueren empirischen Säuglingsforschung und der damit einhergehenden Debatte um den „rekonstruierten Säugling“ vs. den „beobachteten Säugling“ (Burian 1998; zusammenfassend Appelsmeyer 2005; Seiffge-Krenke 2011) wurde nun vom „kompetenten Säugling“ (Dornes 2004) gesprochen. Unterstützt wurde diese Wende durch die enorme Ausbreitung der Bindungsforschung (Bowlby 1988/1995; siehe ausführlich Abschnitt 4.2), sodass sich der defizitäre Blick auf Kleinkinder zunehmend gewandelt hat. Das Bild vom Säugling, der nur seine Grundbedürfnisse artikulieren kann und damit als überwiegend passiv, undifferenziert und seinem Trieben ausgeliefert betrachtet wurde, wurde abgelöst vom Bild des nun aktiv und zu kommunikativen Beziehungsaufnahme und -gestaltung fähigen Subjekts, das gleichberechtigt Interaktionen initiiert, unterhält und ausformt (siehe sehr anschaulich dargestellt bei Daniel Stern in dessen „Tagebuch eines Babys“ 1990/2011).

**Weisheit als
Aufwertung
des Alters**

**Das neue
Bild vom
„kompetenten
Säugling“**

**Ende der
Krisenrhetorik
und Rede von
Entwicklungs-
chancen**

Deutlich ist die Idee der Gestaltungspotenziale von Entwicklung auch mit Blick auf die Adoleszenz formuliert worden. Im Zuge der „neueren Sichtweisen auf das Jugendalter“ (Olbrich & Todt 1984) wurden die in den älteren Ansätzen (nicht nur jene, die mit „Jugend als Sturm und Drang“ etikettierbar sind) vorherrschenden Vorstellungen von Jugend als eine Krisenzeit, die über die Jugendliche hereinbreche und – verständlicherweise – zum Auftreten vielfältiger Problematiken führe, abgelöst. An ihre Stelle trat eine Konstruktion von Jugend, die weit weniger einer Krisenrhetorik verpflichtet ist und deutlicher eine Bewältigungsterminologie nahelegt. Jugendforschende wie Richard M. Lerner (z. B. Lerner 1984; Silbereisen & Lerner 2007) bringen gewollt ein zuversichtliches Bild von Entwicklungschancen ein, denn jede/r habe grundsätzlich das Potenzial, sich erfolgreich, gesund und positiv zu entwickeln. Dieses Potenzial gelte es zu entdecken und zu fördern. Angesichts solcher auch optimistisch gezeichneten Bilder mahnen andere, dass vor dem Hintergrund der in den soziologisch-sozialwissenschaftlichen Disziplinen beschriebenen Erosionsprozesse die Gefahr bestehe, ‚Opfer‘ der eigenen anthropologischen Voreingenommenheit zu werden, denn angesichts von vorliegenden, seit Jahrzehnten gleichbleibend hohen Raten an „psychischen Auffälligkeiten“ (Barkmann 2010) in dieser Lebensphase, sei

„nicht weniger die [in der traditionellen entwicklungspsychologischen Jugendforschung vorherrschende] Behauptung, die Adoleszenz sei eine besonders konfliktreiche Entwicklungsphase, zu hinterfragen [...] als vielmehr die Tatsache, daß in [heutigen] empirischen Studien so wenig Anhaltspunkte für Konflikte gefunden wurden“ (Peters 1988: 28).

3.3 Ressourcenorientierung

**Modelle von
erfolgreichem
Altern**

Angesichts des Umbaus hin auf eine moderne Entwicklungspsychologie mit den Leitlinien der Life span developmental psychology und der Emphase auf das sich und die Umwelt gestaltende Subjekt hat sich zunehmend auch eine Abkehr von der Krisenbetrachtung und einer damit einhergehenden defizitorientierten Sichtweise vollzogen in Richtung einer ressourcenorientierten Perspektive auf Entwicklungsprozesse. Bei Durchsicht der aktuellen siebenbändigen Enzyklopädie der Entwicklungspsychologie mit Suche nach entspre-

chenden Stichworten zeigt sich diese Verschiebung insb. im Kontext der Alter(n)spsychologie. Im Zuge der Neubetrachtung von höheren Lebensaltern (der Einführung des 3. Lebensalters, die sog. „jungen Alten“) werden Modelle „Erfolgreichen Alterns“ (Baltes et al. 1989) unterbreitet. Ein weiteres Arbeitsfeld, in der eine Ressourcenorientierung sichtbarer wird, ist jenes, das sich der entwicklungspsychologischen Gesundheitsforschung zuwendet bzw. als „Klinische Entwicklungspsychologie“ (Oerter et al. 1999) formiert. Lange Zeit herrschte mit Blick auf „Entwicklungsstörungen“ eine Defizitorientierung vor und etwa bei Fragen des Umgangs mit chronischen Krankheiten – aufgrund der Annahme, mit diesen müssten vielfach psychische Belastungen einhergehen – bestand immer die Gefahr, die „enorme Anpassungsleistung“ der Betroffenen zu übersehen; es wurde damit verkannt, dass auch im Falle von chronischen Krankheiten eine „gelungene Entwicklung“ konstatiert werden könne (siehe exemplarisch die Arbeiten zu an Diabetes erkrankten Jugendlichen von Seiffge-Krenke 1996; zusammenfassend Seiffge-Krenke 2008).

**Gelingende
Entwicklung
trotz
Belastungen**

Schließlich ist noch anzubringen, dass vor dem Hintergrund der Überlegungen zur „funktionalen Äquivalenz“ selbst „abweichendes Verhalten“ durchaus entwicklungslogisch gelesen werden kann (z. B. Silbereisen & Reese 2001), nämlich dann, wenn es zur „Bewältigung“ von Entwicklungsanforderungen eingesetzt wird (z. B. der Konsum von Alkohol oder Drogen auch zur Demonstration der Unabhängigkeit gegenüber den Eltern). Für die Drogenprävention wäre gleichwohl wiederum eine Aufgabe, „funktionale Äquivalente“ für die Drogen bereitzustellen (dazu Kleiber 2001a). In der Suchtprävention wird allerdings darüber hinausgehend sogar mit dem Ansatz der Drogenmündigkeit einer defizitären Drogenpolitik ein ressourcenorientiertes Konzept entgegengestellt. Gundula Barsch (2002) bezeichnet die folgenden Kompetenzen als Kernbereiche von Drogenmündigkeit: Genussfähigkeit, Drogenkunde, Kritikfähigkeit und Risikomanagement. Deutlich wird daran, dass auf die Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit der Individuen abgestellt und davon ausgegangen wird, dass Konsumierende die Fähigkeit erlernen können, Risiken im Umgang mit Drogen zu minimieren.

**Funktionale
Äquivalenz**

Fazit: Die ressourcenorientierte Perspektive bietet insofern die Möglichkeit einer neuen Akzentuierung und eröffnet, Entwicklungs-

prozesse mehrperspektivisch zu betrachten. Sie fordert zudem, zu spezifizieren, über welche Ressourcen (und zwar unterschieden nach individuellen/intrapersonalen, interpersonellen/sozialen; kontextuellen/kulturellen/gesellschaftlichen sowie materiellen/ökonomischen) die sich lebenslang entwickelnden Menschen verfügen müssten, um den angesprochenen Prozess einer gelungenen Entwicklung zu gestalten und das heißt im weiten Sinne ihre Autonomieentwicklung aktivieren und optimieren zu können.

4 Bindung und Identität als zentrale Themen der Ressourcenorientierung

Mit Blick auf die Konzeption der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne soll im Folgenden, anders als möglicherweise erwartet, keine Abfolge von mit spezifischen Lebensaltern verbundenen Entwicklungs- und Handlungsaufgaben vorgestellt werden. Entsprechende Übersichten finden sich in einschlägigen Lehrbüchern und orientieren sich im Wesentlichen an den oben erwähnten Vorschlägen von Havighurst oder Erikson, um den Lebenslauf entlang von altersnormierten Katalogen zu beschreiben (z. B. Berk 2011) und weitergehend verschiedene Formen von Vulnerabilitäten in diesen Lebensphasen zu markieren. Problematisch an solchen Einteilungen ist, dass das, was als Deskription gedacht ist, durchaus als Normativ erscheint und entsprechend kritisch zu betrachten ist. Für beide Vorschläge gilt, dass es sich um ‚Blaupausen‘ handelt, die hilfreich zur Entwicklungsbeschreibung sein *können*, aber nur dann, wenn die Betrachtenden sich daran nicht ‚festklammern‘. Gelingt dies nicht, wird man den Ansätzen nicht gerecht und vereinfacht diese als fixen Kriterienkatalog, als Entwicklungsvorschriften sowie als Normierungstabellen.

Normative und non-normative Lebensereignisse

Dabei wird – auch gestützt durch viele Studien – herausgestellt, dass neben den altersnormierten v. a. individuell gesetzte Ereignisse zentral („entwicklungsbedeutsam“) sind (wegweisend auch hier etwa die BOLSA; siehe Lehr 1998). Mittlerweile wird bei den lebenslaufbedeutsamen Ereignissen unterschieden zwischen normativen und non-normativen und quer dazu die „kritischen Lebensereignisse“ (Filipp & Aymanns 2009). Differenziert wird aber auch danach, ob die-

se Ereignisse lebenslaufumspannend oder altersbereichsbegrenzt, d. h. gesellschaftlich periodisiert, sind oder eben jenseits vorgegebener „time tables“ (gesprochen wird auch von einer „social clock“, Neugarten 1977) als individuell sich stellende Anforderungen zu verstehen sind (entsprechend liegen mittlerweile verschiedene Taxonomien vor; siehe Oerter 1995). Zudem zeigt sich, dass selbst bei spezifischen Lebensaltern zugewiesenen Aufgaben ein Höchstmaß an Variabilität vorherrscht, die von vielen kontextuellen „Faktoren“ abhängt, wie etwa die historische Zeit, die kulturellen Milieus, regionale Besonderheiten etc. Solche Abweichungen wiederum irritieren die Betroffenen im Sinne eines „Normierungsdrucks“ oder aber tauchen wieder im Sinne einer Defizitperspektive (des ‚Nicht-Genügens‘, des ‚Zu-spät-Seins‘) auf. Ferner verraten solche Normtabelle wenig über die Umsetzung der Entwicklungsaufgaben. Denn es gibt zwar für den Großteil beschreibbare Bearbeitungsmodi und Bewältigungsformen, jedoch auch immer dazu Alternativen bis hin zu dem, was sich innerhalb der Entwicklungspsychologie unter dem Begriff der „funktionalen Äquivalenz“ (siehe zuvor, Abschnitt 3.3) durchgesetzt hat, nämlich anzuerkennen, dass Entwicklungsaufgaben auch ‚gegen den Strich‘ bewältigt werden können (z. B. Silbereisen & Reese 2001).

„Normierungsdruck“ als Konsequenz der „social clock“

Deshalb sollen statt einer Abarbeitung einer solchen Liste an Entwicklungsaufgaben (die zudem in einem Übersichtbeitrag auf wenigen Seiten nicht leistbar ist) nur zwei Konzepte vorgestellt werden, nämlich „Bindung“ und „Identität“, die für die Thematisierung einer ressourcenorientierten Entwicklungspsychologie hoch relevant erscheinen.

4.1 Bindung

Innerhalb der Entwicklungspsychologie gilt Bindung als eines der zentralen Schlüsselkonzepte, zunächst auf die frühe Kindheit beschränkt, mittlerweile mit Blick auf den gesamten Lebenslauf (im Überblick Born 2003) und eigens zu Fragen von Bindung im Erwachsenenalter ausgearbeitet (Gloger-Tippelt 2001).

Bindung als Basis menschlichen Handelns

Mit dem eingeleiteten Blickwechsel auf den kompetenten Säugling wurde erkannt, dass Kinder ihrerseits alle Voraussetzungen als

**Zielkorrigierte
Partnerschaft**

kompetente Interaktionspartner besitzen. Die Bindungsforschung, die wesentlich auf John Bowlby zurückgeht, spricht von einer grundlegenden Komponente menschlichen Handelns, „starke emotionale Bindungen zu spezifischen Individuen aufzubauen“ (Bowlby 1988/1995: 20f.). Dazu gehört, dass im Zuge der Bindungsentwicklung zunehmend auch die eigenen und fremden Erwartungen sowie die eignen und fremden Absichten und Motive berücksichtigt werden. In der Bindungsforschung wird dies als „zielkorrigierte Partnerschaft“ beschrieben. Voraussetzungen für diese wechselseitigen Bezugnahmen sind eine zunehmende Empathiefähigkeit und Perspektivübernahme, die ihrerseits durch das Interaktive gefördert und erforderlich werden. Nicht zuletzt aufgrund dieser Überlegungen wurde dann insb. durch die Arbeiten von Mary Ainsworth und Mitarbeitenden herausgestellt, dass Bindung vor allem durch die Art der Interaktion und Zuwendung zu dem Kind durch Bezugspersonen aufgebaut oder gestört werden kann (initial Ainsworth et al. 1978). Aufgrund ihrer Studien (und jene, die dadurch angeregt wurden, in Deutschland vornehmlich aus dem Arbeitskreis um Grossmann und Grossmann bzw. daraus hervorgehend die Arbeitsbereiche von Spangler oder Zimmermann¹) hat sich folgender Befund etabliert: Unterschieden wird zwischen sicher-gebundenen Kindern (Typ B), die eine positive Gefühlsbeziehung zu ihren Bezugspersonen aufweisen, und unsicher-gebundenen Kindern, die ihre Bezugsperson entweder vermeiden (Typ A), was sich durch wenig Blick- und Körperkontakt äußert, oder die in einer erkennbar ambivalenten Beziehung zu ihnen stehen (Typ C), was sich durch starkes Klammern oder extreme Abwehr gegenüber der Bezugsperson ausdrückt. Zudem wurde später (von Main & Hesse 1990) ein Typ desorganisierter Bindung (Typ D) ergänzt, bei dem angenommen wird, dass für dessen Auftreten traumatisierende Erfahrungen, etwa aufgrund von Misshandlungen, verantwortlich seien.

**Sichere,
unsicher-
vermeidende
und unsicher-
ambivalente
Bindung**

**Feinfühligkeit
als wichtige
Voraussetzung
für Bindung**

Für die Ausbildung von Bindung wird als bedeutsam erachtet, inwieweit die Bezugsperson die Grundbedürfnisse des Kindes unmittelbar erfüllen und die kindlichen Signale (Weinen, Schreien etc.)

¹ Siehe hier u. a. Grossmann et al. (2003) sowie Schmidt-Denter und Spangler (2005).

‚richtig‘ verstehen kann. In der Bindungsforschung wird in diesem Zusammenhang von „Feinfühligkeit“ gesprochen.

Bindung kommt innerhalb der Entwicklungspsychologie als Konzept deshalb eine so immense Aufmerksamkeit zu, weil damit nicht nur Vorstellungen von ‚gesunder Entwicklung‘ verbunden werden, sondern sich weitgehende Entwicklungsziele wie dem Aufbau des Kohärenzgefühls und moralischen Urteilens verknüpfen lassen. Grossmann und Grossmann (2007: 152) halten entsprechend fest:

„Bindungsqualität und gegenseitiger Respekt sind unabdingbare Voraussetzungen für die zu vermittelnden moralischen Verbindlichkeiten gegenüber der Gemeinschaft von Individuen, zu der das Kind gehört.“

In der heutigen Diskussion stellt somit die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung eine der zentralen Schlüsselfunktionen in der frühkindlichen Entwicklung dar (ohne allerdings damit anderen Institutionen wie Kindertagesstätten ihre Berechtigung abzuspochen; dazu Ahnert & Lamb 2011). Deshalb gilt eine positive Eltern-Kind-Beziehung als allgemeingültige, entwicklungsfördernde Voraussetzung und damit als eine wichtige Ressource für eine ‚gesunde‘ Entwicklung.

„Kinder und Jugendliche, die aus dem Zusammenleben mit ihren Eltern die Erfahrung von Bindungssicherheit in der Eltern-Kind-Beziehung internalisiert haben, sind auf die Führung eines späteren selbstaktiven und eigenständigen Lebens erheblich besser vorbereitet als unsicher gebundene Kinder und Jugendliche (vgl. Grossmann & Grossmann 2004)“ (Klemenz 2009: 104).

Die hohe Bedeutung von Bindung wird auch daran ersichtlich, dass in vielen Studien immer wieder Hinweise darauf gegeben werden, dass sicher-gebundene Kinder sich durch ein eher hohes Selbstwertgefühl und großes Selbstvertrauen auszeichnen würden. Solche Kinder seien in der Lage, ihr Selbstbild mit realistischen Vorstellungen von Fähigkeiten/Möglichkeiten zu verbinden und würden eine bessere Zielerreichung sowie schließlich eine höhere Ich-Flexibilität aufweisen und insgesamt über eine gute Modulationsfähigkeit (verstanden als eine situationsangemessene dynamische Anpassung) von Impulsen, Bedürfnissen und Gefühlen verfügen (siehe zusammenfassend Schmidt-Denter & Spangler 2005). Dies alles sind wiederum Voraussetzungen, um sich in anderen Entwicklungsbereichen und -kontexten sowie in Auseinandersetzung mit anderen ‚angemessen‘ zu bewegen. So zeigen Studien zu sozialen Kompetenzen (u. a.

Qualität der Eltern-Kind-Beziehung

Bindung als Metaressource

schon früh Grossmann 1995), dass sicher-gebundene Kinder länger und intensiver in Spielsituationen mit anderen Kindern verbleiben, weniger in Konfliktsituationen (z. B. Streit um Spielsachen) geraten bzw. im Falle von Konflikten von sich aus – d. h. selbstständiger – eine Lösung anstreben würden. Ferner wurde festgestellt, dass die sicher-gebundenen Kinder weniger isoliert bei Gruppenaktivitäten seien und von ihnen häufiger die Initiative zum Spiel ausgehe. Ähnliche Befunde liegen zum Schul-/Jugendalter vor, nachdem sicher-gebundene sich eher durch hohe soziale Kompetenz auszeichnen, bessere/stabilere Freundschafts- und später Partnerschaftsbeziehungen aufweisen. Insgesamt wird diese Befundlage dahingehend interpretiert, dass sich „gute familiäre Kommunikation“ und die sich daraus einstellende Bindungsqualität auf die außerfamiliäre Situation und in andere Netzwerke und Beziehungen „übertrage“.

**Reorganisation
von Bindung
als Lebens-
aufgabe**

Gleichzeitig bleibt festzuhalten, dass sich Bindungsstile über die ersten Jahre recht stabil gestalten, ohne allerdings vom Bindungsverhalten in der frühen Kindheit auf spätere Bindungsformen in anderen Lebensaltern schließen zu können (Grossmann et al. 2003; Schmidt-Denter & Spangler 2005). Zum einen sind die Entwicklungserfahrungen zu vielgestaltig, sodass die frühen Bindungserfahrungen und das sich darauf hinaus bildende „Innere Arbeitsmodell“ (Inner Working Model, das auch die Selbstwert- und Kompetenzeinschätzung beinhaltet) korrigiert werden können. Insofern wird Bindung nicht determinierend verstanden, sondern Entwicklung als Prozess eines aktiven Subjekts, das soziale Erfahrungen verarbeitet und in der Lage ist, seine Bindungsrepräsentationen aufgrund von Verlusten von Bezugspersonen oder anderen kritischen Ereignissen zu reorganisieren (ohne in einen unkritischen Entwicklungsoptimismus zu verfallen, mit dem übersehen wird, welche Entwicklungsanforderungen sich infolge solcher drastischen, zuweilen traumatischen Ereignisse stellen). Zum andren liegen methodische Schwierigkeiten vor, d. h. das kindliche Bindungsverhalten und die in den ersten Jahren erworbene/erfahrene Bindungsqualität (zumeist durch den „Fremde-Situation-Test“ erhoben) kann nicht einfach in Beziehung gesetzt werden zu den Bindungsrepräsentationen im Jugend- und Erwachsenenalter (die über das „Adult Attachment-Interview“ erfragt werden).

Erkennbar wird an den Ausführungen zu dem entwicklungspsychologischen Arbeitsgebiet der Bindungsforschung, dass eine Fülle an Ressourcen angesprochen ist. Die (Dauer-)Konjunktur des Themas Bindung begründet sich durch das verstärkte Bemühen der Forschung zur familiären Sozialisation ab Mitte der 1970er Jahre sowie die Ausweitung von Studien zur frühen Kindheit und inkludiert die grundsätzliche Idee der Zentralität früher Entwicklungsprozesse, ohne allerdings deren Präformation für spätere zu postulieren. Die innerhalb der Bindungsforschung mit behandelten Themen von Autonomieentwicklung (insb. in der Adoleszenz) werden dagegen besonders im Zusammenhang mit der Identitätsbildung verhandelt, die im nachfolgenden Abschnitt dargestellt wird.

4.2 Identität

Die Forschung zu Identität ist spätestens mit dem von Erik H. Erikson (1959/1974) vorgelegten psycho-sozialen Ansatz für die Entwicklungspsychologie und darüber hinaus in anderen psychologischen Teildisziplinen von hoher Bedeutung (Schwartz et al. 2011). Ursprünglich wurden Fragen der Identitätsforschung zentral mit dem Jugendalter verknüpft, heute werden diese als lebenslange Auseinandersetzung gefasst, wobei unter Identität die „innere, selbstkonstruierte, dynamische Organisation von Trieben, Fähigkeiten, Überzeugungen und individueller Geschichte“ (Marcia 1980: 159; Übersetzung G. M.) verstanden werden kann. Damit wird berücksichtigt, dass Identität andere zentrale Fragen berührt, so die Auseinandersetzung um Autonomie (sich als „handelnd“, aktiv, gestaltend erleben und damit der Berücksichtigung anderer Interessen und Ansprüche), den Aufbau von Vertrauen anderen gegenüber sowie in die eigene Initiative und Kreativität – all dies geschieht in der Auseinandersetzung mit „anderen“, zunächst mit den Eltern (und deren „Vorbildfunktion“ und „Erwartungen“), später mit den Peers (verstanden als Gleichaltrige bzw. „Gleichgesinnte“) in diversen institutionellen und frei gewählten Netzwerken.

Identität in der Fassung von James E. Marcia – abgebildet in seinem den Eriksonschen Ansatz weiterführenden „Identity-Status-Model“ (Marcia 1980) – sieht vier Identitätsformen vor: die „erarbeit-

**Identität und
Vertrauen,
Autonomie und
Kreativität**

**Identität durch
Commitment
und
Exploration**

tete Identität“ (engl. „Identity Achievement“), „diffuse Identität“ („Identity Diffusion“), „übernommene Identität“ („Foreclosure“) und die „aufgeschobene Identität“ („Moratorium“). Identität entsteht bei ihm aus dem Zusammenspiel von *Commitment* (verstanden als ein erkennbares Engagement und eine innere Verpflichtung in beruflichen Fragen und der Werteorientierung) und *Exploration* (als das Ausmaß an Erkundungen der jeweils in Frage stehenden Lebensbereiche mit dem Ziel einer besseren Orientierung und Entscheidungsfindung). Eine Fülle von Studien (im Überblick Watzlawik & Born 2007) zeigt, dass sich die Identitätszustände einer erarbeiteten Identität bzw. eines Moratoriums hinsichtlich ihres hohen Selbstwertgefühls, ihres reflexiv komplexen kognitiven Stils und ihrer Überzeugung, selbstverantwortlich zu handeln, ähneln. Dagegen weisen Jugendliche, deren Identitätszustand als diffus bzw. als übernommen klassifiziert wird, Übereinstimmungen darin auf, dass ihre Werte auf den verwendeten Selbstwert- und (interne) Kontrollüberzeugungsskalen gering sind, während sich etwa bezüglich des kognitiven Stils Differenzen dahingehend zeigen, dass dieser für die übernommene Identität als „simpel“, für die Identitätsdiffusion hingegen als ausgesprochen komplex charakterisiert wird.

**Identität und
gesellschaftliche
Bedingungen**

Zu beachten bleibt allerdings, worauf Wim Meeus (1993) aufmerksam macht, dass es keinen Identitätszustand per se gibt, sondern die Ermöglichung von Identität immer in Zusammenhang mit den gesellschaftlichen Bedingungen zu sehen sei, und zwar insb. mit den zu einer Zeit vorgefundenen Wahlmöglichkeiten; fehlen diese aufgrund eingeschränkter Alternativen, so könne nicht von einer „begründeten Wahl“ (argued choice) zwischen verschiedenen Möglichkeiten gesprochen werden. Entsprechend müsse die „übernommene Identität“ – eine eingeschränkte Option vorausgesetzt – als eine respektable Identität angesehen werden. Ähnlich hatte Marcia argumentiert, es sei für ihn – nachdem sich der Anteil von Jugendlichen mit den typischen Charakteristika der Identitätsdiffusion (einer geringen Verpflichtung und Festlegung einerseits, keine feste Werteorientierung andererseits) rapide erhöht hat – möglich, die Identitätsdiffusion kulturell-adaptiv zu bewerten, da „es in einer Gesellschaft, in der eine Verpflichtung nicht hochgeschätzt ist bzw. sogar bestraft wird,

**Identität als
kulturelle
Anpassungs-
leistung**

[...] angemessen ist, diffus zu sein“ (Marcia 1989: 292; Übersetzung G. M.).

Entsprechend dieser Überlegungen gilt, dass „Identitätsarbeit“ – wie z. B. im Konzept von Identität als Patchwork von Heiner Keupp angesichts der Individualisierungsthese in den 1980er Jahren formuliert und in den 1990ern präzisiert (Keupp et al. 1999) – individuelle Gestaltungskompetenz, die Überwindung eines „Eindeutigkeitszwanges“ (ein sich Ein-für-alle-Mal-Festlegen bzw. Sich-festlegen-Lassen) bedeutet und eine wiederkehrende neugierige Exploration von „Realitäten“ erfordert. Allerdings verlangt die zu leistende Identitätsarbeit als ein „offenes Projekt“ individuelle Kompetenzen und Ressourcen. Dabei sind für Erkundungen und Experimente der Identitätsarbeit Ambiguitäts- und Frustrationstoleranz eine Voraussetzung, wie sich erst durch Experimente und Exploration eben diese Ambiguitäts- und Frustrationstoleranz beständig herausbilden kann (vgl. Krappmann 2000).

Identität als Patchwork

Identität verlangt Ambiguitäts- und Frustrationstoleranz

Im Rahmen der identitätstheoretischen Konzeptionen erscheinen die seit mehr als zwei Dekaden vorgetragenen Überlegungen zur „narrativen Identität“ (grundlegend: Sarbin 1986; Polkinghorne 1988; vgl. zusammenfassend Mey 1999; Habermas 2011) mit Blick auf eine ressourcenorientierte Entwicklungspsychologie besonders fruchtbar. Denn mit ihrer Hilfe lässt sich aufzeigen, wie sich Subjekte in Akten der (lebens-)geschichtlichen Selbstthematisierung ihrer Kontinuitäts- und Diskontinuitätserfahrungen in der biografischen Entwicklung vergewissern. Der Grundgedanke ist, dass im (autobiografischen) Erzählen die eigene, in soziale Beziehungen eingebettete Identität validiert und so auch immer wieder neu die Kontinuität und Konsistenz mit sich selbst hergestellt und gesichert werden kann; mithin wird von „situativer Kohärenz“ (Kraus 1996) gesprochen. Darüber können auch biologisch wie sozial veranlasste Kontinuitätsbrüche Ausgangspunkte dafür sein, bisherige Selbstbilder zu prüfen und diese zu modifizieren oder neue zu entwerfen und zu erproben (narrative Ansätze finden sich auch im Kontext therapeutischen Handelns, um etwa zu eröffnen, chronifizierte Erzählungen neu zu gestalten; siehe Hermer 1997; Speedy 2007).

Narrative Identität und situative Kohärenz

5 Fazit: Zum Stand der Ressourcenorientierung in der Entwicklungspsychologie

An beiden exemplarisch vorgestellten Schlüsselkonzepten wird deutlich, dass für den Aufbau einer ‚gesunden Entwicklung‘ Gestaltungsmodi notwendig sind, die ihrerseits konkrete lebensweltliche Voraussetzungen benötigen. Dazu gehören bspw. eine sichere Umwelt, Möglichkeiten der Partizipation, Anregung zur Kompetenzförderung und/oder Absenz von Vorurteilen und Diskriminierungen (Brandstädter 2007b; Lerner et al. 2002). In eine ähnliche Richtung zielt die Liste an Ressourcen, die Heiner Keupp (2004) für eine positive Entwicklung und Lebensbewältigung zusammengestellt hat. Neben den sozialen und materiellen Ressourcen (dazu auch schon Keupp 1988) betont er ganz im Einklang mit seinen Überlegungen zu offenen Identitätsprojekten die Relevanz von Lebenskohärenz und Boundary Management sowie Zugehörigkeitserfahrungen und Anerkennungskulturen. Zudem sieht er vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Wandels interkulturelle und zivilgesellschaftliche Kompetenzen als wichtig an.

Zugehörigkeit und Anerkennung als Voraussetzungen für offene Identitätsprojekte

In der Diskussion um eine ressourcenorientierte Entwicklungspsychologie ist neben den Beiträgen von Rainer K. Silbereisen und Richard M. Lerner (2007) zur „Positive Youth Development“, die auch unter dem Eindruck der Diskussionen zur in den 1990er Jahren in den USA entstandenen „Positiven Psychologie“ (Seligman & Csikszentmihalyi 2000) formuliert wurden, insb. Bodo Klemenz (2003, 2007, 2009) zu nennen, der sich im Zuge seiner Auseinandersetzung um „Ressourcenorientierte Diagnostik“, „Ressourcenorientierte Erziehung“ und „Ressourcenorientierte Psychologie“ auch den Fragen der Ressourcenorientierung in der Entwicklungspsychologie zuwendet.

Ressourcengewinn- und -verlustspirale

Klemenz (2009) stellt anhand eines Grundbedürfnismodells dar, wie Kinder und Jugendliche elterngestützt Bindungssicherheit, positive Emotionalität und Selbstwirksamkeitsüberzeugung (agency) herausbilden können. Der Grundgedanke ist dabei, dass es auf Basis solcher „Schlüsselressourcen“ dann wiederum leichter möglich ist, neue Ressourcen hinzuzugewinnen und vorhandene weiter aufzu-

bauen. Er verweist in diesem Zusammenhang auf die „Ressourcengewinnspirale“ von **Stevan E. Hobfoll** (1998).

„Die Metaressource ‚Gefühl von Bindungssicherheit‘ wirkt offenbar wie eine starke innere Kraft, die eine solche Ressourcengewinnspirale in Gang setzt und zur Entwicklung bzw. Stärkung von Problembewältigungsressourcen, Beziehungsressourcen, Ressourcen zur flexiblen Adaption sowie weiteren personalen Ressourcen führt und die Selbstentwicklungsmöglichkeiten einer Person dadurch erheblich und kontinuierlich erweitert“ (Klemenz 2009: 105).

Auf der anderen Seite findet sich eine „Ressourcenverlustspirale“, die seitenverkehrt funktioniert, d. h. aufgrund eingeschränkter Ressourcen ist es erschwert, Ressourcen aufzubauen; mehr noch: es kommt zu erheblichen Einschränkungen und dann zu Ressourcen einbußen.

Die Diskussion um Entwicklungsressourcen konkretisiert Klemenz unter Bezugnahme auf **Peter L. Benson** (2007) und dessen Vorschlag von „Developmental Assets“. Zentrale Entwicklungsressourcen sind demnach: Leistungs- und Hilfsbereitschaft, positive Identität, konstruktive Zeitnutzung; im Kontext der Familie dann elterliche Fürsorge, Erkennen und Fördern individueller Stärken sowie Anspruchssetzung und Vermittlung normativer Grenzen. Schließlich sind es auf der kommunalen Ebene die Lern- und Bildungsangebote sowie Beratung und Prävention. Mit dem Vorschlag von Benson geht es um eine Erweiterung des Konzepts der Schutzfaktoren aus der Entwicklungspsychopathologie, indem Erkenntnisse aus der Resilienzforschung, aus dem Bereich der Prävention von Risikofaktoren und der Forschung über die Förderung von positiven Entwicklungsergebnissen (Schulerfolg, gesunde Lebensführung) Eingang finden. Benson unterteilt die von ihm vorgestellten 40 Developmental Assets in external und internal. Die externalen Assets werden durch die Interaktion mit Erwachsenen und Peers und von der Gesellschaft in Form von personellen Beziehungen, Unterstützung, Grenzen, Erwartungen und Empowermentstrategien angeboten. Die internalen Assets entstehen durch die schrittweise Erfahrung und stellen wünschenswerte Kompetenzen und Fähigkeiten dar. Dazu zählen unter anderem Lernbereitschaft oder soziale Kompetenz. Menschen sollten immer wieder Gelegenheiten erhalten, positive Erfahrungen zu machen und adäquate Resonanzen aus einem breiten

**40 externe
und interne
Developmental
Assets**

**Zusammenspiel
protektiver
Mechanismen
über die Zeit als
Untersuchungs-
gegenstand**

sozialen Netzwerk zu erhalten. Darüber können sich internale Assets an positiven äußeren Erfahrungen und Prozessen stufenweise entwickeln.

In einer Sichtung der Literatur zu psychosozialen Schutzfaktoren im Kindes- und Jugendalter (Bengel et al. 2009) mit dem Ziel, eine systematische Beschreibung des Forschungsstandes zu leisten, wird allerdings deutlich gemacht, dass einfache Aussagen zur Resilienz nicht möglich sind. So scheinen einige der in die Analyse einbezogenen Studien durchaus die allgemeinen Aussagen zum Einfluss der Schutzfaktoren zu relativieren – ungeachtet des generellen Trends der Bedeutsamkeit von personalen und sozialen Schutzfaktoren und des Ergebnisses, dass von diesen zwar alle Kinder und Jugendlichen profitieren, am meisten allerdings jene, die unter risikoreichen Bedingungen aufwachsen. Mit Blick auf die Entwicklungspsychologie muss zudem anerkannt werden, dass der Versuch, Schutzfaktoren altersspezifisch auszuweisen, an seine Grenzen stößt. So liegen unterschiedliche Klassifikationen – wenn auch mit einer Schnittmenge an Gemeinsamkeiten – vor, in denen nur teilweise berücksichtigt wird, dass Entwicklung als ein Prozessgeschehen zu verstehen ist. Und anzumerken bleibt, dass, wenn es auch einige (Alltags-)Evidenz dafür zu geben scheint, dass Schutzfaktoren in der Kindheit wiederum die Ausbildung von Schutzfaktoren im Jugendalter begünstigen, das „Zusammenspiel protektiver Mechanismen über die Zeit [...] jedoch noch kaum untersucht“ ist (Bengel et al. 2009: 114).

Schlussbemerkung

An der in diesem Beitrag vorgenommenen Übersicht wird erkennbar, dass, wenn auch die Psychologie generell und ihre Teildisziplinen wie die Entwicklungspsychologie lange Zeit nicht zuletzt aufgrund eines Störreiz-Modells von Entwicklung eine Defizitorientierung aufwiesen, die Psychologie gleichwohl viele Ansätze bereithält, die durchaus eine ressourcenorientierte Ausrichtung erkennen lassen. Diese Perspektive zeigt sich schon bei Erikson (1953), der seine zentrale Arbeit mit „Wachstum und Krisen der gesunden Persönlichkeit“ überschrieben hat. Entsprechend lässt sich mit Klemenz (2009: 23) sicherlich zurecht festhalten, dass „die grundlagen- und anwendungsorientierte Psychologie nicht nur eine störungs- und problem-

orientierte, sondern seit je her auch eine ressourcenorientierte Wissenschaftsdisziplin ist.“

Die Forderung und Durchsetzung einer stärkeren Ressourcenorientierung in der Entwicklungspsychologie wie in der Psychologie insgesamt wird begleitet von z. T. in verschiedenen angrenzenden Arbeitsgebieten geführten Debatten, wie v. a. in der Gesundheitsforschung, und der verstärkten Berücksichtigung von Konzepten wie Resilienz (Werner & Smith 1982; Rutter 1990; Werner 1999) oder Salutogenese (Antonovsky 1997). In der Psychologie selbst hat sich mit dem Aufkommen der US-amerikanischen Diskussion um die Etablierung einer neuen Teildisziplin „Positive Psychologie“ der Perspektivenwechsel auf ressourcenorientierte Ansätze und Modelle bis hin zu einer Reinterpretation vorhandener Ansätze abzuzeichnen begonnen (z. B. wie dargestellt „Identitätsdiffusion als kulturelle Anpassungsleistung“ zu konzipieren). Dabei sind zuweilen in dieser Debatte einige Auffälligkeiten zu verzeichnen: Zum einen werden teilweise unnötige Schärfen und Polarisierungen in die Auseinandersetzung getragen, bei der der Versuch unternommen wird, Ressourcenorientierung gegen eine angemessene Thematisierung von krisenhaften Entwicklungsverläufen auszuspielen. Dies trifft v. a. zu, wenn dies dazu führt, krisenhaftes Geschehen zu verharmlosen und gegenüber dem Leiden an intensiv erlebten Identitätsproblemen von Individuen unempfindsam zu werden (siehe bezogen auf die Debatte um Identität als Patchwork z. B. Darmstädter & Mey 1998). Zum anderen wird sich die positive Psychologie gegenüber zuweilen praktischen Vorschlägen für eine bessere Lebensqualität und Wohlbefinden auch vermehrt um eine Theorienbildung kümmern müssen, ohne die jegliche Praxis ins Leere läuft (zur generellen Kritik am Ansatz der Positiven Psychologie und deren Ausschließlichkeitsanspruch siehe Mayring 2012).

Resilienz und Salutogenese als anregende Konzepte

Reinterpretation vorhandener Konzepte

Notwendige Sensibilität für Krisen

Theorie als Voraussetzung für Praxis

6 Entwicklungspsychologie und Ottawa-Charta

Gesundheit wird als physisches, psychisches, soziales, ökologisches und spirituelles Wohlbefinden verstanden (vgl. Paulus 2009: 12) und bezieht sich auf die Selbstwahrnehmung und Selbstbeurteilung eines jeden Menschen (vgl. Hurrelmann 2006: 117). Im Sinne der Ottawa-

Charta hat Gesundheitsförderung die Aufgabe, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, WHO 1986/2001). Diese Zielsetzungen lassen sich in den verschiedenen Konzepten und Ansätzen auch in der Entwicklungspsychologie wieder finden, wie dargestellt etwa in Bezug auf Fragen nach einer sicheren Bindung und einer hohen Bindungsqualität, der gelingenden Identitätsarbeit oder dem erfolgreichen Altern. Die theoretischen, empirischen und anwendungsorientierten Beiträge aus der Entwicklungspsychologie korrespondieren insofern mit den Herausforderungen der Gesundheitsförderung und deren Bemühen um den Erhalt und die Herstellung von Gesundheit über die gesamte Lebensspanne.

6.1 Befähigen und Ermöglichen

Befähigungsgerechtigkeit

Im SGB VIII § 1 Abs. 1 heißt es: „Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.“ Im 13. Kinder- und Jugendbericht (BMFSFJ 2009: 73) wird darauf hingewiesen, dass ein benachteiligender sozioökonomischer Status in der Regel mit geringeren „Wirksamkeitserfahrungen“ einhergeht. Notwendig ist für die Autorinnen und Autoren – sie beziehen sich wiederholt auf Amartya Sen (2000) – die Herstellung von „Befähigungsgerechtigkeit“ und damit ein Anerkennen, dass Entwicklungschancen nicht jenseits von sozialen und ökonomischen ‚Standards‘ zu denken sind (ähnlich die Kiggs-Studie², die auch auf diesen Zusammenhang hinweist; Erhart et al. 2006). Damit einhergehend ist, nicht zuletzt vor dem Hintergrund der seit Längerem von Beck (1986) beschriebenen Individualisierungsprozesse, das Aufzeigen einer Perspektive wichtig, die Kindern und Jugendlichen im Sinne des entwicklungspsychologischen Credo „Individuals as producers of their own development“ (Lerner & Busch-Rossnagel 1981) angemessen eröffnet, ihr Leben aktiv gestalten zu können.

² Kinder- und Jugendgesundheitsurvey: www.kiggs.de [24.02.13]

Chancengleichheit und Gerechtigkeit gelten als Voraussetzungen, damit Kinder und Jugendliche der Komplexität von Entwicklung und den Herausforderungen angemessen begegnen können.

Innerhalb der Entwicklungspsychologie wird aus einer ressourcenorientierten Perspektive auf Personen-Umwelt-Ressourcen verwiesen, die den Prozess der positiven Autonomieentwicklung aktivieren und optimieren könnten. Hierzu gehört etwa die von Lerner als „Thriving“ bezeichnete aktive Entwicklungsregulation (Lerner & Lerner 2006), um eine gelungene Transition von der Kindheit in die Adoleszenz zu markieren. Lerner, Fischer und Weinberg (2000) unterscheiden fünf Attribute (5 C's), die dazu beitragen, dass Kinder und Jugendliche sich aktiv in die Gesellschaft einbringen und daran teilhaben (können): „Competence“ (interpersonale Kompetenz), „Confidence“ (Vertrauen in die eigenen Kompetenzen und in andere Personen), „Character“ (positive Persönlichkeitseigenschaften), „Connection“ (tragfähige soziale Bindungen) und „Caring/Compassion“ (Aufbau und Pflege fürsorglicher Beziehungen).

Zu erwähnen bleibt in diesem Zusammenhang, dass zunehmend Angebote entwickelt werden, die Kinder, Jugendliche und Eltern stärken sollen. Als Beispiel sei die „ELTERN-AG“³ angeführt, die die Erziehungskompetenz der Eltern fördern und ganz im Sinne von Empowerment die Selbsthilfepotenziale stärkt (Armbruster & Schlabs 2009). Eine wertschätzende Erziehung, in der klare und erklärbare Regeln ausgehandelt werden, führt dazu, dass eine individuelle Entwicklung stattfinden und anfallende Familienentwicklungsaufgaben gut bewältigt werden können (Schneewind 2008). „Selbstwertdienliche Erziehung“ (Klemenz 2009: 106), die bestätigend und unterstützend ist, trägt zum Aufbau eines positiven Selbstbildes bei Kindern und Jugendlichen bei.

Auch wenn es bereits einige Programme gibt, die explizit auf Förderung der genannten Ressourcen abzielen (neben ELTERN-AG etwa „Starke Eltern – starke Kinder“⁴; siehe für eine Übersicht Bengel et al. 2009: 125-141), sind gesamtgesellschaftlich gesehen deutlich mehr Angebote notwendig, um allen Kindern und Jugendlichen an-

Voraussetzungen für aktive Teilhabe: Competence, Confidence, Character, Connection, Caring

Empowerment: Stärkung der Selbsthilfepotenziale

Teilhabe und Partizipation

³ <http://www.eltern-ag.de/> [24.02.13]

⁴ <http://www.kinderschutzbund-berlin.de/starke-eltern-starke-kinder.html> [24.02.13]

nähernd gleiche Chancen und Möglichkeiten zu bieten, sich „zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ (§ 1 Abs. 1 SGB VIII) entwickeln zu können. Insbesondere ist bei dem weiteren Aufbau von Angeboten mit in den Blick zu nehmen, dass diese aufeinander abgestimmt und miteinander verbunden werden (gesprochen wird auch von „Präventionsketten“; siehe auch Abschnitt 6.3).

6.2 Interessen vertreten

Jugendhilfe als Interessen- vertretung für Kinder und Jugendliche

Anwaltschaftliches Eintreten kann bedeuten, dass Erwachsene sich für die Rechte der Kinder und Jugendlichen einsetzen. Die Jugendhilfe hat die Aufgabe, die Interessenvertretung für Kinder und Jugendliche zu übernehmen. So gilt nach § 8 SGB VIII und nach Artikel 12 der UN-Kinderrechtskonvention⁵, dass Kinder und Jugendliche ein Recht auf Partizipation haben und in § 8 Abs. 1 SGB VIII heißt es, dass „Kinder und Jugendliche [...] entsprechend ihrem Entwicklungsstand an allen sie betreffenden Entscheidungen [...] zu beteiligen“ sind.

Aus entwicklungspsychologischer Sicht sind Kinder von Beginn an aktiv handelnd und als gleichberechtigte Interaktionspartner zu sehen; sie sind in der Lage, sich mit Blick auf sie betreffende Entscheidungen und Anliegen einzubringen und ihre Wünsche und Ansprüche zu artikulieren (vgl. z. B. Oerter 2008; Rauh 2008). Themen, an deren Ausgestaltung Kinder und Jugendliche ihre Perspektiven einbringen, ihre Interessen äußern und bei der Umsetzung gestaltend mitwirken können, beziehen sich auf alle ihre alltäglichen Lebenswelten betreffenden Belange (sozial, materiell, organisatorisch, wie etwa Entscheidungen über die Gestaltung von Tagesabläufen, die Zusammenstellung des Speiseplans, die Inhalte, die in Kindertagesstätten oder Schule behandelt werden u. v. m.).

Die Potenziale einer angemessenen Beteiligung im Sinne einer ressourcenorientierten Entwicklungspsychologie werden in vielen Einrichtungen noch unterschätzt bzw. auf ‚Nebenschauplätze‘ begrenzt, die einer echten Teilhabe nur unzureichend entsprechen und damit die mit der Partizipation eröffneten Entscheidungs- und Hand-

⁵ <http://www.national-coalition.de/pdf/UN-Kinderrechtskonvention.pdf> [24.02.13]

lungsräume und deren Relevanz für Entwicklungsprozesse unterbestimmt lassen.

6.3 Vermitteln und Vernetzen

Die Ottawa-Charta, aber auch das SGB VIII § 81 (Zusammenarbeit mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen) betrachten die Vernetzung von Einrichtungen und Institutionen als notwendig, um besonders den Kindern und Jugendlichen, die Hilfen benötigen, bestmögliche Ressourcen für eine gesunde Entwicklung zu bieten und diese auch nachhaltig zu sichern.

Beispiel einer solchen Vernetzung ist der Verein KinderStärken e.V.⁶ an der Hochschule Magdeburg-Stendal, der als Dienstleister für den Landkreis Stendal eine Plattform für ein Soziales Netzwerk „Kinderschutz“ bietet, das u. a. interdisziplinäre Akteurinnen und Akteure, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten und sich für ihr Wohl und eine gesunde Entwicklung einsetzen, zusammenbringt und deren Anliegen es ist, im Sinne des Aufbaus einer Präventionskette die Angebotsvielfalt zu erweitern und die Unterstützungssysteme aufeinander abzustimmen, um Kinder und Jugendliche kontinuierlich zu fördern und deren partizipative Einbindung zu eröffnen und auf Inklusion abzielen.

Auch die Initiative ELTERN-AG (siehe unter 6.1) basiert auf dem Gedanken der Vernetzung. Es geht darum, die Eltern in ihrer Vernetzungsfähigkeit untereinander und im professionellen Hilfesystem zu bestärken; auch um eine Nachhaltigkeit zu gewährleisten, da nach Ende des Angebots und der Stärkung ihrer Selbsthilfepotenziale durch Empowerment eine Fortführung in selbst organisierten Treffen praktiziert wird.

Formen von Vernetzungen finden sich auch gerade vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung mit Blick auf die Anbahnung von Intergenerationenbeziehungen, die mittlerweile eine Vielzahl an Initiativen hervorgebracht haben (siehe etwa mit Blick auf „Mentoring“-Modelle und sog. „Patenschaften“, z. B. Düben & Mey 2011). Erfahrungstransfer, Ressourcenaustausch aller Akteurinnen und Akteure, wechselseitige Unterstützung und Herstellung von Be-

**Inter-
generationen-
beziehungen
und Ressourcen-
tausch**

⁶ <http://www.kinderstaerken-ev.de/> [24.02.13]

**Differenz-
erfahrungen
als Entwick-
lungschance**

zügen zwischen den verschiedenen Lebenswelten sind zentrale Stichworte dieser sich neu formierenden Netzwerkidee (siehe u. a. die Initiative „Dialog der Generationen“⁷). Entwicklungspsychologisch herauszuheben sind insb. die Entwicklungschancen aufgrund von Differenzerfahrungen.

6.4 Förderliche Lebenswelten schaffen

§ 1 Abs. 1 SGB VIII ist die zentrale gesetzliche Grundlage für die Schaffung von förderlichen Lebenswelten, in § 1 Abs. 3 Nr. 4 heißt es: „dazu bei[zu]tragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.“

**Alters-
spezifische
Gestaltung der
Lebenswelten**

Entwicklungspsychologie hat durch den „ecological turn“ in Folge des Ansatzes von Bronfenbrenner (1978) besonders Fragen der sozialen und umweltlichen Entwicklungsbedingungen herausgestellt (z. B. Oerter 1995; Görlitz et al. 1998) und dabei betont, dass Beteiligungs- und Gestaltungs- und d. h. im weitesten Sinne Aneignungsmöglichkeiten von zentraler Bedeutung sind. Dies betrifft alle für Kinder und Jugendlichen institutionell relevanten Entwicklungsorte wie Kitas, Schulen und Freizeiteinrichtungen; darüber hinaus aber auch im weiteren Sinne „Straßensozialisation“ (z. B. Zinnecker 2001). Für die Entwicklungsbedeutung von Außenräumen sind dies insb. öffentliche Plätze und Straßen und die dort stattfindenden Interaktionen und Begegnungen. Die Lebenswelten sollten dabei den altersspezifischen Bedürfnissen und Wünschen nach Aktivität, Rückzug und Privatheit entsprechen. Bei der lebensweltlichen Gestaltung gilt über den Anspruch und das „Recht auf eigene Orte“ ein Augenmerk darauf zu richten, einer altersspezifischen Segregation entgegenzuwirken und eine Chance auf einen intergenerationalen sowie interkulturellen Dialog und damit eine auf Pluralität und Differenzerfahrung abzielende Entwicklung zu eröffnen.

⁷ <http://www.generationendialog.de/> [24.02.13]

6.5 Kompetenzentwicklung

Kompetenzen und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu fördern, setzt voraus, „die unterschiedlichen Lebenslagen [... zu] berücksichtigen [... und] Benachteiligungen ab[zu]bauen“ (§ 9 Abs. 3 SGB VIII).

Kinder und Jugendliche verfügen über eine Reihe von Kompetenzen, darüber hinaus gibt es eigens ausgerichtete Programme und Angebote. Lebenskompetenzprogramme gelten für die Zielgruppen der Kinder und Jugendlichen v. a. im Setting Schule als besonders erfolgreich (Kleiber 2001b; Jerusalem 2006; Weichold & Silbereisen 2006).

Das Thüringer Bildungsmodell „Neue Lernkultur in Kommunen“ (nelecom)⁸ stärkt Kinder und Jugendliche in ihrer „sozio-emotionalen Kompetenz, Partizipation und Verantwortungs-Übernahme“. Ein verbreitetes Präventionsprogramm zur Förderung allgemeiner Lebenskompetenzen an Schulen – vor dem Hintergrund, dass Schule eine der zentralen Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen darstellt inklusive damit einhergehenden Heraus- und zuweilen Überforderungen – ist das „Lions-Quest“-Programm „Erwachsen werden“⁹. Dieses langfristig angelegte Programm für Jugendliche im Alter von 10 bis 15 Jahren hat zum Ziel, die sozialen und kommunikativen Handlungskompetenzen Jugendlicher zu fördern; dabei sollen „mit der Stärkung des Selbstwertgefühls und des Selbstvertrauens [...] diese Kompetenzen dazu dienen, Risikoverhaltensweisen zu modifizieren“ (Kähnert & Hurrelmann 2003: 49).

Auch die nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1997) aufgelisteten zehn zentralen Lebenskompetenzen („life skills“) Selbstwahrnehmung, Empathie, Kreatives Denken, Kritisches Denken, Entscheidungsfähigkeit, Problemlösefertigkeit, Effektive Kommunikationsfertigkeit, Interpersonale Beziehungsfertigkeiten, Umgang mit Emotionen und Stressbewältigung werden als lebenskompetenz- und ressourcenfördernd von der Entwicklungspsychologie empfohlen und in speziellen Prävention- und Kompetenzförderungs-

Förderung der sozialen und kommunikativen Kompetenzen

⁸ <http://www.nelecom.de> [24.02.13], siehe auch Weichold (2007a)

⁹ http://www.bildung-mv.de/export/sites/lisa/de/unterricht/Lions_Quest/ [24.02.13]

programmen berücksichtigt (siehe etwa dazu „IPSY“¹⁰, Weichold 2007b, 2009).

6.6 Neuorientierung der Praxis

Im Grunde ist es Auftrag und Aufgabe aller mit Kinder und Jugendlichen befassten Expert/innen, Kindern und Jugendlichen eine Perspektive ‚aufzuzeigen‘, und zwar eine Perspektive, die auf eine Teilhabe an gesellschaftlichen Leben und Prozessen abzielt. Dieser Auftrag ist unstrittig; strittig und verschieden sind aber nicht nur die Ansätze, sondern im Grunde auch das jeweils leitende Bild von Kindern und Jugendlichen. Aus vielen Aussagen und Angeboten wird deutlich, dass mit einer Defizitperspektive operiert wird: Kinder und Jugendliche „können nicht“, „wollen nicht“; „haben keine Ideen“ oder „überzogene Ansprüche“. Solche Bilder und Aussagen mögen aus einer Außenperspektive und den je eigenen Wertmaßstäben möglich scheinen, aber alle mit Kindern und Jugendlichen befassten Expertinnen und Experten müssen sich durch kontinuierliche Reflektion immer wieder um einen ‚anderen Blick‘ bemühen; dazu gehört insb., die eigene Sichtweise immer wieder auf ein Neues zu hinterfragen und zu versuchen, die Perspektive der Kinder und Jugendlichen einzunehmen. Für die Praxis bedeutet dies, Kinder und Jugendliche ernst zu nehmen und ihnen Gehör zu schenken, um gemeinsam mit ihnen Angebote und Projekte zu entwickeln. Für die mit Kindheit und Jugend befasste (Praxis-)Forschung heißt das, eine „Forschung vom Standpunkt des Subjekts“ aus zu gestalten (siehe Mey 2011).

**Forschung vom
Standpunkt
des Subjekts**

7 Ausblick

Die Entwicklungspsychologie der Lebensspanne eröffnet vielfältige Perspektiven für eine auf persönliche Ressourcen ausgerichtete Thematisierung von Entwicklungsprozessen und eine Identifizierung von sozialen und materiellen Ressourcen in verschiedenen Entwicklungskontexten. Entwicklung konsequent als einen von den Subjekten gestaltbaren plastischen Prozess zu begreifen, lässt zu, auch ältere

¹⁰ http://www.dieinitiative.de/forum/upload/public/moderator/ipsy_if.pdf [24.02.13]

re Ansätze hinsichtlich einer zu starken Konzeptualisierung von Entwicklung als krisenhaftes Geschehen kritisch einzuordnen und eine z. T. in verschiedenen Modellannahmen implizite Defizitperspektive offenzulegen. Eine besondere Herausforderung einer solchen auf Ressourcen hin gedachten Entwicklungspsychologie ist es, nicht einseitig in eine zu optimistische Einschätzung von Entwicklungspotenzialen zu verfallen und die z. T. widrigen Lebenslagen und gesellschaftlichen Zumutungen und damit bei den Subjekten entstehenden Überforderungen auszublenden.

Eine Identifizierung von persönlichen, sozialen und materiellen Ressourcen kann helfen, Angebote daraufhin abzustimmen, die Sicht der Subjekte und deren Gestaltungsmodi ernst zu nehmen und damit für die Praxis Unterstützungs- und Förderungsmöglichkeiten im Rahmen von Präventions-, Interventions- und Rehabilitationsangeboten zu konzipieren oder zu modifizieren. Die entwicklungspsychologische Emphase auf das sich und die Umwelt gestaltende Subjekt legt nahe, solche Angebote gemeinsam mit den Beteiligten selbst zu gestalten und sie bei allen betreffenden Schritten altersangemessen und ihren Möglichkeiten entsprechend partizipieren zu lassen.

Eine Entwicklungspsychologie, die sich strikt aus der Perspektive und vom Standpunkt des Subjekts heraus vermehrt um eine Ausrichtung auf Ressourcenorientierung weiter fundieren will, profitiert von einer interdisziplinären Diskussion insb. mit der Kindheitssoziologie und den Gesundheitswissenschaften, wie jenen Teildisziplinen, die Fragen von „Biografie und Kultur“ als Fortsetzung einer Diskussion von „Entwicklung und Umwelt“ begreifen.

Danksagung

Vielen Dank an Patricia Streissenberger, ehemals studentische Mitarbeiterin an der Hochschule Magdeburg-Stendal, für eine Recherche und ersten Arbeitsbericht (insb. zu Absatz 5 und 6); vielen Dank auch an Dr. Karina Weichold, Friedrich-Schiller-Universität Jena, für ihre Hinweise im Rahmen eines Expertengesprächs.

Literatur

- Ahnert, Lieselotte & Lamb, Michael (2011): Öffentliche Tagesbetreuung auf dem Prüfstand entwicklungspsychologischer Forschung. In: Keller, Heidi (Hg.): *Handbuch der Kleinkindforschung* (4., vollst. überarb. Aufl.). Bern: Huber, 330-364.
- Ainsworth, Mary D. S.; Blehar, Mary C.; Waters, Everett et al. (1978): *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.

- Antonovsky, Aaron (1997): *Salutogenese: Zur Entmystifizierung von Gesundheit*. Tübingen: dgvt.
- Appelsmeyer, Heide (2005): Die psychoanalytische Debatte um den „beobachteten“, „rekonstruierten Säugling“ – Herausforderungen für die Methodologie der qualitativen Forschung. In: Mey, Günter (Hg.): *Handbuch Qualitative Entwicklungspsychologie*. Köln: Kölner Studien Verlag, 129-150.
- Armbruster, Meinrad M. & Schlabs, Susanne (2009): Elternarbeit – ein präventiver Ansatz gegen die Folgen von Kinderarmut. In: Geene, Raimund & Gold, Carola (Hg.): *Kinderarmut und Kindergesundheit*. Bern: Huber, 151-161.
- Baltes, Margret M.; Kohli, Martin & Sames, Klaus (Hg.) (1989): *Erfolgreiches Altern – Bedingungen und Variationen*. Bern: Huber.
- Baltes, Paul B. (Hg.) (1979): *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Baltes, Paul B. (1990): Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Theoretische Leitsätze. In: *Psychologische Rundschau* 41, 1-24.
- Baltes, Paul B. & Baltes, Margret M. (1990): Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: dies. (Hg.): *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, Paul B. & Smith, Jacqui (1990): Weisheit und Weisheitsentwicklung: Prolegomena zu einer psychologischen Weisheitstheorie. In: *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 22, 95-135.
- Barkmann, Claus (2010): *Prävalenz psychischer Auffälligkeiten und Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – ein Überblick*. Vortragspräsentation, Ringvorlesung „Jugend und Jugendkulturen“ der Hochschule Magdeburg-Stendal am 14.12.2010 in Stendal. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Barsch, Gundula (2002): Von der Risikoprävention zur Drogenmündigkeit – ein Paradigmenwechsel! In: Geene, Raimund; Gold, Carola & Harms, Christian (Hg.): *Armut und Gesundheit. Gesundheitsziele gegen Armut. Netzwerke für Menschen in schwierigen Lebenslagen*. Berlin: b_books, 43-54.
- Beck, Ulrich (1986): *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine neue Moderne*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Bengel, Jürgen; Meinders-Lücking, Frauke & Rottmann, Nina (2009): *Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 35. Köln: BZgA.
- Benson, Peter L. (2007): Developmental assets: An overview of theory, research, and practice. In: Silbereisen, Rainer K. & Lerner, Richard M. (Hg.): *Approaches to positive youth development*. London: Sage, 33-58.
- Berk, Laura E. (2011): *Entwicklungspsychologie* (5., aktualis. Aufl.). München: Pearson.
- Bernfeld, Siegfried (1931/1978): *Trieb und Tradition im Jugendalter. Kulturpsychologische Studien an Tagebüchern*. Frankfurt: päd.-extra.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009): *13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*. Drucksache 16/12860. Berlin: BMFSFJ.
- Born, Aristi (2003): Bindung im Lebenslauf. In: Uslucan, Hacı-Halil & Born, Aristi (Hg.): *Studentexte Entwicklungspsychologie*. Köln: Kölner Studien Verlag, 171-199.
- Bowlby, James (1988/1995): Bindung: Historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische Relevanz. In: Spangler, Gottfried & Zimmermann, Peter (Hg.): *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta, 17-26.
- Brandstädter, Jochen (2007a): Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Leitvorstellungen und paradigmatische Orientierung. In: Brandstädter, Jochen & Lindenberger, Ulman (Hg.): *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer, 34-66.
- Brandstädter, Jochen (2007b): Konzepte positiver Entwicklung. In: Brandstädter, Jochen & Lindenberger, Ulman (Hg.): *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer, 681-723.
- Brandstädter, Jochen & Renner, Gerolf (1990): Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. In: *Psychology and Aging* 5, 58-67.
- Bronfenbrenner, Uri (1978): Ansätze einer experimentellen Ökologie menschlicher Entwicklung. In: Oerter, Rolf (Hg.): *Entwicklung als lebenslanger Prozeß*. Hamburg: Hoffmann & Campe, 33-65.
- Bronfenbrenner, Uri (1981): *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Burian, Wilhelm (1998): *Der beobachtete und der rekonstruierte Säugling*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bühler, Charlotte (1929): *Das Seelenleben des Jugendlichen. Versuch einer Analyse und Theorie der psychischen Pubertät* (5. Aufl.). Jena: Fischer.
- Bühler, Charlotte (1933): *Der menschliche Lebenslauf als psychologisches Problem*. Psychologische Monographien, Band IV. Leipzig: Hirzel.
- Darmstädter, Tim & Mey, Günter (1998): Identität im Selbstwiderspruch oder „Die Schizophrenie des Lebens“. In: *Psychologie & Gesellschaftskritik* 22 (4), 65-94.
- Darwin, Charles R. (1877/1974): A biographical sketch of an infant. In: *Mind: Quarterly Review of Psychology and Philosophy* 2, 285-294.
- Dornes, Martin (2004): *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen*. Frankfurt: Fischer.

- Düben, Ansgar & Mey, Günter (2011): Patenschaften als Modell für intergenerationalen Erfahrungsaustausch. In: Blanckenburg, Christine von & Dienel, Hans-Ludger (Hg.): *Alt und Jung im Handwerk. Ausbildungspaten und intergenerationale Verantwortung als Erfolgsfaktor für die berufliche Praxis*. Stuttgart: Steiner, 51-64.
- Ecarius, Jutta; Eulenbach, Marcel; Fuchs, Thorsten et al. (2011): *Jugend und Sozialisation. Lehrbuch*. Wiesbaden: VS.
- Ecckensberger, Lutz H. & Keller, Heidi (1998): Menschenbilder und Entwicklungskonzepte. In: Keller, Heidi (Hg.): *Lehrbuch Entwicklungspsychologie*. Bern: Huber, 11-56.
- Erdheim, Mario (1984): *Die gesellschaftliche Produktion von Unbewußtheit. Eine Einführung in den ethnopsychoanalytischen Prozeß*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Erhart, Michael; Hölling, Heike; Schlack, Robert et al. (2006): Verhaltensprobleme und -stärken. In: *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 49, 1225-1232.
- Erikson, Erik H. (1953): *Wachstum und Krisen der gesunden Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett.
- Erikson, Erik H. (1959/1974): *Identität und Lebenszyklus* (2. Aufl.). Frankfurt: Suhrkamp.
- Filipp, Siegrun-Heide & Aymanns, Peter (2009): *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Flammer, August (2009): *Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung* (4., vollst. überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Freud, Sigmund (1895/1960): Studien über Hysterie (darin: „Katharina“). In: *GW I*. Frankfurt: Fischer, 184-195.
- Freud, Sigmund (1918/1960): Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben. In: *GW 7*. Frankfurt: Fischer, 241-377.
- Gloger-Tippelt, Gabriele (Hg.) (2001): *Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis*. Bern: Huber.
- Görlitz, Dietmar; Harloff, Hans Joachim; Mey, Günter et al. (1998): *Children, cities, and psychological theories: Developing relationships*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Grossmann, Karin & Grossmann, Klaus E. (2007): Die Entwicklung zwischenmenschlicher Moral in Bindungsbeziehungen. In: Hopf, Christel & Nummer-Winkler, Gertrud (Hg.): *Frühe Bindungen und moralische Entwicklung. Aktuelle Befunde zu psychischen und sozialen Bedingungen moralischer Eigenständigkeit*. Weinheim: Juventa, 151-175.
- Grossmann, Klaus E. (1995): Kontinuität und Konsequenzen der frühen Bindungsqualität während des Vorschulalters. In: Spangler, Gottfried & Zimmermann, Peter (Hg.): *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung, Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta, 191-202.
- Grossmann, Klaus E.; Grossmann, Karin; Kindler, Heinz et al. (2003): Die Bindungstheorie: Modell, entwicklungspsychologische Forschung und Ergebnisse. In: Keller, Heidi (Hg.): *Handbuch der Kleinkindforschung* (3., vollst. überarb. Aufl.). Bern: Huber, 223-282.
- Habermas, Tilmann (2011): Identität und Lebensgeschichte heute – Die Form autobiographischen Erzählens. In: *Psyche* 65, 646-666.
- Havighurst, Robert J. (1948/1972): *Developmental tasks and education* (3. Aufl.). New York: Longmans, Green & Co.
- Hermer, Matthias (1997): Zur Konstruktion von Identität in der therapeutischen Begegnung. In: *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 29, 485-503.
- Hobfoll, Stevan E. (1998): *Stress, culture, and community: The psychology and philosophy of stress*. New York: Plenum.
- Hurrelmann, Klaus (1983): Das Modell des produktiv realitätsverarbeitenden Subjekts in der Sozialisationsforschung. In: *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie* 3, 91-103.
- Hurrelmann, Klaus (2006): *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung* (6., völlig überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Jerusalem, Matthias (2006): Theoretische Konzeptionen der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. In: Lohaus, Arnold; Jerusalem, Matthias & Klein-Heßling, Johannes (Hg.): *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe, 31-57.
- Jüttemann, Gerd (1998): Genetische Persönlichkeitspsychologie und Komparative Kasuistik. In: Jüttemann, Gerd & Thomae, Hans (Hg.): *Biographische Methoden in den Humanwissenschaften*. Weinheim: Beltz PVU, 111-131.
- Jüttemann, Gerd (2007): *Persönlichkeit und Selbstgestaltung. Der Mensch in der Autogenese*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Jüttemann, Gerd & Thomae, Hans (Hg.) (1987): *Biographie und Psychologie*. Berlin: Springer.
- Jüttemann, Gerd & Thomae, Hans (Hg.) (1998): *Biographische Methoden in den Humanwissenschaften*. Weinheim: Beltz PVU.
- Kähnert, Heike & Hurrelmann, Klaus (2003): Das Lions-Quest Programm „Erwachsen werden“. In: *Prävention* 26 (2), 49-52.
- Kaiser, Heinz Jürgen (2005): Biographieforschung in der Entwicklungspsychologie. In: Mey, Günter (Hg.): *Handbuch Qualitative Entwicklungspsychologie*. Köln: Kölner Studien Verlag, 233-264.
- Keller, Heidi & Demuth, Carolin (2005): Further explorations of the “Western Mind.” Euro-American and German mothers’ and grandmothers’ ethnotheories [61 Absätze]. In: *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* 7 (1), Article 5. Verfügbar unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs060159> [24.02.13].
- Keupp, Heiner (1988): Auf dem Weg zur Patchwork-Identität. In: *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 4/1988, 425-438.
- Keupp, Heiner (2004): Ressourcenförderung als Basis von Projekten der Gewalt- und Suchtprävention. In: *Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 53 (8), 531-546.

- Keupp, Heiner; Ahbe, Thomas; Gmür, Wolfgang et al. (1999): *Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne*. Reinbek: Rowohlt.
- Kleiber, Dieter (2001a): Auf dem Wege zu einer koordinierten Gesundheitsförderung in Berlin: Gesundheitswissenschaftliche Perspektiven. In: ders. (Hg.): *Gesundheitsziele und Strategien der Gesundheitsförderung für Berlin*. München: Profil, 55-70.
- Kleiber, Dieter (Hg.) (2001b): *Gesundheitsziele und Strategien der Gesundheitsförderung für Berlin*. München: Profil.
- Klemenz, Bodo (2003): *Ressourcenorientierte Diagnostik und Intervention bei Kindern und Jugendlichen*. Tübingen: dgvt.
- Klemenz, Bodo (2007): *Ressourcenorientierte Erziehung*. Tübingen: dgvt.
- Klemenz, Bodo (2009): *Ressourcenorientierte Psychologie. Ermutigende Beiträge einer menschenfreundlichen Wissenschaft, Band 1*. Tübingen: dgvt.
- Krappmann, Lothar (2000): *Soziologische Dimensionen der Identität. Strukturelle Bedingungen für die Teilnahme an Interaktionsprozessen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kraus, Wolfgang (1996): *Das erzählte Selbst. Die narrative Konstruktion von Identität in der Spätmoderne*. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Lehr, Ursula (1998): Der Beitrag der biographischen Forschung zur Entwicklungspsychologie. In: Jüttemann, Gerd & Thomae, Hans (Hg.): *Biographische Methoden in den Humanwissenschaften*. Weinheim: Beltz PVU, 309-331.
- Lerner, Richard M. (1984): Jugendliche als Produzenten ihrer eigenen Entwicklung. In: Olbrich, Erhard & Todt, Eberhard (Hg.): *Probleme des Jugendalters. Neue Sichtweisen*. Berlin: Springer, 69-87.
- Lerner, Richard M.; Brentano, Cornelia; Dowling, Elizabeth M. et al. (2002): Positive youth development: Thriving as the basis of personhood and civil society. In: *New Directions for Youth Development* 95 (2), 11-33.
- Lerner, Richard M. & Busch-Rossnagel, Nancy A. (Hg.) (1981): *Individuals as producers of their development: A life-span perspective*. New York: Academic Press.
- Lerner, Richard M.; Fisher, Celia B. & Weinberg, Richard A. (2000): Toward a science for and of the people: Promoting civil society through the application of developmental science. In: *Child Development* 71, 11-20.
- Lerner, Richard M. & Lerner, Jaqueline V. (2006): Towards a new vision and vocabulary about adolescence: Theoretical and empirical bases of a „positive youth“ development perspective. In: Balthier, Lawrence & Tamis-LeMonda, Catherine S. (Hg.): *Child psychology: A handbook of contemporary issues*. New York: Psychology Press/Taylor & Francis, 445-469.
- Lück, Helmut (2002): *Geschichte der Psychologie. Strömungen, Schulen, Entwicklungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Main, Mary & Hesse, Erik (1990): Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status. Is frightening and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: Greenberg, Mark T.; Cicchetti, Dante & Cummings, E. Mark (Hg.): *Attachment in the preschool years*. Chicago: University of Chicago Press, 161-182.
- Marcia, James E. (1980): Identity in adolescence. In: Adelson, Joseph (Hg.): *Handbook of adolescent psychology*. New York: Wiley, 159-187.
- Marcia, James E. (1989): Identity diffusion differentiated. In: Luszcz, Mary A. & Nettelbeck, Ted (Hg.): *Psychological development across the life-span*. North-Holland: Elsevier, 289-295.
- Mayring, Philipp (2012): Zur Kritik der Positiven Psychologie. In: *Psychologie & Gesellschaftskritik* 36 (1), 45-61.
- Meeus, Wim (1993): Toward a psychosocial analysis of adolescent identity. An evaluation of the epigenetic theory (Erikson) and the identity status model (Marcia). In: Meeus, Wim; Goede, Martijn de; Kox, Willem et al. (Hg.): *Adolescence, careers, and culture*. Berlin: de Gruyter, 55-75.
- Mey, Günter (1999): *Adoleszenz, Identität, Erzählung. Theoretische, methodologische und empirische Erkundungen*. Berlin: Köster.
- Mey, Günter (2010): Entwicklungspsychologie. In: Mey, Günter & Mruck, Katja (Hg.): *Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: VS, 753-760.
- Mey, Günter (2011): Immer diese Jugendforschung! In: *Psychologie & Gesellschaftskritik* 35 (2), 27-49.
- Mey, Günter (2012): Auf den Pfaden von Martha Muchow. In: Muchow, Martha & Muchow, Hans Heinrich: *Der Lebensraum des Großstadtkindes* (Neuauf.). Weinheim: Beltz Juventa, 179-192.
- Mey, Günter (2013/im Druck): „Der Lebensraum des Großstadtkindes“. Eine Pionierarbeit zu Forschung von kindlichen Lebenswelten. In: Westphal, Kristin & Jörissen, Benjamin (Hg.): *Mediale Erfahrungen: Vom Straßenkind zum Medienkind. Raum- und Medienforschung im 21. Jahrhundert*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Montada, Leo (1982): Themen, Traditionen, Trends. In: Oerter, Rolf & Montada, Leo (Hg.): *Entwicklungspsychologie*. München: Urban & Schwarzenberg, 3-88.
- Montada, Leo (1987): Themen, Traditionen, Trends. In: Oerter, Rolf & Montada, Leo (Hg.): *Entwicklungspsychologie* (2., neu bearb. Aufl.). München: Urban & Schwarzenberg, 1-86.
- Montada, Leo (2008): Grundlagen der Entwicklungspsychologie. Fragen, Konzepte, Perspektiven. In: Oerter, Rolf & Montada, Leo (Hg.): *Entwicklungspsychologie* (6., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz PUV, 3-65.
- Muchow, Martha & Muchow, Hans Heinrich (1935/2012): *Der Lebensraum des Großstadtkindes* (Neuauf.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Neugarten, Bernice L. (1977): Personality and aging. In: Birren, James E. & Schaie, K. Warner (Hg.): *Handbook of the psychology of aging*. New York: Von Nostrand, 626-649.
- Oerter, Rolf (1968): *Moderne Entwicklungspsychologie*. Donauwörth: Auer.

- Oerter, Rolf (1995): Kultur, Ökologie und Entwicklung. In: Oerter, Rolf & Montada, Leo (Hg.): *Entwicklungspsychologie* (3., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU, 84-127.
- Oerter, Rolf (2008): Kindheit. In: Oerter, Rolf & Montada, Leo (Hg.): *Entwicklungspsychologie* (6., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU, 225-270.
- Oerter, Rolf; Hagen, Cornelia von; Röper, Gisela et al. (Hg.) (1999): *Klinische Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Olbrich, Erhard & Todt, Eberhard (Hg.) (1984): *Probleme des Jugendalters. Neuere Sichtweisen*. Berlin: Springer.
- Paulus, Peter (2009): Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht. Gesundheitsförderung in Kooperation von Schule, Jugendhilfe und anderen Partnern. In: Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts (Hg.): *Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht*. München: DJI, 9-82.
- Petermann, Franz; Niebank, Kay & Scheithauer, Herbert (2003): *Entwicklungswissenschaft. Entwicklungspsychologie – Genetik – Neuropsychologie*. Berlin: Springer.
- Petermann, Franz & Petermann, Ulrike (2000): *Training mit Jugendlichen* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Petermann, Franz & Petermann, Ulrike (2008): *Training mit aggressiven Kindern* (11. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Peters, Meinolf (1988): Bewältigungsforschung und Adoleszenz. In: Brüderl, Leokadia (Hg.): *Belastende Lebenssituationen. Untersuchungen zur Bewältigungs- und Entwicklungsforschung*. Weinheim: Juventa, 23-36.
- Piaget, Jean (1926/1978): *Das Weltbild des Kindes*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Piaget, Jean (1970/1988): *Einführung in die genetische Erkenntnistheorie* (4. Aufl.). Frankfurt: Suhrkamp.
- Polkinghorne, Donald E. (1988): *Narrative knowing and the human sciences*. Albany: State University of New York Press.
- Preyer, Wilhelm (1882/1923): *Die Seele des Kindes. Beobachtungen über die geistige Entwicklung des Menschen in den ersten Lebensjahren* (9. Aufl.). Leipzig: Griebens.
- Rauh, Hellgard (2008): Vorgeburtliche Entwicklung und Frühe Entwicklung. In: Oerter, Rolf & Montada, Leo (Hg.): *Entwicklungspsychologie* (6., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz PUV, 149-224.
- Rutter, Michael (1990): Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: Rolf, Jon; Masten, Ann S.; Cicchetti, Dante et al. (Hg.): *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge: Cambridge University Press, 181-214.
- Sarbin, Theodore R. (1986): *Narrative psychology: The storied nature of human conduct*. New York: Praeger.
- Schäfer, Gerd (2011): *Bildungsprozesse im Kindesalter. Selbstbildung, Erfahrung und Lernen in der frühen Kindheit* (4. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Scheithauer, Herbert; Niebank, Kay & Malti, Tina (2013): *Entwicklungspsychologie – Entwicklungswissenschaft des Kindes- und Jugendalters. Neuropsychologische, genetische und psychosoziale Aspekte der Entwicklung*. München: Pearson.
- Schmidt-Denter, Ulrich & Spangler, Gottfried (2005): Entwicklung von Beziehungen und Bindungen. In: Asendorpf, Jens (Hg.): *Enzyklopädie der Psychologie. Band 3: Soziale, emotionale und Persönlichkeitsentwicklung*. Göttingen: Hogrefe, 425-523.
- Schneewind, Klaus A. (2008): Sozialisation und Erziehung im Kontext der Familie. In: Oerter, Rolf & Montada, Leo (Hg.): *Entwicklungspsychologie* (6., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU, 117-146.
- Schwartz, Seth J.; Luyckx, Koen & Vignoles, Vivian L. (Hg.) (2011): *Handbook of identity theory and research*. Berlin: Springer.
- Seiffge-Krenke, Inge (1996): *Chronisch kranke Jugendliche und ihre Familien. Belastung, Bewältigung und psychosoziale Folgen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Seiffge-Krenke, Inge (2008): Chronische Krankheiten. In: Silbereisen, Rainer K. & Hasselhorn, Marcus (Hg.): *Enzyklopädie der Psychologie. Band 5: Entwicklungspsychologie des Jugendalters*. Göttingen: Hogrefe, 749-776.
- Seiffge-Krenke, Inge (2011): Die psychoanalytische Perspektive: Entwicklung in der frühen Kindheit. In: Keller, Heidi (Hg.): *Handbuch der Kleinkindforschung* (4., vollst. überarb. Aufl.). Bern: Huber, 220-246.
- Seligman, Martin E. P. & Csikszentmihalyi, Mihaly (2000): Positive psychology: An introduction. In: *American Psychologist* 55, 5-14.
- Sen, Amartya (2000): *Ökonomie für den Menschen. Wege zur Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft*. München: Hanser.
- Silbereisen, Rainer K. (1986): Entwicklung als Handlung im Kontext. Entwicklungsaufgaben und Problemverhalten im Jugendalter. In: *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie* 6, 29-46.
- Silbereisen, Rainer K. & Lerner, Richard M. (Hg.) (2007): *Approaches to positive youth development*. London: Sage.
- Silbereisen, Rainer K. & Reese, Anneke (2001): Substanzgebrauch: Illegale Drogen und Alkohol. In: Raihelt, Jürgen (Hg.): *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention*. Opladen: Leske + Budrich, 131-153.
- Speedy, Jane (2007): *Narrative inquiry and psychotherapy*. New York: Palgrave Macmillan.
- Stern, Clara & Stern, William (1907/1965): *Die Kindersprache. Eine psychologische und sprachtheoretische Untersuchung*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Stern, Daniel (1990/2011): *Tagebuch eines Babys. Was ein Kind sieht, spürt, fühlt und denkt* (19. Aufl.). München: Pieper.
- Stern, William (1925): *Anfänge der Reifezeit. Ein Knabentagebuch in psychologischer Bearbeitung*. Leipzig: Quelle & Meyer.
- Thomae, Hans (1993): Die Bonner Gerontologische Längsschnittstudie (BOLSA). In: *Zeitschrift für Gerontologie* 26, 142-150.
- Tiedemann, Dietrich (1787): Beobachtung über die Entwicklung der Seelenfähigkeit bei Kindern. In: *Hessische Beiträge zur Gelehrsamkeit der Kunst*, Band II, Stück 2 und 3, Gesamterzählung: Stück 6 und 7.

- Valsiner, Jaan (2000): *Culture and human development*. London: Sage.
- Watson, John B. (1930): *Behaviorism*. Chicago: University of Chicago Press.
- Watson, John B. & Rayner, Rosalie (1920): Conditioned emotional reactions. In: *Journal of Experimental Psychology* 3 (1), 1-14.
- Watzlawick, Meike & Born, Aristi (Hg.) (2007): *Capturing identity: Quantitative and qualitative methods*. Lanham: University Press of America.
- Weichold, Karina (2007a): *Zuarbeit für das nelecom Projekt. Positive Jugendentwicklung*. Verfügbar unter http://www.nelcom.de/pdf/weichold_positive_jugendentwicklung.pdf [24.02.13].
- Weichold, Karina (2007b): Prevention against substance misuse: Life skills and positive youth development. In: Silbereisen, Rainer K. & Lerner, Richard M. (Hg.): *Approaches to positive youth development*. London: Sage, 293-310.
- Weichold, Karina (2009): *Die Entwicklung einer geschlechtlichen Identität in der Pubertät und ihre Bedeutung für die Suchtprävention*. Vortragspräsentation, Tagung Männersüchte – Frauensüchte. Geschlechtsspezifische Aspekte von Drogenkonsum, Sucht und Prävention am 08.06.2009 in Linz. Verfügbar unter <http://www.praevention.at/upload/documentbox/Weichold.pdf> [24.02.13].
- Weichold, Karina & Silbereisen, Rainer K. (2006): Illegale Drogen. In: Lohaus, Arnold, Jerusalem, Matthias & Klein-Heßling, Johannes (Hg.): *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe, 155-175.
- Werner, Emmy (1999): Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In: Opp, Günther (Hg.): *Was Kinder stärkt*. München: Reinhardt, 25-36.
- Werner, Emmy E. & Smith, Ruth S. (1982): *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.
- WHO World Health Organization (1986/2001): Die Ottawa-Charta. In: Geene, Raimund & Denzin, Christian (Hg.): *Berlin – Gesunde Stadt? Die Diskussion um das Healthy City-Programm* (5. Aufl.). Berlin: Schöningh, 339-344.
- WHO World Health Organization (1997): *Life skills education for children and adolescents in schools*. Genf: WHO.
- Zinnecker, Jürgen (2001): *Straßenkinder. Kinderleben zwischen Straße und Schule*. Weinheim: Juventa.

Internetquellen

- Dialog der Generationen: <http://www.generationendialog.de/> [24.02.13]
- ELTERN AG: <http://www.eltern-ag.de/> [24.02.13]
- „IPSY“: http://www.dieinitiative.de/forum/upload/public/moderator/ipsy_if.pdf [24.02.13]
- KinderStärken e.V.: <http://www.kinderstaerken-ev.de/> [24.02.13]
- Kinder- und Jugendgesundheitsurvey : <http://www.kiggs.de/> [24.02.13]
- Lions Quest: http://www.bildung-mv.de/export/sites/lisa/de/unterricht/Lions_Quest/ [24.02.13]
- Neue Lernkultur in Kommunen: <http://www.nelcom.de/> [24.02.13]
- Starke Eltern, starke Kinder: <http://www.kinderschutzbund-berlin.de/starke-eltern-starke-kinder.html> [24.02.13]
- UN-Kinderrechtskonvention: <http://www.national-coalition.de/pdf/UN-Kinderrechtskonvention.pdf> [24.02.13]

Soziale Arbeit und Sozialarbeitswissenschaften – Konzeptionelles Grundgerüst für Ressourcenorientierung?

1 Sozialpädagogik und die wechselnde Sicht auf Armutsfragen

Der Begriff „Sozialpädagogik“ geht zurück auf einen Artikel **Karl Wilhelm Eduard Magers** in der „Pädagogischen Revue“ von 1844, in dem er „Social-Pädagogik“ (Sozialpädagogik) als Synthese aus Individual- und Staats- bzw. Kollektivpädagogik definiert (Müller & Kronen 2010). Magers skizziert dabei eine Pädagogik, die über Hilfemaßnahmen Einzelner, Gruppen oder Klassen hinausgeht, sie richtet sich an alle Menschen als soziale und politische Wesen. **Adolph Wilhelm Diesterweg** greift dies 1849 humanistisch motiviert auf, sein Hauptaugenmerk gilt der „sozialen Frage“, der Verarmung und Verelendung unterer Gesellschaftsklassen, die mit fortschreitender Industrialisierung und einem grundlegenden gesellschaftlichen Wandel einhergeht (Müller 2005). Diesterweg versteht unter dem Begriff der Sozialpädagogik Hilfsangebote für benachteiligte Individuen, Gruppen und Klassen, darüber hinaus fordert er jedoch die Erziehung aller Menschen zu mündigen gemeinwohlorientierten Bürgerinnen und Bürgern. Es geht ihm somit nicht nur um die Verbesserung der Lebensumstände benachteiligter Bevölkerungsgruppen und Individuen, sondern auch um eine gesellschaftliche Integration dieser Menschen als vollwertige, mündige Bürger/innen (ebd.).

Geschichtlich geht die Soziale Arbeit mit der Armenfürsorge bis ins Mittelalter zurück. In dieser Zeit ist die Armenfürsorge nach dem Stände-Modell von **Thomas von Aquin** (1225-1274) Aufgabe der Reichen gegenüber den mittellosen Ständen (Schilling 2005). Die Almosengabe gilt neben Beten und Fasten als Möglichkeit des „Ablasses“ als Ausgleich („Genugtuung“) für begangene Sünden. Die Armen spielen hierbei eine wichtige, wenngleich rein passive Rolle für die Stände der Reichen, da das Almosen-Geben tief verankert ist im Bußsakrament, das jeden Christen dazu verpflichtet. Aus diesem Grund geht es im Zentrum nicht um die Bekämpfung von Not und Elend, sondern um die ‚Erhaltung‘ der Armen und der Armut der

Sozialpädagogik als Individual- und Staats- bzw. Kollektivpädagogik

Sozialpädagogik zur Armutsbekämpfung durch Hilfsangebote und Erziehung

Sozialpädagogik zur Integration mündiger Bürger/innen

Mittelalter: Almosen als Ablass

reichen Stände wegen. Was heute schwer verständlich und eher zynisch wirkt, ist im Weltbild der christlichen Sozialethik des Feudalismus tief verankert, denn Armut als Teil der Ständegesellschaft, und diese wiederum als Abbild der himmlischen Herrschaftspyramide, erscheint „gottgewollt“, und daher gilt auch der Stand der Bettler/innen als „geheiligt“ (Schilling 2005: 24). Neben der spontanen Hilfe der Almosen gibt es im Mittelalter eine organisierte Hilfe durch Hospitäler; Anstalten, in denen Waisen, Kranke und Arme gepflegt werden, die sich aufgrund körperlicher und geistiger Gebrechen nicht durch Bettelei ernähren können. Träger dieser Anstalten sind Kirchen, Klöster, Orden und begüterte Einzelpersonen.

**Neuzeit:
vom Widerstand
gegen den
scheinmoralischen
Ablasshandel zum
lutheranisch-
calvinistischen
Arbeitszwang**

Mit Beginn der Neuzeit (14.-16. Jh.) ändert sich mit der Entstehung des Humanismus, der sog. protestantischen Arbeitsethik und des Calvinismus die Sicht auf das Betteln. Die Ausweitung von Handel, Verkehr, Geldwirtschaft und das Entstehen und Wachsen von freien Städten, die immer stärkere Ausbeutung der Bauern und Leibeigenen, die Verschuldung der Bauern, Missernten und die Bauernkriege (1523-1526) führen zu einer Landflucht mit enormem Anwachsen der Bettelei, die nun zunehmend problematisiert wird (Schilling 2005). Der vielfache Missbrauch des Ablasswesens in der ersten Hälfte des 16. Jh. führt dazu, dass sich die Theologen **Martin Luther** und **Johann Calvin** gegen die bis dahin geltende Annahme stellen, nach der man sich mit Almosen und dem Kauf von Ablässen den Einzug in den Himmel verdienen könne. 1567 hebt Papst Pius V. in der Konstitution *Etsi Dominici* alle Almosenablässe auf. Im Zuge der Reformation wird nunmehr Arbeit als Gottespflicht angesehen, Betteln wird in den reformierten Gegenden verboten. Arbeitspflicht ersetzt weitgehend das Almosenwesen. Die Hilfe wird nun geplant und individuell gestaltet mit dem proklamierten Anspruch, jedem bzw. jeder Arbeitslosen eine gerechte Hilfe zukommen zu lassen (Schilling 2005: 26f.).

In der Zeit des Absolutismus und der Aufklärung (17.-18. Jh.) entstehen Werk-, Zucht- und Arbeitshäuser, in denen der Gedanke der Arbeitserziehung fortgeführt wird, die außerdem nach der Ablösung von Todes- und Körperstrafen als Instrumente des Strafvollzugs dienen und als Einnahmequelle willkommen sind. Betteln ist grundsätzlich verboten. Es wird nicht zwischen Kindern und Erwachsenen

unterschieden, Kinder werden als kleine, in besonderem Maße zu disziplinierende Erwachsene angesehen (Schilling & Zeller 2007).

Erst die Vertreter/innen der Reformpädagogik wie **Rousseau, Pestalozzi, Fröbel** u. a. rücken Ende des 19. bis Beginn des 20. Jh. die Kinder in den Mittelpunkt, sie vertreten eine Pädagogik „vom Kinde her“. Mit einer veränderten Bildungs- und Lerntheorie soll dem schulischen Autoritarismus entgegengewirkt und in einem handlungsorientierten Unterricht v. a. die Selbsttätigkeit der Kinder betont werden (ebd.). Die beginnende Industrialisierung gibt diesen Ideen Umsetzungschancen, da nun zunehmend stärker gebildete und selbstverantwortliche Facharbeiter benötigt werden.

Als Pionierin der gesellschaftlichen Reformbewegung Sozialer Arbeit gilt **Alice Salomon** (1872-1948). Sie geht davon aus, dass es in einer modernen Gesellschaft immer Mitglieder gibt, die nicht imstande sind, mit den herrschenden Ideen, Vorstellungen und Anforderungen Schritt zu halten. Je entwickelter die Gesellschaft, desto größer deren Anzahl und desto geringer die Möglichkeiten natürlicher, familiärer, nachbarschaftlicher Hilfe und Förderung. In der Industriegesellschaft entsteht permanent Not durch Ursachen, auf die die einzelnen Menschen keinen Einfluss haben und die durch Wohlfahrtspflege bekämpft werden müssen, verstanden als planmäßige Förderung von Bevölkerungsgruppen, deren Bedürfnisse nicht individuell und durch allgemeine öffentliche Leistung befriedigt werden können. Salomon geht es dabei um die Förderung der vorhandenen Ressourcen der Hilfebedürftigen und einer Schadensvorbeugung. Zufriedenstellende Lebenssituationen sollen nach Möglichkeit wieder hergestellt und die sozialen und individuellen Probleme zusammen bearbeitet werden (Schilling & Zeller 2007).

In der ersten Hälfte des 20. Jh. wird der Begriff der Sozialpädagogik eher institutionell orientiert verwendet und meint „alles, was Erziehung, aber nicht Schule und nicht Familie ist“ (Bäumer 1929, zit. nach Hamburger 2003: 18). Hauptsächliches Praxisfeld sind zu dieser Zeit die Jugendfürsorge und Jugendpflege, rechtliche Grundlage hierfür das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz von 1924. Die Definition erweist sich jedoch bald als zu eng gefasst, da sie einerseits den Bereich der Jugendhilfe nicht angemessen umschließt, andererseits sowohl durch ambulante erzieherische Hilfen (in Familien) als auch

Reformpädagogik: Pädagogik „vom Kinde her“

Alice Salomon als Pionierin der Reformbewegung

Je entwickelter die Gesellschaft, desto geringer die Selbsthilfemöglichkeiten

Reichsjugendwohlfahrtsgesetz von 1924 als Grundlage der Jugendfürsorge

durch Schulsozialarbeit vielfältige Überschneidungen in den Handlungsfeldern entstehen. Auch die Beschränkung auf die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen wird der sozialpädagogischen Praxis schon Anfang des 20. Jh. nicht mehr gerecht, Eltern, soziales Umfeld und Pädagog/innen sind immer wieder auch selbst Adressat/innen der Hilfe (Hamburger 2003).

Der Begriff der Sozialarbeit entwickelt sich stärker praktisch entlang traditioneller Tätigkeitsfelder wie der oben beschriebenen mittelalterlichen Armenpflege und der konfessionellen und kommunalen Armenfürsorge des 19. Jh., die zum 20. Jh. fachlicher wird und sich schließlich zur beruflichen Wohlfahrtspflege entwickelt (ebd.).

Die Entwicklung einer eigenen wissenschaftlichen Disziplin der Sozialarbeit geht dabei deutlich langsamer voran als in der Sozialpädagogik. Bis in die 1950er Jahre verstehen sich Sozialpädagogik und Sozialarbeit als gegenseitig abgrenzend. Erst durch die Übernahme sozialwissenschaftlicher Konzepte in beiden Bereichen kommt es im Zuge der Bildungsoffensiven der 1960er Jahre zur Annäherung in Form von Ausbildung gemeinsamer Grundlagen und gegenseitiger Übernahme des Methodenrepertoires (Schilling 2005: 254).

2 Soziale Arbeit als Dachbegriff von Sozialpädagogik und Sozialarbeit

Dachbegriff Soziale Arbeit

Heute kann man von einer Konvergenz beider Bereiche sprechen, die in dem Dachbegriff der „Sozialen Arbeit“ nach **Hans Thiersch** (2006) mündet, der diese als gemeinsame Bezeichnung für Sozialarbeit und Sozialpädagogik definiert. Umgangssprachlich und auch in fachnahen Diskursen werden die Begriffe Sozialpädagogik und Sozialarbeit zumeist synonym verwendet, die Schnittmengen und Gemeinsamkeiten der verschiedenen Bereiche erscheinen heute größer als die historisch bedingten Unterschiede. Die Sozialpädagogik ist primär auf Erziehung und Bildung (insb. von Kindern) ausgerichtet und findet ihren Ursprung im universitären Kontext, die Sozialarbeit hingegen ist ursprünglich an Hilfe und Unterstützung orientiert und wird an Hochschulen studiert, die damit an die Tradition der sozialen Frauenschulen anknüpfen (Schilling 2005: 247f.; ausführlich May 2009). Heute führen die Bereiche Jugendarbeit, Gemeinwesenarbeit,

Primäre Ausrichtung der Sozialpädagogik auf Erziehung und Bildung v. a. von Kindern

Kulturarbeit und Streetwork nicht ganz zufällig den Begriff „Arbeit“ im Namen und orientieren auf Empowerment (Herringer 2010). Vorsichtig interpretiert zeigt sich in diesen Bereichen mehr die ‚gleiche Augenhöhe‘ mit den Klient/innen und deren Freiwilligkeit in der Annahme der Angebote. Insbesondere die drei erstgenannten Bereiche Sozialer Arbeit setzen auf die Optimierung vorhandener Ressourcen. Es geht um die Förderung von Talenten und sinnvoller Freizeitgestaltung, Freiwilligenkoordination, Ressourcen- und Veranstaltungsmanagement, Öffentlichkeitsarbeit, die Förderung der Kommunikation und Selbstorganisation im Sozialraum. Orte und Angebote stehen grundsätzlich allen Jugendlichen oder Bürger/innen im Gemeinwesen offen. Die Nutzung von Angeboten und Ressourcen ist nicht an Problemlagen gebunden und erfordert generell keine Klientelisierung. Auch sind die beruflichen Herkunft des Personals in diesen Bereichen divergent in Bezug auf den höchsten Ausbildungsabschluss und die mögliche Berufspalette. Diese Bereiche sind partiell offen für Quereinsteiger sowie ehrenamtlich Tätige, was durchaus kritisch diskutiert wird (Olk & Hartmuß 2011; Seithe 2010).

Mitarbeiter/innen des Sozialpädagogischen Dienstes, der die Nachfolge der ‚Fürsorge‘ angetreten hat, verfügen in der Regel über einen akademischen Abschluss in Sozialer Arbeit. Freiwilligkeit und Ressourcenorientierung sind in diesem Bereich zwar wichtige Prinzipien; aus Sicht der Kund/innen werden diese Dienste in der Regel bei Problemen wahrgenommen und sie haben potenziell auch heute noch, z. B. in Fällen des Kinderschutzes, staatliche Interventionen zur Folge. Fortbildungen tendieren in die therapeutische Richtung (Böhnisch et al. 2005).

Wie eng verknüpft und teilweise synonym dennoch die Begriffe der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit heute ausgelegt werden, wird deutlich, wenn **Lothar Böhnisch** et al. (1999: 41) „Sozialpädagogik als gesellschaftliche Reaktion auf Bewältigungstatsachen“ auslegen, während Hans Thiersch (1994: 141) mit „Soziale Arbeit als Hilfe zur Lebensbewältigung“ die analoge Definition für den Dachbegriff verwendet.

„Sozialpädagogik ist nicht nur eine sozial- und erziehungswissenschaftliche Disziplin im allgemeinen Sinne, sondern gleichzeitig auch eine Theorie besonderer Praxisinstitutionen – vor allem der Jugendhilfe und Sozialarbeit. Als erziehungs-

**Soziale Arbeit:
Orientierung an
Hilfe und
Unterstützung,
‚gleiche Augen-
höhe‘ und
Optimierung
vorhandener
Ressourcen**

**Entwicklung
zur Sozial-
arbeits-
wissenschaft**

wissenschaftliche Disziplin beschäftigt sich die Sozialpädagogik mit engen sozialstrukturell und institutionell bedingten Konflikten, welche im Verlauf der Sozialisation von Kindern und Jugendlichen auftreten: Konflikte zwischen subjektiven Antrieben und Vermögen der Kinder und Jugendlichen und gesellschaftlichen und institutionellen Anforderungen, wie sie in Familie, Schule, Arbeitswelt und Gemeinwesen vermittelt sind. Sie versucht, diese Konflikte aufzuklären, ihre Folgeprobleme zu prognostizieren und in diesem Kontext die Grundlagen für erzieherische Hilfen zu entwickeln“ (Böhnisch 1979: 22).

**Rückgriff auf
sozialwissen-
schaftliche
Erkenntnisse
und Methoden**

Mit dieser Definition hebt Böhnisch einen spezifischen Ansatz der Sozialpädagogik hervor, in dem es um das Verhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft geht und die darin enthaltenen (potenziellen) Konflikte, die analysiert und für deren Bewältigung Konzepte der Konfliktbearbeitung entwickelt werden (Hamburger 2003). Die Sozialpädagogik greift hier auf Erkenntnisse aus anderen Disziplinen wie der Pädagogik und der Sozialisationstheorie/Soziologie zurück (Hurrelmann 2007). Eine sozialpädagogische Intervention kann dann notwendig werden, wenn die individuellen Kompetenzen und die gesellschaftlichen Anforderungen nicht in Übereinstimmung gebracht werden können. Vorgelagert den Hilfen zur Erziehung nach SGB VIII sind u. a. Kindertagesstätten, Hortbetreuung, Schulsozialarbeit oder Jugendzentren als Beispiele für Institutionen, die die strukturell isolierte Kleinfamilie in der Bewältigung u. a. von Lernanforderungen im Hinblick auf die Schule unterstützen (Woog 2006; Geene & Gold 2009).

**Sozialpäda-
gogik zielt
auf soziale
Gerechtigkeit**

Die Sozialpädagogik zielt somit primär darauf ab, Ungleichheitszustände zu beheben und soziale Gerechtigkeit zu schaffen. Dies ist ebenso für die Legitimierung der Sozialpädagogik und damit für ihre Bezahlung und Anerkennung notwendig. Die treffende Analyse von Konflikten zwischen Individuum und Gesellschaft ist notwendig, um die sozialpädagogische Intervention zu begründen (Ansen 2004).

**Legitimations-
druck durch
fachliche und
professionelle
Unschärfe**

Die Soziale Arbeit steht generell unter hohem Legitimationsdruck, da sie zum einen eine Tätigkeit ist, die durch den Lebensweltbezug kaum präzise abgrenzbar von anderen Tätigkeitsfeldern ist. Zum anderen ist sie eine Tätigkeit der Hilfe und Unterstützung, die in veränderter Form immer auch von Laien ausgeübt wird. Soziale Arbeit ist demnach durch Allzuständigkeit und einen geringen Grad an Spezialisierung charakterisiert – alles, was im Alltag zu Problemen führt, kann potenziell zum Gegenstand sozialpädagogischer

Intervention werden. Hierin unterscheidet sich das Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit von anderen helfenden Berufen aus dem Bereich der Medizin, der Therapien, der Rechtswissenschaften oder auch der pädagogischen Handlungsfelder (Galuske 2011).

Dieses Dilemma wird in den 1960er und 1970er Jahren zum Gegenstand einer regen Methodendiskussion. Dabei wird kritisiert, dass es in der Sozialen Arbeit mehr um normative Haltungsprinzipien der sozialarbeiterisch Tätigen als um die Frage nach dem „Wie“ der sozialarbeiterischen Intervention gehe und es sich hierbei weniger um fachspezifische Handlungsprinzipien als um allgemeine Umgangsformen, wie bspw. Akzeptanz, Respekt, Empathie oder Kommunikation als Grundlage des Hilfeprozesses, handele (Thiersch 2002: 194f.). Diese Diskussionen haben zu der Ernüchterung geführt, in der Sozialen Arbeit nicht über professionsspezifische Methoden und Techniken zu verfügen. Die Suche nach geeigneten sozialpädagogischen Methoden mündet seitdem in einer zunehmenden Übernahme therapeutischer Verfahren. Dieser Trend hat bis heute Bestand, wie die Vielzahl von Fortbildungen in der Sozialen Arbeit zu psychotherapeutischen Methoden verdeutlicht: Systemische Familientherapie, Gestalttherapie, Verhaltenstherapie, Klientenzentrierte Gesprächsführung und Neurolinguistische Programmierung (NLP) sind inzwischen weit verbreitete Standards sozialpädagogischer Zusatzqualifikationen. Der jüngst verstorbene **Michael Galuske** (2011: 133) spricht von einem „Psycho-Boom“, dem sich verunsicherte Sozialarbeiter/innen verschreiben auf der Suche nach einem individualisierenden und vermeintlich objektivierenden Handlungsrepertoire. Den Erwerb therapeutischer Zusatzqualifikationen interpretiert Galuske als Antwort auf fehlendes fachliches Selbstvertrauen, das im Weiteren als Distinktionsmerkmal verwendet werde, um den beruflichen Status zu verbessern und den Statusunterschied zu Therapeut/innen zu verkleinern, der sich nicht zuletzt in unterschiedlichen Gehältern bemerkbar mache. Therapeutische Ansätze üben aber auch schon deshalb einen großen Reiz auf sozialarbeiterisch Tätige aus, da sie sie mit konkreten Handlungsanweisungen und praktischem Rüstzeug versorgen, anders als die oftmals vagen sozialpädagogischen Methoden – auch wenn Galuske (2011: 138) eine therapeutische Orientierung als verkürzt und „alltagsfern“ kritisiert.

**Methoden-
diskussion**

**„Psycho-Boom“
für verunsicher-
te Sozialarbei-
ter/innen**

Wenngleich sozialarbeiterische und therapeutische Tätigkeiten sich z. T. überschneiden, so ist nach Thiersch et al. (1987: 6) eine Differenzierung beider Bereiche sinnvoll, denn

„Sozialarbeit kann als Handeln im Alltag nicht ersetzt oder überformt werden durch Therapien, die, indem sie ihre Probleme spezifisch strukturieren und ihre Verfahren dementsprechend organisieren, immer auch jenseits des Alltags agieren. Sozialarbeit und Therapie sind unterschiedliche Handlungsformen, die zur Kooperation aufeinander verwiesen sind, z. B. innerhalb eines sozialtherapeutischen Konzeptes.“

„Ist Armut von Kindern ein geringeres Problem als eine Depression?“ fragt Galuske (2011: 132) hier polemisch, darauf insistierend, dass „sich Sozialpädagogik auf die Komplexität des Alltags, seine Brüche, Widersprüche, Probleme und Krisen einlässt“ (ebd.), statt über „spezialisierten Problemzuschnitt“ sog. „Schlüsselprobleme“ zu identifizieren und zu bearbeiten, was er hier als Banalisierung kritisiert. Auch wenn er Therapien eine eigene Berechtigung zuspricht und diese, entsprechend angepasst, als methodisches Hilfsinstrument verwendet werden könnten, so müsse doch einer „Expertokratisierung der Sozialarbeit durch Therapeutisierung“, wie er unter Verweis auf **Thomas Olk** (1986: 205) warnt, vorgebeugt werden – auch „um eine weitere ‚Pathologisierung‘ der Klienten Sozialer Arbeit zu verhindern“ (Galuske 2011: 142).

Kritik an einer „Expertokratisierung durch Therapeutisierung“ zur Verhinderung von Pathologisierung

3 Von der Problem- zur Ressourcenorientierung

3.1 Paradigmenwechsel hin zu Partizipation und Freiwilligkeit

Bis in die ersten Nachkriegsjahrzehnte hinein ist die Soziale Arbeit bestimmt durch einen gleichmäßigen Ausbau, eine Spezialisierung und Professionalisierung der wohlfahrtsstaatlichen Leistungen. Sozialen Ungleichheiten und ihren Auswirkungen wie Einsamkeit, Alkohol- und andere Suchterkrankungen sowie – in der herrschenden Wahrnehmung jener Zeit – durch Elternlosigkeit oder fehlende Väter verursachte jugendliche Verwahrlosung soll durch verlässliche, weitgefächerte institutionelle Hilfsangebote begegnet werden. So entsteht ein weites und differenziertes Netz an Bildungs-, Beratungs- und Erziehungshilfen, einhergehend mit der Professionalisierung der in die-

sen Bereichen Tätigen und der Etablierung sozialwissenschaftlicher Konzepte. In den 1970er Jahren gerät diese Entwicklung in Zweifel: Insbesondere der schon 1970 in Tübingen zum Universitätsprofessor für Sozialpädagogik berufene **Hans Thiersch** problematisiert, ob diese breitgefächerten Dienstleistungen, die Angebote von der Schwangerschaft bis ins Alter, von den Drogenabhängigen bis zu den Migrant/innen bereithalten, nicht eine Pädagogisierung des menschlichen Lebens verursachen (Thiersch 2006). Leistet man nicht einer Bevormundung und Kontrolle Vorschub, ohne den eigenen Erfahrungen und Ressourcen der Adressat/innen gerecht zu werden? Es entsteht wachsende Skepsis gegenüber sozialen Institutionen wie insb. dem Jugendamt. Durch die sozialen Bewegungen dieser Jahre politisieren viele Menschen, engagieren sich in sozialen Gruppen und gewinnen an Selbstvertrauen; sie beanspruchen Partizipation, fordern eigene Erfahrungen in der eigenen Wirklichkeit, dem eigenen Alltag. Dies betrifft die „Alltäglichkeit“, in der es um das Verhältnis des Menschen zu seiner Wirklichkeit geht, um das Verstehen und Handeln in den sozialen Bezügen und um die „Alltagswelten“, in der sich die Alltäglichkeit präsentiert, d. h. spezifische, konkrete Lebensfelder wie unterschiedliche Lebenslagen von Jugend/Alter, Armut oder Geschlecht (Böhnisch et al. 2005). Gerade die Ottawa-Charta von 1986 drückt deutlich dieses breite soziale Aneignungsverständnis aus – ein Ausdruck der vielströmigen Bewegungen, wie **Rolf Rosenbrock** (2011: 135f.) in Rückschau bilanziert.

Auf gesetzlicher Ebene manifestiert sich der Paradigmenwechsel von der Defizit- zur Ressourcenorientierung durch die Einführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) 1990 als SGB VIII. Erst mit diesem Sozialgesetzbuch wird das Jugendwohlfahrtsgesetz abgelöst, das noch als Fortschreibung des Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes von 1924 bis Ende 1989 in Kraft ist. Speziell den Prinzipien der Partizipation und der Freiwilligkeit kommt im KJHG große Bedeutung zu. Die Wünsche der Betroffenen sollen von vornherein in die Gestaltung der Angebote und Leistungen der Jugendhilfeträger einfließen. Deutlich wird dies im Kernbereich individueller sozialpädagogischer Leistungen, den Hilfen zur Erziehung (HzE). Grundvoraussetzung der Bewilligung einer HzE ist die Einbeziehung aller

Wohlfahrt als Pädagogisierung menschlichen Lebens?

Soziale Bewegungen initiieren Alltagsorientierung

Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) 1990 als SGB VIII

Leitprinzipien Partizipation und Freiwilligkeit

Beteiligten in die Gestaltung der Hilfe als autonome Subjekte. Den Leistungsempfangenden wird ein Wunsch- und Wahlrecht (SGB VIII § 5) eingeräumt, Kinder und Jugendliche sollen beteiligt (§ 8) und ihre zunehmenden Fähigkeiten sowie ihre unterschiedlichen Lebenslagen berücksichtigt werden (Kreft & Mielenz 2008).

3.2 Praxis der Partizipation

**Bund-Länder-
Initiative
„Soziale Stadt“
ab 1998**

Prinzipien der Partizipation, der Vernetzung und der Lebensweltorientierung finden den Einzug in die sozialpädagogische Praxis u. a. durch Projekte wie die 1996 von der Ministerkonferenz der Länder angeregte und 1998 von der Bundesregierung umgesetzte Bund-Länder-Initiative „Soziale Stadt“ (Geene et al. 2002). Ziel dieser Initiative ist es, in „Stadt- und Ortsteilen mit besonderem Erneuerungsbedarf [...] die Lebensbedingungen der betroffenen Menschen [...] durch die aktive und integrativ wirkende Stadtentwicklungspolitik nachhaltig zu verbessern“ (Krummacher et al. 2003: 58).

**Beteiligung und
Aktivierung der
Bevölkerung**

Durch die intensive Beteiligung und Aktivierung der Bevölkerung sollen langfristig wirkende, integrierte Projekte und Maßnahmen initiiert werden, indem alle vor Ort ansässigen Akteur/innen und Verbände vernetzt und alle beteiligten politischen Handlungsebenen verknüpft werden. Zuständig für die Entwicklung dieser Projekte können bspw. Stadtteilzentren sein. Neben dem Initialziel der Bündelung finanzieller Ressourcen sollen ganzheitliche und nachhaltige Stadtteilkonzepte entwickelt sowie neue Kooperations- und Organisationsstrukturen geschaffen werden und gebietsbezogene Ansätze die zielgruppenspezifischen ersetzen (ebd: 58ff.; Hohm 2011).

**Sozialräumlich
orientierte
Kinder- und
Jugendarbeit**

Deinet und Krisch (2002) sehen in einem solchen sozialräumlichen Ansatz zahlreiche Partizipations- und Beteiligungschancen im Bereich der offenen Kinder- und Jugendarbeit, die sich, als jugendpolitisches Mandat verstanden, mit der Beteiligung der Kinder und Jugendlichen in die Konflikte im öffentlichen Raum einmischen und zwischen Erwachsenen und Heranwachsenden anwaltschaftlich vermitteln kann. Eine sozialräumlich orientierte Kinder- und Jugendarbeit kann sich bspw. in Diskussionen um die Nutzung des öffentlichen Raums einmischen, in dem die Verdrängung von Jugendlichen

aus dem öffentlichen Raum thematisiert und ihnen zu einer Wiederaneignung des öffentlichen Raums verholfen wird (Schäfer 2005).

Ein praktischer Ausdruck solcher stadtteilbezogenen Partizipation zeigt das Projekt der „Kiezdetektive“ (Engelmann 2005), in dem Kinder und Jugendliche als Detektive ihr Lebens- und Wohnumfeld erkunden und dabei gleichermaßen „Schätze“ heben und Probleme ermitteln. Sie dokumentieren ihre Ergebnisse in Form einer Ausstellung und präsentieren sie auf einer Kinderversammlung den verantwortlichen Politiker/innen. Dort entsteht in Ko-Produktion von Kindern, Verwaltung und Kommunalpolitik ein Maßnahmenplan, dessen Erfüllung auf einer sechs Monate später stattfindenden, zweiten Kinderversammlung diskutiert wird. Allein in Berlin haben sich schon mehrere hundert Kinder an diesem Partizipationsprojekt beteiligt. Auch in anderen Städten wie Stendal, Magdeburg und Freiburg konnte das Konzept inzwischen erfolgreich umgesetzt werden (Geene et al. 2009: 65f.).

**Stadtteil-
bezogene
Partizipation**

**Maßnahmen-
plan in Ko-
Produktion**

Kritisch kann hier angemerkt werden, dass diese Arten von Partizipationsprojekten die „Strukturen, Leitbilder und Handlungs-routinen in den Regelinstitutionen [...] kaum berühren“, wie es in der Stellungnahme des **Bundesjugendkuratoriums** (BJK 2009: 23) heißt. Zwar sei Partizipation auf der programmatischen Ebene in Einrichtungskonzeptionen und Hilfeplanverfahren erwünscht, jedoch eher theoretisch: „Je konkreter jedoch alltäglich-pädagogische Situationen angesprochen sind, desto seltener wird Partizipation berücksichtigt“ (ebd.: 16), heißt es in der Auswertung. Tatsächlich sei sogar ein „partizipationsabwehrendes Muster der Fachkräfte“ (ebd.) zu konstatieren, was sich durch „Bedrohung der eigenen Fachlichkeit“ sowie Resignation (ebd.: 39) begründe (vgl. auch Müller 2006; Mosser 2010). Auch Seithe (2010: 53) beobachtet, dass Fachkräfte häufig aus Unsicherheit und/oder Überforderung auf eine „autoritäre Variante“ zurückgreifen, statt sich an der fachlich und normativ gebotenen Lebensweltorientierung anzulehnen.

4 Lebensweltorientierter Ansatz

Diese von **Hans Thiersch** Ende der 1970er Jahre entwickelte sog. „Lebensweltorientierung“ ist prägend für den konzeptionellen Para-

**Lebenswelt-
ansatz als
Paradigmen-
wechsel von
der Defizit- zur
Ressourcen-
orientierung**

digmenwechsel in der Sozialen Arbeit weg von der Defizit- hin zur Ressourcenorientierung (Möbius & Friedrich 2010). Besonders im Bereich der Jugendhilfe hat das Lebensweltkonzept mit der Implementierung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes als SGB VIII 1990 Einzug gehalten. Ähnlich wie der Setting- bzw. Lebenswelten-Ansatz in der Gesundheitsförderung wird damit den Verhältnissen – in Abgrenzung zum individuellen Verhalten – eine besondere Rolle beigemessen. Anders als beim Setting-Ansatz, der auf gesundheitsförderliche Organisationsentwicklung von Settings wie Kita, Schulen oder Betriebe abzielt (Geene & Rosenbrock 2012), versteht sich die Lebensweltorientierung in der Sozialen Arbeit jedoch eher als systematisch-analytischer Handlungsansatz, der hier im Folgenden nachgezeichnet wird.

**Lebenswelt-
orientierung als
systematischer
Handlungs-
ansatz**

Lebensweltorientierung zielt nach Böhnisch et al. (2005) darauf ab, den Lebensalltag von Menschen aus ihrer eigenen Sicht heraus zu betrachten. Der Mensch ist in seiner Lebenswelt konfrontiert mit gesellschaftlichen Entwicklungen und Anforderungen, sozialen Begrenzungen, individuellen Lebenserfahrungen und normativen Ansprüchen und muss diese subjektiv bewältigen. Lebensweltorientierung ist zunächst ausgerichtet auf Probleme, die weniger mit individuellen als v. a. mit gesellschaftlich-sozialen Ressourcen (materielle, soziale und ideologische Ressourcen), die im Alltag verfügbar sind, bewältigt werden sollen. Dabei wird den Klient/innen der Sozialen Arbeit empathisch beigestanden. Gesellschaftliche Entwicklungen werden v. a. in Hinblick auf soziale Ungleichheiten und Wandlungsprozesse der Moderne, die zu Unsicherheiten und Orientierungsschwierigkeiten führen können, kritisch betrachtet (Grunwald & Thiersch 2004). So werden Geschlechterrollen oder Migrationserfahrungen unter dem Aspekt der möglichen Diskriminierung, aber auch als potenzielle Ressourcen zur Herausbildung von Identität und Selbstwirksamkeit analysiert (Seithe 2001: 149 f.).

**Gesellschaftli-
cher Wandel der
1980er als Basis
des Umden-
kungsprozesses
hin zu subjektiven
Lebens-
realitäten**

Die 1980er Jahre sind davon gekennzeichnet, dass der breite gesellschaftliche Wandel sich in den wissenschaftlichen und fachlichen Diskursen der Sozialen Arbeit manifestiert. Nun bemüht sich die Soziale Arbeit vermehrt um Methodenbildung, um den gesellschaftlichen Veränderungen, wie der Erodierung des Bildes von einer Normalbiografie und gesellschaftlichen Hierarchien, aber auch neu-

en Vorstellungen von Arbeits-, Geschlechter- und Generationenverhältnissen, den Familienformen oder der Gestaltung öffentlichen und privaten Raumes, Rechnung zu tragen (Schilling 2005: 227ff.). Für die Soziale Arbeit bedeutet dies die Notwendigkeit zum Umdenken, da die soziale und berufliche Integration der Klientel in eine vormals als selbstverständlich angenommene Familien- und Arbeitswelt nicht mehr vorausgesetzt werden kann. Die scheinbar objektiven Deutungs- und Handlungsmuster müssen sich einer im Wandel begriffenen subjektiven Lebensrealität anpassen, d. h. sie müssen die sozialstrukturell erzeugten Konflikte und sozialen Probleme nachvollziehen lernen und bereit sein für einen offenen, aushandlungsfähigen Lösungsprozess, anstatt die Klientel wie bisher den institutionellen Angeboten anzupassen. Konkret heißt dies, dass sich die Hilfeangebote von einer an objektiven, kulturellen und sozialen Vorgaben orientierten Wert-Erziehung hin zu einer Verständigung zwischen Hilfeangebot und Hilfeempfänger/in mit ungewissem Ausgang abwenden müssen (Birtsch et al. 2001). Hilfeangebote müssen beweglicher werden, sich an die sich verändernde Lebenswelt ihrer Klientel anpassen und an sie anknüpfen.

Hilfeangebote müssen an sich verändernden Lebensbedingungen anknüpfen

4.1 Perspektivenwechsel: Lebensbewältigung

Auch wenn diese Betrachtung menschlichen Handelns unter dem Fokus der Lebensbewältigung und der sozialen Integration zunächst weiterhin dem Problemblick folgt, erlaubt sie doch einen gewissen Perspektivenwechsel weg von der Defizitorientierung. Denn obwohl das aktuelle Bewältigungshandeln von allgemein geltenden gesellschaftlichen Regeln und Normen abweicht und gegen sie verstößt, hat es immer auch eine subjektive sozialintegrative Absicht (Böhnisch 2008). Gewalttätige Jugendliche bspw. versuchen, sich sozial zu integrieren, indem sie sich gewaltbereiten Gruppen anschließen, oder sie versuchen, so auf sich aufmerksam zu machen (siehe auch den entwicklungspsychologischen Begriff der „funktionalen Äquivalenz“; vgl. Mey, in diesem Band). Es ist davon auszugehen, dass sich „im gesellschaftlichen Individualisierungsprozess auch die Formen sozialer Integration entstrukturiert haben, die sozialpädagogische Theorie sich also nicht mehr zwangsläufig auf das traditionelle Mo-

Subjektive sozialintegrative Absicht

**Regel-
erschließungs-
statt Regel-
kompetenz**

dell systemkonformer sozialer Integration festlegen darf“ (Böhnisch 2008: 37). Aus sozialintegrativer Perspektive wird nicht mehr auf eine unbedingte gesellschaftliche Anpassung abgezielt, sondern auf ein „Sich-Zurecht-Finden in einer sozial unübersichtlich gewordenen Gesellschaft und [...] Chancen, konstruktive Sozialbezüge von sich aus aufbauen und gestalten zu können“ (ebd.: 37). Ist früher Regelkompetenz als Fähigkeit, sich an Regeln zu halten, ein wichtiges Erziehungsziel, so ist heute eher Erschließungskompetenz gefordert. Denn Regeln unterscheiden sich in einer multikulturellen individualisierten Gesellschaft zunehmend sowohl nach betrieblichen oder familiären, religiösen oder politischen Traditionen (Thiersch 2006).

4.2 Bewältigungsaufgaben und Ressourcen

Ulrich Beck hat 1986 mit dem Begriff der „Riskigesellschaft“ einen ausdrucksstarken Claim für das Zeitalter der Individualisierung formuliert, in dem Menschen mit konfligierenden gesellschaftlichen Erwartungen konfrontiert werden, geknüpft an diffuse und wechselnde Konstruktionen zu Lebensphasen und -stufen. Sie sind als gesellschaftlich variabel vorstrukturierte Lebensphasen zu betrachten, die biografisch gestaltet werden können, aber auch bewältigt werden müssen. Jede Phase hat ihre spezifischen Anforderungsstrukturen und Begrenzungen, mit denen sich jede/r auf ihre/seine Weise biografisch auseinandersetzen muss.

**Spannungs-
verhältnis
zwischen
Kinderfreund-
lichkeit und
-feindlichkeit**

Mit der gesellschaftlichen Einführung von Kindheit in der Moderne wird dem Kind ein eigenes erfahrungsoffenes Leben zugesprochen, gleichzeitig werden die Erziehungsbemühungen verstärkt. Dadurch sind kindliche Bewältigung und Kindheit eingelassen in ein besonderes Spannungsverhältnis zwischen einer proklamierten kinderfreundlichen Gesellschaft bei gleichzeitig alltäglich erlebter Kinderfeindlichkeit, die sich bspw. durch einengende Wohnverhältnisse zeigt (Küster & Thole 2004). Kinder sind zudem diejenigen Personen, die direkt und wehrloser als andere Altersgruppen der Gewalt innerhalb und außerhalb der Familie ausgesetzt sind. Sie sind gefangen in dem Dilemma, zu Selbstverwirklichung angetrieben zu werden und dem gleichzeitigen Fehlen von Bezügen und Möglichkeiten (Böhnisch 2008).

Gleichwohl wird kritisch entgegen gehalten, dass einer solchen Lebensbewältigung als präventive Orientierung die Gefahr von Beliebigkeit, Verantwortungsverschiebung oder auch Normierung zukomme. Die Diskussion um die „Agenda 2010“ der Bundesregierung (Aktivierender Sozialstaat/„fördern und fordern“) wird breit aufgegriffen (z. B. Seithe 2010; Galuske 2011 oder Olk & Hartmuß 2011) und 2011 in einem Schwerpunktheft des Bulletins des Deutschen Jugendinstituts unter der Überschrift „Mythos Prävention – Chancen und Grenzen präventiver Konzepte“ ausführlich vertieft. Kritisiert wird hier die indirekte Normierung und Stigmatisierung, weil Prävention immer auch auf der Logik des Verdachts basiere (Holthusen et al. 2011: 24). **Heinz Kindler** und **Alexandra Sann** (2011) verweisen hier auf die lange Reihe der Zukunftsbelletristik, die immer wieder einen optimierten Zukunftsstaat als Horrorvision darstelle. Die „zunehmenden gesellschaftlichen Kontrollen junger Familien“ (ebd.: 8) könnten auch in diesem Sinne missverstanden werden, wobei gleichzeitig die entsprechende Qualifikation des betreuenden Personals nicht immer sichergestellt sei.

In ihrem „Schwarzbuch Soziale Arbeit“ spitzt **Mechthild Seithe** (2010) ihre Kritik an der als „neosozial“ empfundenen Entwicklung zu, in dem sie der Sozialen Arbeit eine Zementierung der bestehenden Ungerechtigkeiten vorwirft, weil diese „Konflikte entschärft und vertuscht“, und weil die Soziale Arbeit „zur Entpolitisierung der Gesellschaft beiträgt [und dadurch] erfüllt sie einen politischen Auftrag des Systems“ (ebd.: 227). Ihre berufspolitische Engagement versteht Seithe als „Widerstand“, der zum Aufbau breiter Bündnisse gegen Sozialabbau (ebd.: 260) beitragen solle. Sie selbst initiiert hier Offene Appelle¹ („Stendaler Thesen“), Demonstrationen, wie zuletzt im Oktober 2012 in Berlin², und betreibt einen Blog³, der sich als Plattform für Protestaktivitäten versteht.

Gefahr von Beliebigkeit, Verantwortungsverschiebung und Normierung

Optimierter Zukunftsstaat als Horrorvision

Kritik an einer „neosozialen“ Entwicklung

¹ www.jugendhilfekongress.dbsh-lsa.de [24.02.13]

² www.einmischen.info [24.02.13]

³ www.zukunftswerkstatt-soziale-arbeit.de [24.02.13]

5 Konzeption und Realität des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (SGB VIII)

Gesetzliche Grundlage für sozialpädagogische Interventionsangebote bietet seit 1990 das SGB VIII, das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG). Leitbild des SGB VIII ist die Förderung junger Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung sowie die Vermeidung bzw. der Abbau von Benachteiligungen. Die zentralen Aufgaben des SGB VIII sind hierbei die Beratung und Unterstützung von Eltern bei der Erziehung sowie der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gefahren für ihr Wohl. Weder sozialpädagogische Leistungsangebote noch Träger oder Methoden sind jedoch auf spezielle Altersstufen oder Bewältigungsaufgaben ausgerichtet; das eher universelle Prinzip der Sozialpädagogischen Familienhilfe nach § 31 SGB VIII (Woog 2006) unterscheidet bislang kaum zwischen spezifischen Anforderungen, was insb. im Zusammenhang mit der hohen Inzidenz elterlicher Alkoholerkrankungen kritisiert wird (AGJ 2010; Geene 2010). Spezifisch altersbezogen wird hingegen in der Pädiatrie, der Entwicklungspsychologie, der Pädagogik sowie in den Frühen Hilfen gearbeitet, insb. im letztgenannten Handlungsfeld in enger Anlehnung an die Sozialpädagogik, häufig mit eben diesem Ausbildungshintergrund oder einer sozialpädagogisch ausgerichteten Zusatzausbildung (z. B. Weiterqualifikation von Hebammen zu Familienhebammen oder Familiengesundheitspfleger/innen) und im Wesentlichen finanziert durch die gleichen Kostenträger, nämlich die kommunalen Jugendämter nach SGB VIII (vgl. Sann et al., in diesem Band).

Die sozialpädagogischen Leistungen werden als Hilfen zur Erziehung (HzE) zusammen geführt, unterliegen jedoch einem systematischen Dilemma: Auch dort, wo sie sich explizit der Ressourcenorientierung verpflichtet sehen⁴, basiert ihre Inanspruchnahme doch auf einem zuvor ausgewiesenen Hilfebedarf, der wiederum weitgehend defizitorientiert definiert ist. Selbst dort, wo man sich um eine ressourcenorientierte Betrachtung bemüht, beschränkt sich diese weitgehend auf die Negation der Probleme, die damit indirekt wiederum heraufbeschworen werden (Walper 2009: 90f.). Unter dem

**Universelles
Prinzip der
SPFH zu wenig
auf Sucht-
problematiken
ausgerichtet**

**Ressourcen-
orientierung
wird auf
Negation der
Probleme
reduziert**

⁴ z. B. SGB VIII § 5 Wunsch, § 16 Familienberatung

Schlagwort der „Hilflosen Helfer“ wird diese Diskussion seit 2011 in Berlin breit öffentlich diskutiert, basierend auf einem gleichnamigen Artikel im Berliner „Tagesspiegel“, in dem die Sozialpädagogin **Barbara Schönherr** (2011) die „Klientelisierung“ der von ihr in der Sozialpädagogischen Familienhilfe Betreuten anklagt – weder Jugendämter noch freie Träger, so ihr Vorhalt, haben ein tatsächliches Interesse an Lösungen. Die Finanzierungswege verlocken vielmehr dazu, einfach handhabbare Unterstützungsleistungen durch möglichst schwerwiegende Fallbeschreibungen zu legitimieren, schwerwiegende Fälle mit hohem Hilfebedarf hingegen eher abzuweisen, weil diese sich ‚nicht rechnen‘ (vgl. auch Richter 2004: 462f.).

Klientelisierung durch Finanz- und Trägerperspektiven

Zunehmend zeigen sich auch Schwierigkeiten zwischen den Institutionen, die um die Definitionsmacht von Hilfebedarfen ringen (Schnittstellenproblematiken), was **Ute Thyen** (2010) eindrucksvoll am Beispiel einer jungen Familie darstellt, um die sich vom Jugendamt über diverse medizinische, psychologische und pädagogische Dienstleistungen bis hin zu Hebamme und Tagesmutter insgesamt neun von 17 möglichen Hilfeanbieter/innen scharen mit diametral unterschiedlichen Einschätzungen zum Hilfebedarf der Mutter. Als besonders belastend erweist sich hier der mitunter schlechte Ruf des Jugendamtes („Kinderklaubehörde“), das insb. von sozial belasteten Müttern als Bedrohung wegen eines möglichen Kindesentzugs wahrgenommen wird (Wolf-Kühn & Geene 2009). Der 2005 eingeführte § 8a SGB VIII zur Präzisierung bei Fragen der Kindeswohlgefährdung (Wiesner 2006) hat diese Problematik zugespitzt. Um hier den Kontrollaspekt abzuschwächen und den Fördergedanken zu stärken, weisen kommunale Präventionsketten (Beispiel Dormagen: Sandvoss & Kramer 2010) und lokale Netzwerke (im Überblick: Gold & Lehmann 2012 sowie Sann et al., in diesem Band) die Kommunikation- und Netzwerkarbeit zwischen den Akteur/innen und in der Öffentlichkeitsarbeit gegenüber den Familien als zukünftige Schlüsselstrategie gelingender Sozialer Arbeit aus.

Probleme der Systemgrenzen

Angst vorm Jugendamt als „Kinderklaubehörde“

Besondere Bedeutung bekommen dabei auch die Übergänge von Lebensphasen und Institutionen. Hier weist der Transitionsansatz nach **Wassilios E. Fthenakis** (2003) ein hohes Potenzial für eine Impulsförderung in den Übergängen der verschiedenen Lebensphasen aus: Gezielt ansetzende Interventionen begünstigen die weitere

Transitionsansatz: Impulsförderung in den Übergängen

Entwicklung in den jeweiligen Lebensphasen (vgl. auch Thun-Hohenstein 2005). Das Programm Frühe Hilfen setzt in diesem Sinne an, um eine gelingende Familiengründungsphase zu unterstützen bis hin zum Übergang in eine Kindertageseinrichtung (Thyn 2010). Auch im elementarpädagogischen Handlungsfeld wird sich um „Erziehungspartnerschaften“ bemüht, die sich insb. in den Übergängen einleiten können (vgl. Borkowski & Schmitt sowie Borkowski et al., in diesem Band).

**Kein individuell
einklagbarer
Leistungs-
anspruch**

All diesen neuen Ansätzen einer präventiven und ressourcenorientierten Ausrichtung der Sozialen Arbeit steht jedoch das Dilemma entgegen, dass es sich dabei – im Gegensatz zu den durch diagnostizierte Defizite begründeten HzE – nicht um individuell einklagbare Leistungsansprüche handelt. Die oftmals hochverschuldete öffentliche Hand bemüht sich häufig neben Leistungsmengenbegrenzung im Bereich ihrer Pflichtaufgaben um Kürzung oder Streichung ihrer Fördermittel im Bereich nicht-einklagbarer Hilfen oder sogar freiwilliger Aufgaben (Seithe 2010).

6 Ressourcenorientierung – Ein Leitbegriff für die Soziale Arbeit?

In der Sozialen Arbeit gibt es eine lange und beeindruckende Tradition, wie Theorien und Konzepte immer wieder mit der Praxis abgeglichen werden. Dabei weisen Thiersch, Böhnisch, Galuske, Olk und andere Vordenker/innen stetig darauf hin, dass sich der Bedarf keinesfalls an der Logik der Leistungserbringung orientieren dürfe, sondern die subjektive Realität des Klienten/der Klientin und seine/ihre Ressourcen in den Mittelpunkt zu stellen.

Ihre Gedanken werden nicht nur in innovativen Handlungsfeldern und Methoden der Sozialen Arbeit mit viel Phantasie und Engagement aufgegriffen. Auch die Sozialgesetzgebung weist Förderung, Teilhabe und Partizipation einen zentralen Stellenwert zu.

**Defizit-
orientierte
Anreizsysteme**

**Ermüdungs-
erscheinungen**

Im eklatanten Kontrast zu diesen Ansprüchen steht jedoch eine Praxis, die häufig von defizitorientierten Anreizsystemen (Rechtsansprüche und Allokationen), finanziellen Restriktionen und – damit in kausalem Verhältnis stehend – Ermüdungserscheinungen der Fachkräfte geprägt ist, die eine Ohnmacht gegenüber zunehmenden

Armuts- und Desintegrationsproblematiken empfinden. So lehnen sich viele in der Sozialen Arbeit professionell Tätige eher an scheinbar eindeutige Wissenschaftsdisziplinen wie Psychologie oder Medizin an, nehmen Partizipation häufig als Arbeiterschwernis wahr oder wehren auch ressourcenorientierte Ansätze z. T. eher als Legitimation von Kürzungen sowie in Hinblick auf ihre Normierung ab.

Gleichzeitig gibt die starke theoretische Fundierung durchaus Hoffnung dahingehend, dass sich die Soziale Arbeit der Ressourcenorientierung künftig verstärkt annehmen wird. Die Verknüpfung mit sozialen Bewegungen sowie Unterstützung und Kooperation mit Vertreter/innen der Ressourcenorientierung in benachbarten Handlungsfeldern wird diesen Prozess unterstützen können.

Literatur

- AGJ (2010): *Kinder von erkrankten und suchtkranken Eltern*. Diskussionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe vom 27. April 2010. Hamburg: AGJ.
- Ansen, Harald (2004): *Soziale Beratung in prekären Lebenslagen*. In: Grunwald, Klaus & Thiersch, Hans (Hg.): *Praxis lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern*. Weinheim: Juventa, 55-68.
- Beck, Ulrich (1986): *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Birtsch, Vera; Münstermann, Klaus & Trede, Wolfgang (Hg.) (2001): *Handbuch Erziehungshilfen. Leitfaden für Ausbildung, Praxis und Forschung*. Münster: Votum.
- BJK (2009): *Partizipation von Kindern und Jugendlichen – Zwischen Anspruch und Wirklichkeit*. Stellungnahme des Bundesjugendkuratoriums. München: DJI.
- Böhnisch, Lothar (1979): Sozialpädagogik hat viele Gesichter. In: *Betrifft: Erziehung 12* (9), 22-24.
- Böhnisch, Lothar (2008): *Sozialpädagogik der Lebensalter. Eine Einführung* (6., überarb. u. aktualis. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Böhnisch, Lothar; Arnold, Helmut & Schröer, Wolfgang (1999): *Sozialpolitik. Eine sozialwissenschaftliche Einführung*. Weinheim: Juventa.
- Böhnisch, Lothar; Schröer, Wolfgang & Thiersch, Hans (2005): *Sozialpädagogisches Denken. Wege zu einer Neubestimmung*. Weinheim: Juventa.
- Deinet, Ulrich & Krisch, Richard (2002): *Der sozialräumliche Blick in der Jugendarbeit. Methoden und Bausteine zur Konzeptentwicklung und Qualifizierung*. Opladen: Leske + Budrich.
- Engelmann, Fabian (2005): Kiezdetektive – Kinderbeteiligung für eine gesunde und zukunftsfähige Stadt. In: Geene, Raimund; Luber, Eva & Engelmann, Fabian (Hg.): *Gesunde Lebenswelten für Kinder und Eltern – Chancengleichheit durch Gesundheitsförderung*. Berlin: Gesundheit Berlin, 22-26.
- Fthenakis, Wassilios E. (2003): Zur Neukonzeptualisierung von Bildung in der frühen Kindheit. In: ders. (Hg.): *Elementarpädagogik nach PISA. Wie aus Kindertagesstätten Bildungseinrichtungen werden können* (5. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Herder, 18-37.
- Galuske, Michael (2011): *Methoden der sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Weinheim: Juventa.
- Geene, Raimund (2010): Unterschätzte Gefahr. In: *Gesundheit und Gesellschaft, AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft, Spezial 12/2010*, 4-6.
- Geene, Raimund & Gold, Carola (Hg.) (2009): *Kinderarmut und Kindergesundheit*. Bern: Huber.
- Geene, Raimund; Graubner, Sebastian; Papias-Winkler, Ingrid et al. (2002): Netzwerke für Lebensqualität – Ansätze für eine integrierte Stadtpolitik. In: dies. (Hg.): *Gesundheit – Umwelt – Stadtentwicklung: Netzwerke für Lebensqualität*. Berlin: b_books, 12-16.

- Geene, Raimund; Möllmann, Andrea & Wlodasch, Ina (2009): Der Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung – Gesunde Kita, gesunde Schule, gesunder Stadtteil. In: Geene, Raimund & Gold, Carola (Hg.): *Kinderarmut und Kindergesundheit*. Bern: Huber, 47-69.
- Geene, Raimund & Rosenbrock, Rolf (2012): Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen. In: Gold, Carola & Lehmann, Frank (Hg.): *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Gesundheitsförderung konkret, Band 17. Köln: BZgA, 46-75.
- Gold, Carola & Lehmann, Frank (2012): Die Handlungsempfehlungen zur Stärkung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien in belasteten Lebenslagen. In: dies. (Hg.): *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Gesundheitsförderung konkret, Band 17. Köln: BZgA, 17-45.
- Grunwald, Klaus & Thiersch, Hans (2004): Das Konzept Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Einleitende Bemerkungen. In: dies. (Hg.): *Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern*. Weinheim: Juventa, 13-40.
- Hamburger, Franz (2003): *Einführung in die Sozialpädagogik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Herriger, Norbert (2010): *Empowerment in der sozialen Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hohm, Hans-Jürgen (2011): *Urbane soziale Brennpunkte. Soziale Hilfe und das Programm „Soziale Stadt“*. Weinheim: Juventa.
- Holthusen, Bernd; Hoops, Sabina; Lüders, Christian et al. (2011): Über die Notwendigkeit einer fachgerechten und reflektierten Prävention. Kritische Anmerkungen zum Diskurs. In: *DJI Impulse, Das Bulletin des Deutschen Jugendinstituts* 2/2011, 22-25.
- Hurrelmann, Klaus (2007): *Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung*. Weinheim: Juventa.
- Kindler, Heinz & Sann, Alexandra (2011): Das kontrollierte Kind. In: *DJI Impulse, Das Bulletin des Deutschen Jugendinstituts* 2/2011, 8-9.
- Kreft, Dieter & Mielenz, Ingrid (2008): *Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik* (6., überarb. u. aktualis. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Krummacker, Michael; Kulbach, Roderich; Walt, Viktoria et al. (2003): *Soziale Stadt, Sozialraumentwicklung, Quartiersmanagement: Herausforderung für Politik, Raumplanung und Soziale Arbeit*. Opladen: Leske + Budrich.
- Küster, Ernst-Uwe & Thole, Werner (2004): Kinder- und Jugendarbeit im Dickicht der Lebenswelt. In: Grunwald, Klaus & Thiersch, Hans (Hg.): *Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern*. Weinheim: Juventa, 213-232.
- Müller, Carsten (2005): *Sozialpädagogik als Erziehung zur Demokratie. Ein problemgeschichtlicher Theorieentwurf*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Müller, Carsten & Kronen, Heinrich (Hg.) (2010): *Sozialpädagogik nach Karl Mager – Quellen und Diskussion*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Müller, Jürgen (2006): *Sozialpädagogische Fachkräfte in der Heimerziehung – Job oder Profession? Eine qualitativ-empirische Studie zum Professionswissen*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Möbius, Thomas & Friedrich, Sibylle (2010): *Ressourcenorientiert arbeiten. Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich*. Wiesbaden: VS.
- Moser, Sonja (2010): *Beteiligt sein. Partizipation aus der Sicht von Jugendlichen*. Wiesbaden: VS.
- Olk, Thomas (1986): *Abschied vom Experten. Sozialarbeit auf dem Weg zu einer alternativen Professionalität*. Weinheim: Juventa.
- Olk, Thomas (2001): Der ‚aktivierende Staat‘. Perspektiven einer lebenslagenbezogenen Sozialpolitik für Kinder, Jugendliche, Frauen und ältere Menschen. In: Müller, Siegfried; Sünker, Heinz; Olk, Thomas et al. (Hg.): *Soziale Arbeit. Gesellschaftliche Bedingungen und professionelle Perspektiven*. Neuwied: Luchterhand, 99-118.
- Olk, Thomas & Hartmuß, Birger (Hg.) (2011): *Handbuch bürgerschaftliches Engagement*. Weinheim: Juventa.
- Richter, Ingo (2004): Rechtsnorm und Lebenswelt. Ist eine lebensweltorientierte Auslegung und Anwendung von Gesetzen möglich? In: Grunwald, Klaus & Thiersch, Hans (Hg.): *Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern*. Weinheim: Juventa, 453-466.
- Rosenbrock, Rolf (2011): Interview. In: Ruckstuhl, Brigitte: *Gesundheitsförderung. Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health-Perspektive*. Weinheim: Juventa, 134-141.
- Sandvoss, Uwe & Kramer, Kathrin (2010): Kommunale Armutsprävention: das Dormagener Modell. In: Lutz, Ronald & Hammer, Veronika (Hg.): *Wege aus der Kinderarmut. Gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen und sozialpädagogische Handlungsansätze*. Weinheim: Juventa, 185-197.
- Schäfer, Klaus (2005): Jugendverbände als Anwalt. In: Kreft, Dieter & Mielenz, Ingrid (Hg.): *Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik* (5., vollst. überarb. u. erg. Aufl.). Weinheim: Juventa, 497-498.
- Schilling, Johannes (2005): *Soziale Arbeit. Geschichte, Theorie, Profession* (2. Aufl.). München: Reinhardt.
- Schilling, Johannes & Zeller, Susanne (2007): *Soziale Arbeit. Geschichte, Theorie, Profession*. München: Reinhardt.

- Schönherr, Barbara (2011): Hilfeflose Helfer – Wenn Politik den Misstand verwaltet. In: *Der Tagesspiegel vom 22.08.2011*. Verfügbar unter <http://www.tagesspiegel.de/berlin/erfahrungsbericht-familienhilfe-hilflose-helfer-wenn-politik-den-misstand-verwaltet/4527696.html> [24.02.13].
- Seithe, Mechthild (2001): *Praxisfeld Hilfe zur Erziehung. Fachlichkeit zwischen Lebensweltorientierung und Kindeswohl*. Opladen: Leske + Budrich.
- Seithe, Mechthild (2010): *Schwarzbuch soziale Arbeit*. Wiesbaden: VS.
- Thiersch, Hans (1994): Sozialpädagogik und Erziehungswissenschaft. Reminiszenzen zu einer hoffentlich bald überflüssigen Diskussion. In: Krüger, Heinz-Hermann & Rauschenbach, Thomas (Hg.): *Erziehungswissenschaft. Die Disziplin am Beginn einer neuen Epoche*. Weinheim: Juventa, 131-146.
- Thiersch, Hans (2002): Profession und Person. In: ders. (Hg.): *Positionsbestimmungen der Sozialen Arbeit*. Weinheim: Juventa, 191-201.
- Thiersch, Hans (2006): *Die Erfahrung der Wirklichkeit. Perspektiven einer alltagsorientierten Sozialpädagogik*. Weinheim: Juventa.
- Thiersch, Hans; Ruprecht, Horst & Herrmann, Ulrich (1987): *Die Entwicklung der Erziehungswissenschaft*. Weinheim: Juventa.
- Thun-Hohenstein, Leonhard (2005): *Übergänge. Wendepunkte und Zäsuren in der kindlichen Entwicklung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Thyen, Ute (2010): Kinderschutz und Frühe Hilfen aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin. In: *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53, 992-1001.
- Walper, Sabine (2009): Kindergesundheit im Beziehungsgeflecht: Ein Fokus auf Familien. In: BZgA (Hg.): *Prävention im Fokus unterschiedlicher Perspektiven. Werkstattgespräche der BZgA mit Hochschulen*. Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 37. Köln: BZgA, 84-106.
- Wiesner, Reinhard (2006): *SGB VIII, Kinder- und Jugendhilfe. Kommentar*. München: Beck.
- Wolf-Kühn, Nicola & Geene, Raimund (2009): Früherkennung und Frühe Hilfen. In: Geene, Raimund & Gold, Carola (Hg.): *Kinderarmut und Kindergesundheit*. Bern: Huber, 108-125.
- Woog, Astrid (2006): *Soziale Arbeit in Familien. Theoretische und empirische Ansätze zur Entwicklung einer pädagogischen Handlungslehre*. Weinheim: Juventa.

Internetquellen

- www.jugendhilfekongress.dbs-h-lsa.de [24.02.13]
www.einmischen.info [24.02.13]
www.zukunftswerkstatt-soziale-arbeit.de [24.02.13]

Ressourcenorientierung in der Kinder- und Jugendrehabilitation

1 Einführung

1.1 Was sind Rehabilitation und Rehabilitationswissenschaft?

Rehabilitation ist eine interdisziplinäre Aufgabe, an der u. a. Pädagogik, Sozialarbeit, Psychologie, Medizin, Physio-, Ergo- und Sprachtherapie beteiligt sind. Ziel der Rehabilitation ist es, Menschen mit chronischen körperlichen, seelischen oder geistigen Einschränkungen oder Besonderheiten Selbstbestimmung und gleichberechtigte *Teilhabe* am gesellschaftlichen Leben resp. *Inklusion*¹ zu ermöglichen (Koch & Bengel 2000).

Der Begriff Rehabilitation geht zurück auf das lateinische Wort „rehabilitare“ und bedeutet so viel wie „eine Person wieder in ihren alten Stand einsetzen“. Bei Kindern mit angeborenen oder früh erworbenen Störungen klingt der Begriff missverständlich, da es hier nicht darum geht, einen alten Stand wiederzuerlangen, sondern darum, sich bestmöglich altersentsprechend zu entwickeln. Für ein Kind mit Behinderung kann *Teilhabe* am gesellschaftlichen Leben z. B. bedeuten, eine Regel-Kindertagesstätte bzw. -schule zu besuchen, einen Freundeskreis aufzubauen und an Freizeitaktivitäten teilzunehmen, wie es Kinder ohne Behinderung auch können.

Das Spektrum der Einschränkungen, die die *Teilhabe* bedrohen können, ist breit. Es reicht von angeborenen oder später im Leben erworbenen geistigen, körperlichen, Sinnes- oder Mehrfachbehinderungen (z. B. eine durch Sauerstoffmangel unter der Geburt oder einen Verkehrsunfall erworbene Hirnschädigung, die mit spastischen Lähmungen einhergeht, oder angeborene Gehörlosigkeit) bis zu chronischen Erkrankungen, die im Kindes- oder Jugendalter erworben werden. Auch bei Kindern gewinnen chronische Krankheiten eine zunehmende Bedeutung – man spricht von der „neuen Morbidität“ (Schlack et al. 2008). Damit ist der Wechsel des Krankheitspek-

Ziel der Rehabilitation bei Kindern: Entwicklungs- und Teilhabeförderung

¹ Zum Begriff der Inklusion vgl. auch Geene, Graumann et al., in diesem Band.

trums von Infektionskrankheiten zu chronischen Erkrankungen gemeint sowie eine Verschiebung von somatischen Krankheiten hin zu psychischen Auffälligkeiten und Entwicklungsstörungen (emotionale Störungen wie Angst- und depressive Störungen, Verhaltensauffälligkeiten wie ADHS, Gewaltbereitschaft, Drogenmissbrauch) (ebd.).

Nachdem lange Zeit das medizinische Modell dominierte, wonach Behinderung eine personelle Eigenschaft ist, wurde mit der von der WHO (2001) veröffentlichten ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) eine mehrdimensionale biopsychosoziale Sicht konsentiert (vgl. 2.1). Der WHO zufolge umfasst Rehabilitation

„alle Maßnahmen, die das Ziel haben, den Einfluss von Bedingungen, die zu Einschränkung oder Benachteiligungen führen, abzuschwächen und die eingeschränkten und benachteiligten Personen zu befähigen, eine soziale Integration zu erreichen. Rehabilitation zielt [also] nicht nur darauf ab, eingeschränkte und benachteiligte Personen zu befähigen, sich ihrer Umwelt anzupassen, sondern auch darauf, in ihre unmittelbare Umgebung und die Gesellschaft einzugreifen, um ihre soziale Integration zu erleichtern“ (Morfeld et al. 2007: 2).

Medizinische, berufliche, soziale und schulisch-pädagogische Rehabilitation

Das SGB IX, in dem Recht und Rehabilitation behinderter Menschen seit 2001 zusammengefasst sind, gliedert die Maßnahmen in medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation. Hinzu kommt die schulisch-pädagogische Rehabilitation (Sonderpädagogik, Förderschulen) (vgl. 1.3).

Rehabilitationswissenschaften als Multidisziplin

Der Interdisziplinarität des Praxisfeldes entsprechend arbeiten in den *Rehabilitationswissenschaften* verschiedene Disziplinen wie Pädagogik, Medizin, Psychologie, Soziologie, Versorgungssystemforschung und Rehabilitationstechnik zusammen. Kerngegenstandsbereiche sind Behinderung, psychosoziale Folgen, Bewältigung und soziale Integration/Inklusion. Die medizinische, berufliche und schulisch-pädagogische Rehabilitation haben dabei unterschiedliche wissenschaftstheoretische Grundannahmen und Forschungstraditionen (Koch & Bengel 2000). An den Hochschulen sind die Rehabilitationswissenschaften eher schwach verankert, die medizinische und die psychologische Rehabilitation dominieren. Hier gibt es neben Stiftungsprofessuren (z. B. Freiburg, Würzburg) Forschungsschwerpunkte an universitären Bereichen wie Medizinische Psychologie (z. B. Hamburg), Sozialmedizin (z. B. Lübeck), Psychologie (z. B. Freiburg, Würzburg) sowie Rehabilitationspsychologie an der Hoch-

schule Magdeburg-Stendal. Schulisch-pädagogische Fragestellungen werden im Rahmen von Sonderpädagogik bearbeitet (z. B. Universitäten Dortmund und Köln). Mit dem Anfang der 1990er Jahre gegründeten Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität Berlin wurde eine Infrastruktur für eine disziplinenübergreifende Forschung geschaffen (Sonderpädagogik, Medizin, Soziologie u. a. unter einem Dach), die jedoch in der Folge durch finanzielle Kürzungen teilweise wieder abgebaut wurde (ebd.).

1.2 Historischer Abriss der Kinder- und Jugendrehabilitation

Die Anfänge der medizinischen Kinder- und Jugendrehabilitation reichen in das 19. Jh. zurück (Fuchs 2004). Ausgangspunkt war die Erkenntnis, dass soziale Bedingungen Krankheit verursachen, die für große Teile der Gesellschaft – bei Abwesenheit eigener Leistungsfähigkeit – einen Hilfebedarf erzeugen. Die Organisation der Hilfe entwickelte sich auf Grundlage der Idee, dass gezielte Interventionen die Krankheit abwenden, lindern oder gar heilen können, obschon es keine Vorstellung darüber gab, weshalb dies so ist. Während der industriellen Revolution kam es in den Städten zu einer hohen Verdichtung der Bevölkerung, was eine grundlegende Veränderung der sozialen und gesundheitlichen Verhältnisse mit sich brachte. Eine Folge war das gehäufte Auftreten von Krankheiten wie Tuberkulose. Vor diesem Hintergrund wurden Maßnahmen entwickelt, die darauf abzielten, den gesundheitlichen Status quo mittels spezieller Verfahren zu verbessern. In der medizinischen Rehabilitation waren es v. a. die Seekuren, von denen man sich eine heilende Wirkung versprach (ebd.).

**Ausgangspunkt:
Erkenntnis,
dass soziale
Bedingungen
Krankheit
verursachen**

Ein weiterer Zweig der Kinder- und Jugendrehabilitation, der sich ebenfalls während des 19. Jh. entwickelte, ist die sog. Behindertenhilfe, die heute v. a. Leistungen zur sozialen- und beruflichen Rehabilitation erbringt. Ausgangspunkt der Behindertenhilfe war die Arbeit in pädagogisch-theologischen Handlungsfeldern (z. B. Rettungshäuser) und den Heil- und Pflegeanstalten. Vor allem die Kirchen mit den von ihnen getragenen Institutionen waren um die Pflege und Betreuung von Menschen mit Behinderung bemüht und

**Rehabilitation
heute als
eigenständiger
Versorgungsbereich**

schufen die hierfür notwendigen Voraussetzungen. Nach der national-sozialistischen Ära war die Behindertenhilfe zunächst losgelöst vom Gesundheitshilfe- und Bildungsbereich und repräsentierte gewissermaßen einen eigenständigen Versorgungsbereich, der allerdings in den Folgejahren in zunehmender Weise auch gesundheits- und bildungsbezogene Leistungen erbrachte. Es bildeten sich komplexe Sondersysteme heraus, die sich zunehmend nach Grundformen der Behinderungsart differenzierten und spezifische Hilfsangebote entwickelten (z. B. Förderschulwesen für Menschen mit speziellen Sinneseinschränkungen). Heute stellt die Rehabilitation in Deutschland einen eigenständigen Versorgungsbereich dar und wird im Rahmen eines komplexen Sozialleistungssystems von unterschiedlichen Trägern wahrgenommen.

1.3 Das System der Kinder-Jugendrehabilitation – ein Überblick

**SGB IX
Rehabilitation
und Teilhabe
behinderter
Menschen**

Seit 2001 ist das Recht der Menschen mit Behinderung und der Rehabilitation dieser Menschen im SGB IX zusammengefasst. Gegenüber anderen Ländern zeichnet sich das deutsche Rehabilitationssystem v. a. dadurch aus, dass es wenig mit der akutmedizinischen Versorgung verbunden ist und unterschiedliche Träger im Rehabilitationsprozess eine Rolle spielen (Morfeld et al. 2007). Das SGB IX (zer-)gliedert den ganzheitlichen Vorgang der Rehabilitation in medizinische, berufliche und soziale Maßnahmen (s. Tab. 1). Hinzu kommt die schulisch-pädagogische Rehabilitation (Sonderpädagogik, Förderschulwesen), die Ländersache ist.

**Medizinische
und psychologische
Rehabilitation
für höchstmögliches
Wohlbefinden**

Bei der *medizinischen Rehabilitation*, der leistungsrechtlich auch die *psychologischen* Maßnahmen zugeordnet sind, geht es darum, den bestmöglichen Gesundheitszustand trotz chronischer Einschränkung zu erreichen („bedingte Gesundheit“). Mit dem primären Ziel der Teilhabeförderung und je nach Art der Einschränkung geht es etwa darum, Schmerzen zu lindern, Organsystemfunktionen oder psychische Funktionen zu verbessern. Bei chronischen Erkrankungen steht dabei im Vordergrund, die Krankheitsbewältigung zu unterstützen und zu einem selbstbestimmten Umgang mit der Erkrankung zu befähigen. Die medizinische Rehabilitation ist immer auch

zugleich Tertiärprävention und Gesundheitsförderung – eine Verschlimmerung des Leidens soll verhütet und Gesundheit im Sinne von Wohlbefinden trotz chronischer Einschränkung gefördert werden. Medizinische Rehabilitation von Heranwachsenden findet v. a. in Rehabilitationskliniken statt, aber auch kinder- und jugendpsychiatrischen (Tages-)Kliniken sowie im Rahmen von Komplexleistungen wie der Frühförderung (s. u.). Die *berufliche Rehabilitation* zielt darauf, Menschen mit Behinderung durch ein eigenes Einkommen ein möglichst selbstbestimmtes Leben ohne Abhängigkeit von sozialen oder mildtätigen Leistungen zu ermöglichen. Sie findet v. a. in Berufsförderungs- und Bildungswerken sowie in Werkstätten für Menschen mit Behinderung statt. Die *soziale Rehabilitation* umfasst Hilfen, die direkt der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft dienen – z. B. Unterstützung beim selbstbestimmten (Gruppen-)Wohnen, begleitende Hilfen für den Regelschulenbesuch oder Hilfen zur Teilhabe am kulturellen Leben. Zudem wurden im Rahmen der Behindertenhilfe besondere *Komplexleistungen* entwickelt, die medizinische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen integrieren, z. B. die *Frühförderung*. Sie richtet sich an Kinder unter 6 Jahren und wird in Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren erbracht.

Als Rehabilitationsträger werden in Deutschland Institutionen bezeichnet, die Maßnahmen und Leistungen zur sozialen, medizinischen oder beruflichen Rehabilitation erbringen (s. Abb. 1). Die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ist im Wesentlichen geprägt durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (DRV), der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der Sozialhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe. Grob orientierend sind DRV und GKV für die medizinische Rehabilitation zuständig (stationäre Kinderheilbehandlungen), die Träger der Sozialhilfe vorwiegend für berufliche und soziale Leistungen (Behindertenhilfe nach den Prinzipien der Eingliederungshilfe) und seit Inkrafttreten des SGB IX 2001 die Kinder- und Jugendhilfe für alle Leistungsarten bei Kindern und Jugendlichen mit seelischer Behinderung (Fuchs 2004).

**Rehabilitation
als Tertiär-
prävention und
Gesundheits-
förderung**

**Frühförderung
als Komplex-
leistung**

**Zersplitterung
der Rehabili-
tationsträger**

(in Anlehnung an BAR 2010: 30)

Tabelle 1: Leistungen zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	Unterhaltssichernde u. a. ergänzende Leistungen zur Teilhabe
<p>Inbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ärztliche Behandlung inkl. Psychotherapie - Zahnärztliche Behandlung - Arznei- u. Verbandsmittel - Heilmittel inkl. physikalischer Sprach- u. Beschäftigungstherapie - Seh- u. Hörhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische u. andere Hilfsmittel - Belastungsprüfung u. Arbeitstherapie - Medizinische, psychologische u. pädagogische Hilfen - Stufenweise Wiedereingliederung - Früherkennung u. Frühförderung - Förderung der Selbsthilfe - Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden in ambulanter o. stationärer Form erbracht 	<p>Inbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hilfen zur Erhaltung o. Erlangung eines Arbeitsplatzes, inkl. Leistungen zur Beratung u. Vermittlung, Trainingsmaßnahmen u. Mobilitätshilfen - Berufsvorbereitung inkl. einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung - Berufliche Anpassung u. Weiterbildung, Berufliche Ausbildung - Überbrückungsgeld entsprechend § 57 des Dritten Buches durch die Rehabilitationssträger nach § 6 (1) Nr. 2 bis 5 - Sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben - Medizinische, psychologische u. pädagogische Hilfen - Arbeitsassistenz - Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung v. Bildungsleistungen - Eingliederungszuschüsse - Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb - Teilweise oder volle Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung - Leistungen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen 	<p>Inbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hilfsmittel und Hilfen, die nicht in den §§ 31, 33 SGB IX genannt sind - Heilpädagogische Leistungen - Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse u. Fähigkeiten - Hilfen zur Verständigung mit der Umwelt - Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung u. Erhaltung eigener Wohnung - Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten - Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen u. kulturellen Leben - Weitere Leistungen der Eingliederungshilfe 	<p>Inbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krankengeld, Übergangsgeld, Verletzengeld, Versorgungskrankengeld - Beiträge und Beitragszuschüsse zur gesetzlichen Kranken-, Pflege- u. Rentenversicherung sowie zur Bundesagentur für Arbeit - Rehabilitationssport in Gruppen inkl. Übungen für behinderte o. von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen, die der Stärkung des Selbstbewusstseins dienen - Funktionstraining in Gruppen - Fahr- u. andere Reisekosten - Haushaltshilfe, Kinderbetreuungskosten - Nachgehende Leistungen zur Sicherung des Erfolges der Leistungen zur Rehabilitation u. Teilhabe - Kraftfahrzeughilfe

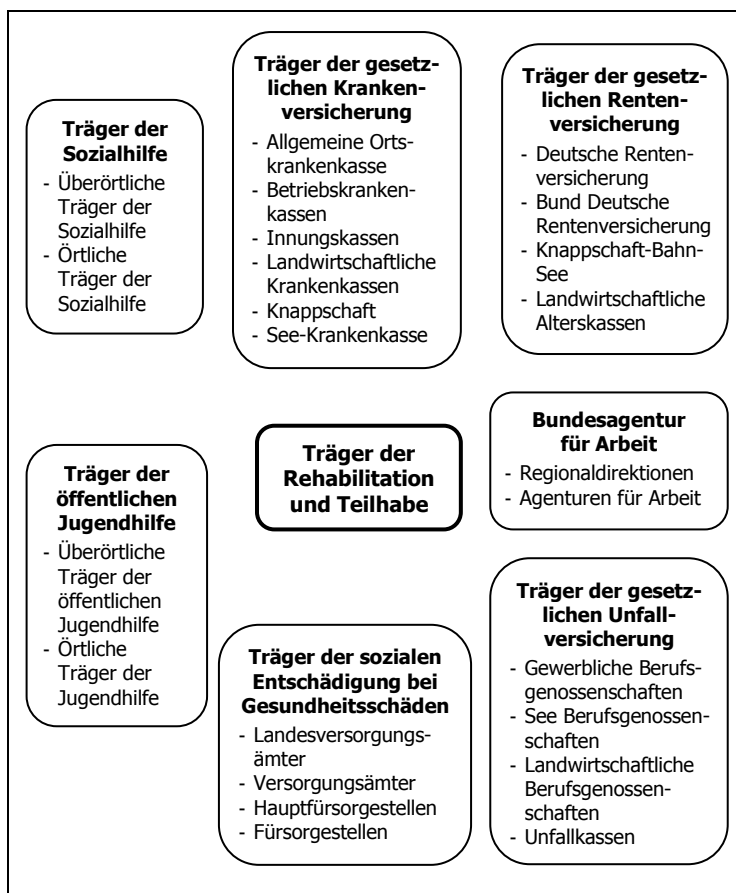


Abbildung 3: Träger der Rehabilitation
 (in Anlehnung an BAR 2007, entnommen aus BMFSFJ 2009: 178)

2 Von der Problemzentrierung zur Ressourcen- und Subjektorientierung

Überträgt man das Anliegen der Ottawa-Charta auf die besondere Situation von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung, so kann man zunächst feststellen, dass diese Grundhaltung gleichermaßen für

Schutz, Stärkung und Förderung von Kindern mit Behinderung gültig ist. Es gilt, dafür Sorge zu tragen, dass auch Kinder mit Behinderung ihre emotionalen, kognitiven und sozialen Grundbedürfnisse befriedigen können. Präzisiert auf die Situation von Kindern mit Behinderung, geht es bei der Ressourcenorientierung um folgende Grundhaltungen/Aufgaben:

- Inklusion als Gesundheitsförderung**
 - Schaffung inklusionsförderlicher und damit auch gesundheitsförderlicher *Lebenswelten*, die den Besonderheiten von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung gerecht werden. Das beginnt mit der Stärkung von Familien nach der Geburt eines Kindes mit Behinderung, setzt sich fort über die Gestaltung von Kita, Schule, Wohngruppen, Freizeitzentren und der gesamten Kommune;
- Community Care als Inklusionsförderung**
 - *Gestaltung von professionellen Hilfe- und Unterstützungssystemen* nach den Prinzipien Selbstbestimmung und Inklusionsförderung (Stichwort: „Community Care“) sowie
 - über diese ermöglichenden Strukturen *Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln, d. h. auch zur Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen.*

Wie oben gezeigt, handelt es sich bei der Kinder- und Jugendrehabilitation um eine Multidisziplin. Darum lässt sich die Ressourcenorientierung nicht im Zusammenhang eines Faches betrachten, sondern muss für die verschiedenen Handlungsfelder analysiert werden. Im Folgenden wird zunächst auf die ICF als theorie- und handlungsleitendes Konzept in der Rehabilitation näher eingegangen, um im Weiteren die Sonderpädagogik, die Frühförderung und die medizinische Rehabilitation darzustellen und zu diskutieren.

2.1 Ressourcenorientierung in der ICF

Mit dem neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ von 2001 formuliert der Gesetzgeber das generelle Ziel der Rehabilitation im Sinne von Selbstbestimmung und gleichberechtigter Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Was hierin zum Ausdruck kommt, ist die Abwendung von einem rein medizinischen Defizitdenken und die Orientierung auf Teilhabe und gesundheitliches Potenzial. Dieser Ansatz entspricht

dem Verständnis der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Dieses Konzept wurde ebenfalls 2001 von der WHO veröffentlicht und ist inzwischen in der Rehabilitationstheorie- und handlungsleitend geworden. Der ICF liegt ein biopsychosoziales Modell der Behinderung zugrunde: Es handelt sich um einen Kompromiss zwischen dem medizinischen Modell von Behinderung, wonach Behinderung eine Eigenschaft einer Person ist und dem sozialen Modell, das Behinderung sozial, d. h. durch Interaktionsprozesse zwischen dem Menschen mit Behinderung und seiner Umwelt bedingt sieht. Das ICF-Konzept fasst Behinderung mehrdimensional – auf den Ebenen Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation.

ICF: biopsychosoziales Modell der Behinderung

Mehrdimensionales Verständnis von Behinderung

Die Ebene der Körperfunktionen ist die Anschlussstelle zur Medizin und bildet Normabweichungen ab, z. B. von Körperteilen oder -funktionen wie der Motorik, des Sprechens oder auch psychischer Funktionen. Unter Aktivitäten werden alltägliche Aufgaben oder Handlungen verstanden – wie etwa Lernen oder Kommunizieren. Im Zentrum steht die Partizipation/Teilhabe. Behinderung im engeren Sinne ist eine *Teilhabe-problematik*, die aus der Wechselwirkung zwischen einer Person (mit einem Gesundheitsproblem) und ihrer Umwelt resultiert (s. Abb. 2). Der gesamte Lebenshintergrund eines Menschen, seine Umwelt (wie Einstellungen anderer Menschen, soziale Beziehungen und Unterstützung, Verfügbarkeit professioneller Dienste) und persönlichen Voraussetzungen (z. B. Bewältigungsstrategien, Lebensstil) beeinflussen demnach die Teilhabe. Mit der ICF, so formuliert es der 13. Kinder- und Jugendbericht (BMFSFJ 2009: 174), „liegt der Fokus nicht mehr auf medizinisch gedeuteten Defiziten (Krankheiten, Störungen, Unfähigkeiten), sondern auf Zielen (Teilhabe), Potenzialen (Gesundheit) und dem Weg dorthin.“

Behinderung als Teilhabe-problematik

Weil sich in der Praxis gezeigt hat, dass die ICF Behinderung bei Heranwachsenden nicht angemessen abbilden kann, wurde eine eigene Version für Kinder und Jugendliche entwickelt und 2011 auch in deutscher Sprache publiziert (ICF-CY, Hollenweger & deCamargo 2011). Die ICF-CY betrachtet Funktionsfähigkeit im Kontext kindlicher Entwicklungsstadien und wichtiger kindlicher Kontextfaktoren wie Schule und Familie. Die ICF-CY stellt eine systemübergreifende gemeinsame Sprache dar, die Orientierung bei der

ICF kann Behinderung bei Heranwachsenden nicht angemessen abbilden

ICF-CY als eigene Version für Kinder und Jugendliche

Therapie im Sinne einer Unterstützungsplanung in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung geben kann (Simeonsson et al. 2003).

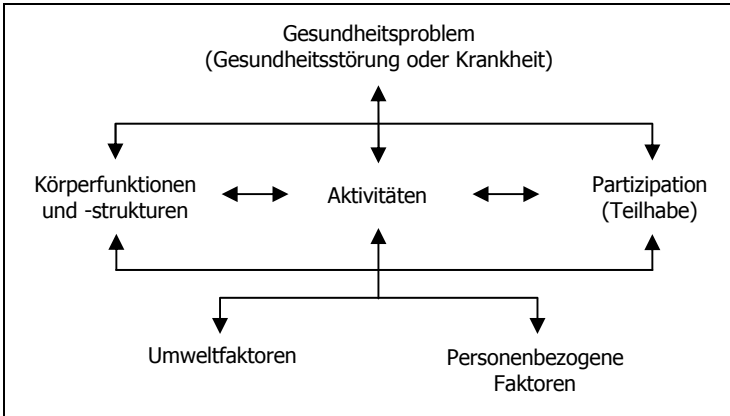


Abbildung 4: Das biopsychosoziale Modell von Behinderung der ICF (WHO 2001: 18, entnommen aus BMFSFJ 2009: 175)

2.2 Ressourcenorientierung in der sonderpädagogischen Arbeit und in der Frühförderung

Begriffe der Ressourcenorientierung oft nur „zeitgemäßer Dekoschmuck“

Wie eine Expertenbefragung und Internetrecherche von Hintermair (2009) zeigt, ist das Konzept der Ressourcenorientierung in den behinderungstheoretischen Diskursen präsent, v. a. mit den Begriffen „Empowerment“ und „Salutogenese“, weniger mit „Identitätsarbeit“ und „Netzwerkarbeit“. Allerdings werden, so Hintermair (2009), die Begriffe oft als „zeitgemäßer Dekoschmuck“ verwendet, also quasi en passant in Texte eingestreut, ohne dass erkennbar wäre, was am jeweiligen Ansatz spezifisch salutogen oder empowermentorientiert ist. Umgekehrt sei aber auch festzustellen, dass sich Grundhaltungen, die der Bezeichnung alle Ehre machten, in Arbeiten finden lassen, die diese Begrifflichkeit nicht explizit verwenden. Als eindrucksvolles Beispiel hierfür hebt Hintermair (2009) die „Einführung in die Blinden- und Sehbehindertenpädagogik“ von Walthes (2005) hervor, die in der Formulierung von Grundprinzipien pädagogischen Han-

dels auf Partizipation, Vertrauen auf Selbstregulationskräfte, Nichtwissen und Neugier, Verständnis, Dialog, Zeit, Kontextorientierung, Selbstbestimmung etc. verweise.

In der Diskussion um Konzepte der *Frühförderung* hat Ressourcenorientierung schon frühzeitig Berücksichtigung gefunden (z. B. Weiß 1992). Neben der Förderung des Kindes durch Sprach-, Physio- und Ergotherapie sowie pädagogische Fördermaßnahmen sieht das Konzept auch die Stärkung der Ressourcen der Eltern vor. Allerdings zeigt sich, dass die Frühförderung sozial selektiv wirkt, d. h. Kinder sozial benachteiligter Familien nicht oder zu spät erreicht. Untersuchungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Brandenburg fanden bei Kindern statusniedriger Eltern bei Schuleintritt ein hohes Maß an Entwicklungsstörungen (Sprachstörungen, psychomotorische Störungen, kognitive sowie emotionale Störungen), während zugleich das Durchschnittsalter der Diagnostik bei 4,2 Jahre liegt, mithin zwei Jahre zu spät (Ellsäßer et al. 2002). Klein (2002) hat darauf hingewiesen, dass bei Kindern sozial benachteiligter Eltern Entwicklungsstörungen erst das Ergebnis des Aufwachens in belasteten Lebenssituationen sind und darum nicht um die Geburt herum, sondern erst spät auffällig werden, nämlich dann, wenn sich entsprechende Funktionen wie Sprache, Motorik usw. herausgebildet haben. Lernschwierigkeiten und Verhaltensstörungen zeigen sich sogar oft erst im Schulalter. Gut $\frac{3}{4}$ der Schüler/innen in Schulen mit dem Förderschwerpunkt Lernen werden aufgrund sog. „Milieuschädigungen“ in diesen Bildungsweg gedrängt, schätzt Klein (2002, 2009: 101f.).

Dies verweist zunächst einmal auf die hohe Bedeutung von familienorientierter primärer Prävention und Gesundheitsförderung, wodurch die Frühförderung in vielen Fällen obsolet werden könnte. Für die hier ‚stromabwärts‘, also entfernt von der Quelle des Problems, gelegene Intervention Frühförderung bedeutet es, dass sie sich konzeptionell an den besonderen Bedarfen benachteiligter Eltern ausrichten müsste: zum einen durch einen frühen und niedrigschwiligen Zugang, der die Ängste, Schamgefühle und Vermeidungsstrategien benachteiligter Eltern berücksichtigt und zum anderen durch Stabilisierung der Lebenslage der Eltern, z. B. als Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe in Form sozialpädagogischer Familienhilfe (Woog 2004).

**Frühförderung:
Stärken- und
Familien-
orientierung vs.
Selektivität**

**Hohe Bedeu-
tung familien-
orientierter
Gesundheits-
förderung**

2.3 Ressourcenorientierung in der medizinischen Rehabilitation

Was könnten Empowerment im Sinne der Ottawa-Charta und Subjektorientierung in der medizinischen Rehabilitation bedeuten? Die Grundorientierung des Empowerment-Ansatzes lässt sich zum einen auf die Stellung der Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern in der Reha-Institution beziehen und zum anderen auf ihre Lern- und Lebenswelten, in denen ihnen (nach der Rehabilitation) ein selbstbestimmtes Leben ermöglicht werden soll.

Funktionslogik des Reha-bilitations-systems vs. Prinzip der Patienten-orientierung

Im Selbstbild der Versorgungsinstitutionen wie in den öffentlichen Erwartungen steht der Patient bzw. die Patientin im Mittelpunkt aller Bemühungen. Sobald man jedoch die Versorgung nicht mit den Augen der Institution und der darin arbeitenden Professionen sieht, treten Differenzen zu dieser Idealisierung zutage. Dies wird seit den 1970er Jahren mit kritischen Begriffen wie „bürokratisch“, „störungszentriert“ oder „therapeutenzentriert“ diskutiert. Die Funktionslogik der Versorgungsorganisation bzw. des Rehabilitationssystems, aber auch die wissenschaftliche Expertise der Professionellen drängt, sich selbst überlassen, zur Formalisierung und Standardisierung, während das Prinzip der Patientenorientierung gerade das Gegenteil, nämlich den differenzierten und differenzierenden Bezug auf die Subjektivität des Individuums fordert. Nur wenn die Patient/innen ihren sozial, kulturell und ethnisch unterschiedlichen Bedürfnissen und Präferenzen in der Institution wirkungsvoll Ausdruck verleihen können, kann ihrer Individualität auch entsprochen werden. Da Patient-Therapeut-Beziehungen immer auch asymmetrische Machtbeziehungen sind, setzt Patientenorientierung eine Machtbalance voraus, die den Patient/innen die Chance gibt, nicht nur ‚in den Mittelpunkt gestellt‘ zu werden, sondern sich selbst als Subjekte in den Mittelpunkt zu stellen. Die Stärkung der Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern in den Institutionen ist darum ein wichtiger Aspekt von Empowerment, Subjekt- und Ressourcenorientierung.

Empowerment

Der zweite zentrale Aspekt von Empowerment bezieht sich auf die Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen sowie ihrer Eltern außerhalb der Reha-Institution. Im Setting einer Rehabilitationsklinik ist es kaum möglich, gesellschaftliche Ressourcen zu fördern. Hier

geht es darum, individuelle Gesundheitsressourcen und Wohlbefinden zu stärken. Im Sinne der Ottawa-Charta müsste die Reha-Institution aber dazu beitragen, Kindern und Jugendlichen sowie ihren Eltern solche Kompetenzen zu vermitteln, die sie zu einem höheren Maß an Selbstbestimmung für eine höhere Kontrolle über ihre Lebensbedingungen und der aktiven Gestaltung ihres Lebens befähigen und nicht nur dazu, sich besser an ihre behindernden Lebensbedingungen anpassen zu können.

Empowerment, salutogenetische Sichtweise und Ressourcenorientierung haben auch die medizinische Rehabilitation beeinflusst: Zentrale Therapiebausteine wie Patientenschulung und rehabilitative Gesundheitsförderung beziehen sich auf diese Konzepte. Ziel von Patientenschulungen ist es, einen selbstbestimmten Umgang mit der Erkrankung in Kooperation mit professioneller Hilfe zu stärken („Selbstmanagement“). Durch systematische Patientenschulung und Verhaltenstrainings sollen Kinder und Jugendliche in die Lage versetzt werden, positive Selbstwirksamkeitserwartungen zu entwickeln und verschiedene Aspekte ihres Verhaltens zu ändern. Hiermit verbunden ist die Vision, dass Kinder und Jugendliche Expert/innen ihrer eigenen Gesundheit inkl. der eigenen Krankheit werden (Noeker et al. 2006). Im Säuglings- und Kleinkindalter geht es vorrangig darum, die Eltern zu schulen, während bei älteren Kindern und Jugendlichen das Selbstmanagement an Bedeutung gewinnt. So müssen etwa bei einem diabetes-kranken Kleinkind die Eltern das Spritzen übernehmen, während ältere Kinder es bereits selbst lernen können. Im Kern geht es in fast allen Patientenschulungen darum zu lernen, Symptome wahrzunehmen und adäquat darauf reagieren zu können, Stressmanagement und Entspannung einzuüben, soziale Unterstützung zu mobilisieren sowie riskante Gewohnheiten abzulegen und einen gesundheitsförderlichen Lebensstil anzunehmen.

In der Praxis häufig schwer von Patientenschulungen zu unterscheiden ist die Gesundheitsförderung in der medizinischen Rehabilitation. Hier geht es zum einen darum, Wohlbefinden durch Angebote von Tanz und Bewegung, Entspannung, Musik- und Kunsttherapie und der Förderung von Genussfähigkeit zu stärken und zum anderen, gesundheitliche Schutzfaktoren wie gesunde Ernährung, Stressbewältigung, Entspannung und Bewegung zu fördern.

**Zentrale
Therapie-
bausteine:
Patienten-
schulung und
rehabilitative
Gesundheits-
förderung**

**Gesundheits-
förderlicher
Lebensstil**

**Verhältnis-
prävention
bleibt unter-
entwickelt**

Insgesamt zeigt sich, dass die medizinische Rehabilitation, die sich traditionell dem in der Medizin entwickelten Risikofaktorenmodell untergeordnet hat, auch zunehmend ressourcenorientierte Konzepte berücksichtigt und vorhandene Konzepte salutogenetisch überarbeitet (Bengel & Herwig 2003). Allerdings nehmen Patientenschulungen und Gesundheitsförderung v. a. jenes gesundheitsrelevante Handeln in den Blick, mit dem sich Menschen an ihre Lebensbedingungen anpassen. Unterbelichtet bleibt die schwierige, aber substanzielle Frage, wie man – gemeinsam mit anderen – belastende Bedingungen verändern und Handlungsmöglichkeiten erweitern kann, was u. a. Konfliktfähigkeit und die Kompetenz, sich zu vernetzen, umfasst. So lernen Heranwachsende und ihre Eltern etwa individuelles Stressmanagement, während ihre belastenden Schul- und Lebensbedingungen dieselben bleiben. Zunehmend kommt es auch bei Kindern zur Medikalisierung lebensweltlicher Probleme durch Psychopharmaka-Verordnung, wie das Beispiel ADHS zeigt (Wolf-Kühn 2010). Das ist insofern problematisch, als damit die Lebensbedingungen, aus denen die Erkrankung hervorgegangen ist und die im Sinne der Ottawa-Charta gesundheitsförderlich verändert werden müssten, unbeachtet und unberührt bleiben.

2.4 Probleme, Aufgaben und Ressourcen nach Alter²

2.4.1 Kinder im Alter unter 3 Jahren

**Bindung
und Selbst-
ständigkeit**

Die Resilienzforschung hat gezeigt, dass verschiedene Fähigkeiten, wie z. B. ein positives Selbstkonzept, die Entwicklung eines Kindes trotz beschwerlicher Lebensumstände günstig beeinflussen können. Für Kleinkinder sind Bindung und Selbstständigkeit zentrale Entwicklungsthemen. Eine sichere Bindung entwickelt sich, wenn Kinder immer wieder die Erfahrung machen, sich emotional auf ihre Bezugspersonen verlassen zu können. Laut zahlreichen Studien ist eine wechselseitige Verfügbarkeit zwischen Eltern und Kind für die Entwicklung der psychischen Gesundheit von Kindern von zentraler Bedeutung³.

² Die Darstellung wesentlicher Entwicklungs- und Gesundheitsprobleme in den Altersstufen folgt der Analyse des 13. Kinder- und Jugendberichts (BMFSFJ 2009).

³ Für das Folgende vgl. auch Hintermair (2009).

Daten aus den USA zufolge sind Kinder mit Behinderung etwa dreimal so stark gefährdet, Opfer von Vernachlässigung oder Kindesmisshandlung zu werden als Kinder ohne Behinderung (Sullivan & Knutson 2000). Eine wichtige gesellschaftspolitische Maßnahme sollte darin bestehen, die emotionalen, sozialen und kognitiven Grundbedürfnisse von Kindern auch als Grundrechte gesetzlich zu verankern (Liebel 2008). Die Chancen von Familien, das Leben nach der Geburt eines Kindes mit Behinderung zu bewältigen, steigen in Abhängigkeit von sozioökonomischem Status, Bildungsstatus und den damit einhergehenden Handlungsspielräumen sowie dem Vorhandensein von Unterstützungssystemen und innerpsychischen Kräften (z. B. Scorgie et al. 1998). Ressourcenorientierung im Sinne der Ottawa-Charta verweist darauf, Lebenswelten und professionelle Hilfe- und Unterstützungssysteme so zu gestalten, dass sie Kinder mit Behinderung und ihre Familien stärken. Notwendig ist zum einen, im Sinne von Community Care in den Gemeinden einen aktiven offenen Umgang mit Behinderung zu leben, also z. B. auch Familientreffs, Elterncafés etc. inklusionsfreundlich zu gestalten. Zum anderen sollte die professionelle Unterstützung für Eltern nach der Geburt eines Kindes mit Behinderung so ausgerichtet werden, dass sie die familiären Beziehungen und die soziale Vernetzung der Kinder und Eltern gerade auch bei geringerer Selbsthilfefähigkeit stärken. Kindzentrierte Ansätze reichen nicht aus. Insbesondere muss sozial benachteiligten Familien der Zugang zu professioneller Unterstützung erleichtert und diese auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten werden (s. auch 2.2 zur Frühförderung).

**Hilfe für das
Familiensystem
nach der
Geburt eines
Kindes mit
Behinderung**

2.4.2 Kinder im Alter von 3 bis unter 6 Jahren

Für diese Altersphase sind v. a. Themen wie Bewegung, Sprechen und soziale Kompetenz relevant. Entwicklungsschritte, die zwischen dem 1. und 3. Lebensjahr gemacht wurden, werden in diesem Abschnitt weitergeführt und ausdifferenziert. Als neue Lebenswelt kommt in der Regel die Kindertagesstätte hinzu. Dadurch werden Kinder vor die Herausforderung gestellt, sich in komplexen Beziehungsgefügen zurechtzufinden. In diesem Zusammenhang muss das Kind den Übergang von Gewohntem zu Fremdem bewältigen. Kinder mit einer Behinderung beginnen, eine andere Erfahrungswelt

**Inklusions-
freundliche
Lebenswelten
schaffen**

wahrzunehmen, insb. wenn Inklusionen in die Lebenswelten derer, die nicht behindert sind, misslingen. Vor allem die Anerkennung der Kompetenzen sowie die Einbeziehung in soziale Prozesse sind für Kinder mit Behinderung in diesem Abschnitt wichtig. Statt die vorhandenen Defizite zu fokussieren, sollten vielmehr – im Rahmen der pädagogischen und elterlichen Arbeit – die Kompetenzen gefördert werden, sodass sich auch Kinder mit Behinderung als selbstwirksam erleben. Wie Hintermaier (2009) betont, liegen zahlreiche empirische Befunde vor, die zeigen, dass Kinder mit Behinderung in integrativen bzw. inklusiven Settings positive Entwicklungen aufweisen. Dabei ginge es nicht um eine „Normalisierungs-“, sondern um eine „Differenzstrategie“, da nach wie vor die Berücksichtigung des „Besonderen“ notwendig sei (ebd.). Ungefähr die Hälfte aller Kinder mit Behinderung geht in einen Regel- oder Integrationskindergarten, wobei es jedoch große regionale Unterschiede gibt (BMFSFJ 2009).

**Differenz-
strategie**

2.4.3 Kinder im Alter von 6 bis unter 12 Jahren

Die Entwicklung des Geschlechts und die damit verbundene Identifikation mit diesem stellt eines der zentralen Themen für Kinder in den ersten Schuljahren dar. Kinder mit Behinderung haben häufiger Schwierigkeiten mit der Entwicklung eines geschlechtsspezifischen Selbstkonzeptes. Dies scheint u. a. daran zu liegen, dass in der gesellschaftlichen Umwelt das Identitätsmerkmal Behinderung noch gewichtiger wirkt als Geschlecht. So neigen bspw. Eltern eines Mädchens mit Behinderung zu einem Verhalten der Überbehütung sowie einer Verklärung des Rollenverständnisses, d. h. dass dieses prinzipiell nicht der Gleichwertigkeit der Geschlechter entspricht.

Eine weitere charakteristische Entwicklungsaufgabe dieses Alters ist die Verselbstständigung. Kinder mit einer chronischen Erkrankung bzw. (angeborenen) Behinderung haben einschränkungsbedingt Schwierigkeiten, verselbstständigt zu handeln – sie bleiben auf die Unterstützung durch die Familie angewiesen. Um dies auszugleichen, müssten verstärkt Möglichkeiten des Kontakts und Austausches außerhalb der Familie geschaffen werden – wie etwa in sog. ‚Diabetes-Camps‘.

**Inklusions-
pädagogik**

Als neue Lebenswelt und Sozialisationsinstanz kommt die Schule hinzu, die im Kontext der Forderung nach Teilhabemöglichkeiten ei-

ne zentrale Rolle einnimmt. Die überwiegende Zahl der Kinder mit Behinderung geht in Deutschland – trotz der Entwicklung und des Vorhandenseins neuer Methoden – nicht in eine Regelschule. Dies steht im prinzipiellen Widerspruch zu dem unbedingten Recht auf Teilhabe in und an der Gesellschaft, wie es in der *UN-Konvention über die Rechte Behinderter* formuliert ist, die von der Bundesregierung im Dezember 2008 ratifiziert wurde.

Ein wichtiges Gesundheitsproblem in dieser Altersgruppe sind psychische Störungen, die bei Jungen und Kindern aus statusniedrigen Elternhäusern wesentlich häufiger vorkommen (RKI 2008). Es gibt eine starke Unterversorgung bei seelisch behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen, die regional auch auf einen Mangel an Kinder- und Jugendpsychotherapeuten zurückzuführen ist. Hinzu kommen Schnittstellenprobleme durch die getrennte Zuständigkeit für Kinder und Jugendliche mit seelischer und sonstiger Behinderung (Kinder- und Jugendhilfe vs. Eingliederungshilfe) sowie eine zunehmende Unterfinanzierung dieser sozialen Sicherungssysteme. Der Ausbau der psychiatrischen/psychosomatischen Kinder- und Jugendrehabilitation sowie die Lösung der Schnittstellen- und Finanzierungsprobleme werden im 13. Kinder- und Jugendbericht (BMFSFJ 2009) nachdrücklich eingefordert.

Eine Unterversorgungsproblematik gibt es auch im gesamten Bereich der medizinischen Kinder- und Jugendrehabilitation, deren drei häufigste Indikationen Erkrankungen der Atemwege, Adipositas und psychische Störungen sind. So werden viele Anträge abgelehnt oder auch Leistungen in Einrichtungen durchgeführt, die nicht auf die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen spezialisiert sind. Zudem dürfen Eltern ihre Kinder nur bis zum 6. Lebensjahr begleiten, weshalb viele erst gar keine Rehabilitationsmaßnahme beantragen.

2.4.4 Kinder und Jugendliche von 12 bis unter 18 Jahren

Eines der wichtigen Gesundheitsprobleme der Altersgruppe der Adoleszenz ist Suchtverhalten, insb. Drogenkonsum und -abhängigkeit. Ein analog dem Erwachsenenbereich differenziertes und spezialisiertes Angebot der Suchtkrankenhilfe, so analysiert der 13. Kinder- und Jugendbericht (BMFSFJ 2009), gibt es nur in Teilbereichen und nicht flächendeckend für Kinder und Jugendliche. Suchtkranke und

Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention 2008

Unterversorgung bei seelischen Behinderungen

Problematisch: getrennte Zuständigkeit von Kinder- und Jugendhilfe und Eingliederungshilfe

**Komplexer
Hilfebedarf für
Suchtkranke
und -bedrohte
verirrt sich im
Zuständigkeits-
gewirr**

von Suchterkrankung bedrohte Kinder und Jugendliche weisen einen komplexen Hilfebedarf auf, der sich im Zuständigkeitsgewirr zwischen Suchtkrankenhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe bewegt. Die Hilfen müssten frühzeitig in einem Hilfeplan zusammengeführt werden. „Die Hilfesysteme sind jedoch unzureichend vernetzt. Um die Teilhabe der betroffenen Jugendlichen zu gewährleisten, ist die Vernetzung der Hilfesysteme unabdingbar“, schlussfolgert der 13. Kinder- und Jugendbericht (ebd.).

2.4.5 Junge Erwachsene von 18 bis 27 Jahren

Wichtige Entwicklungsaufgaben in dieser Lebensphase sind Intimitätsentwicklung, Verantwortungsübernahme und Selbstständigkeit. Das betrifft v. a. das selbstständige Wohnen und Arbeiten. Für junge Erwachsene mit einer (angeborenen) Behinderung bzw. einer chronischen Erkrankung stellt sich die Situation oft ambivalent dar, da die Möglichkeiten des Wohnens und Arbeitens, die die deutsche Behindertenhilfe bereitstellt, oftmals gleichbedeutend mit einem starken Maß gesellschaftlicher Exklusion sind. Wie der 13. Kinder- und Jugendbericht (BMFSFJ 2009) resümiert, sind die die Möglichkeiten des (betreuten) eigenständigen Wohnens und der Beschäftigung auf dem Arbeitsmarkt immer noch stark beschränkt.

**Schwierigere
Berufseinfäd-
elung**

Berufliche Einfädung und Teilhabe am Arbeitsleben sind für junge Menschen mit Behinderung in den letzten Jahrzehnten schwieriger geworden. Massenhafte Jugendarbeitslosigkeit, Druck zu Kostensenkung und Leistungssteigerung, neue Formen der betrieblichen Arbeitsorganisation mit einem wachsenden Zugriff auf die Beschäftigten mit den Tendenzen der ‚Subjektivierung‘, Entgrenzung und Intensivierung der Arbeit machen die Arbeitswelt für Menschen mit Einschränkungen zunehmend schwerer zugänglich. Viele einfache Arbeitstätigkeiten sind ebenso weggefallen wie betriebliche ‚Nischen‘, die sich zu Schonarbeitsplätzen eignen.

Die wachsende Konkurrenz unter den Beschäftigten um knappe Stellen und Karrierechancen, verstärkt durch neue Anreiz- und Sanktionssysteme, hat zu spürbaren Entsolidarisierungstendenzen geführt, was die berufliche Eingliederung gesundheitlich eingeschränkter junger Menschen behindert. Das gilt ganz besonders für junge Menschen mit einer geistigen, körperlichen oder seelischen Behinderung.

Unter dem Ressourcenaspekt ist es daher besonders wichtig, dass das SGB IX die Menschen mit einer (Schwer-)Behinderung unter besonderen Schutz stellt. Aber die Verpflichtung der Arbeitgeber, auf mindestens 5 % der Arbeitsplätze schwerbehinderte Menschen zu beschäftigen, wird v. a. in der Privatwirtschaft durch Zahlung einer Ausgleichsabgabe umgangen. Nach § 81 SGB IX haben Personen mit einer Schwerbehinderung Anspruch auf eine Arbeit, „bei der sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse möglichst voll verwerten und weiterentwickeln können.“ Eingeschränkt ist dies durch den unbestimmten Rechtsbegriff der Zumutbarkeit für den Arbeitgeber. Stärkung der Menschen bei der beruflichen Integration erfordert daher, die Rechte dieses Personenkreises in der Praxis durchzusetzen, wozu auch das Diskriminierungsverbot des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) verpflichtet.

Diskriminierungsverbot des AGG

3 Fazit: Ressourcenorientierung im Sinne der Ottawa-Charta?

Es entspricht dem heutigen gesundheitswissenschaftlichen Stand, dass Gesundheitschancen, einschließlich der Bewältigungschancen bei chronisch eingeschränkter Gesundheit und Behinderung, von vielen Faktoren und Interdependenzen abhängen, die von den Individuen allein nicht hinreichend beeinflusst werden können. Das eigentlich Neue der Ottawa-Charta liegt daher erstens in dem Ziel, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986/2001) und zweitens in den damit unmittelbar verbundenen Einsichten, dass es dazu des Zusammenwirkens von subjektiven und objektiven Ressourcen, Fähigkeiten und Bedingungen, individuellem und kollektivem Handeln bedarf. Daher liegt der Schwerpunkt dieses Konzeptes auf der Gestaltung von Lebenswelten.

In der Kinder- und Jugendrehabilitation gibt es durchgängig Ansätze zur Abkehr von der Defizitorientierung und eine große Offenheit gegenüber Konzepten der Salutogenese und der Ressourcenorientierung. Allerdings zeigt sich in den verschiedenen Bereichen der Rehabilitationspraxis auch die Tendenz, das Konzept der

Abkehr von der Defizitorientierung bei Vernachlässigung der Lebensweltperspektive

Ressourcenorientierung auf einige *individuelle* Fähigkeiten und Kompetenzen zu verkürzen. Die Verkürzung des Ansatzes um die Lebensweltperspektive folgt dem Weg des geringsten gesellschaftlichen Widerstandes⁴, um Verteilungskonflikte zu vermeiden.

Verkürzung der Selbstbestimmung als „Eigenverantwortung“

Die verkürzte Handlungspraxis kristallisiert sich in der verbreiteten Umdeutung des für die Ottawa-Charta zentralen Begriffes der gesundheitlichen Selbstbestimmung in den wirtschaftsliberal geprägten Begriff der Selbst- oder Eigenverantwortung (Schmidt 2007). Worin liegt der Unterschied? Selbstverantwortung verweist hier das Individuum auf sich selbst im Sinne einer Zurückweisung von Ansprüchen an den Sozialstaat und der Überantwortung von Schuld, Verhaltenslasten und finanziellen Aufwendungen an die Individuen (Kühn 1998). Es wird übersehen, dass dieser Begriff seiner Herkunft nach dem ‚Subsidiaritätsprinzip‘ der katholischen Soziallehre entstammt, wo er genau Gegenteiliges meint, da Verantwortung nur übernehmen kann, wem dies objektiv möglich ist und wer subjektiv befähigt ist (Nell-Breuning 1955, zit. nach Preller 1970).

Soziales Empowerment als Voraussetzung erfolgreichen Bewältigungshandelns

Genau in diese Richtung zielt die Selbstbestimmung im emanzipatorischen und demokratischen Sinne der Ottawa-Charta. Sie meint Herstellung von Handlungsspielräumen zum Zwecke größerer individueller und kollektiver Verfügung über die gesundheitsrelevanten gesellschaftlichen Lebensumstände. Dabei sind individuelle Fähigkeiten und Kompetenzen nicht zu trennen von materieller und ideeller (solidarischer) sozialer Unterstützung und Integration. Verhalten und Verhältnisse sowie individuelles und kollektives Handeln sind nicht als Gegensätze zu sehen. Verhältnisse lassen sich nur durch Verhalten verändern und solidarisch handeln Individuen, die erkennen, dass ihre individuelle Kraft allein nicht ausreicht, um die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen zu beeinflussen. Auch dies ist mit dem modernen und international gebräuchlichen Begriff des Empowerment gemeint. Betont werden damit auch soziale Sicherheit, Arbeit, Wohnung, Bildung, Möglichkeiten der Partizipation und

⁴ Es liegt auf der Hand, dass Interventionen in die Lebensbedingungen der Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien nicht kostenlos sind. Allein aufgrund der Steuerenkungen wird seit 1999 auf jährliche staatliche Einnahmen von über 50 Mrd. Euro zugunsten der Wohlhabenden verzichtet (Truger & Teichman 2010).

der kollektiven Gestaltung von Lebensbedingungen als Voraussetzungen für erfolgreiches individuelles Bewältigungshandeln.

Literatur

- Bengel, Jürgen & Herwig, Judith (2003): Gesundheitsförderung in der Rehabilitation. In: Jerusalem, Matthias & Weber, Hannelore (Hg.): *Psychologische Gesundheitsförderung, Diagnostik und Prävention*. Göttingen: Hogrefe, 707-724.
- BAR Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2010): *Wegweiser Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen* (13. Aufl.). Frankfurt: BAR.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009): *13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*. Drucksache 16/12860. Berlin: BMFSFJ.
- Ellsäßer, Gabriele; Böhm, Andreas; Kuhn, Joseph et al. (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern. Ergebnisse und Konsequenzen aus den Brandenburger Einschulungsuntersuchungen. In: *Kinderärztliche Praxis* 4, 248-257.
- Fuchs, Harry (2004): *Prävention und medizinische Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen durch die Träger der Renten- und Krankenversicherung. Geschichtliche Entwicklung, rechtliche Rahmenbedingungen und Grundlagen für Konzepte und Qualität der Leistungsbringung unter besonderer Berücksichtigung der Frühförderung*. Aachen: Shaker.
- Hintermair, Manfred (2009): Salutogenetische und Empowerment-Konzepte in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen. In: Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts (Hg.): *Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht*. Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht. München: DJI, 155-190.
- Hollenweger, Judith & deCamargo, Olaf Klaus (2011): *ICF-CY. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. Bern: Huber.
- Klein, Gerhard (2002): *Frühförderung für Kinder mit psychosozialen Risiken*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Klein, Gerhard (2009): Frühförderung für Kinder mit psychosozialen Risiken. In: Geene, Raimund & Gold, Carola (Hg.): *Kinderarmut und Kindergesundheit*. Bern: Huber, 99-107.
- Koch, Uwe & Bengel, Jürgen (2000): Definition und Selbstverständnis der Rehabilitationswissenschaften. In: Bengel, Jürgen & Koch, Uwe (Hg.): *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung*. Berlin: Springer, 3-18.
- Kühn, Hagen (1998): ‚Selbstverantwortung‘ in der Gesundheitspolitik. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 30, 7-20.
- Liebel, Manfred (2008): Kinderrechte sind Menschenrechte. Ein Überblick über ihre Geschichte. In: *Gemeinsam leben* 16, 3-10.
- Morfeld, Matthias; Mau, Wilfried; Jäckel, Wilfried et al. (2007): *Im Querschnitt – Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren*. München: Elsevier.
- Nell-Breuning, Oswald v. (1955): Zur Sozialreform. Erwägungen zum Subsidiaritätsprinzip. In: *Stimmen der Zeit* 157, 1-11.
- Noeker, Meinolf; Hampel, Petra & Petermann, Franz (2006): Chronische Krankheiten. In: Lohaus, Arnold; Jerusalem, Matthias & Klein-Heßling, Johannes (Hg.): *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe, 477-498.
- Preller, Ludwig (1970): *Praxis und Probleme der Sozialpolitik*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- RKI Robert-Koch-Institut (2008): *Lebensphasenspezifische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI.
- Schlack, Robert; Kurth, Bärbel-Maria & Hölling, Heike (2008): Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Daten aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: *Umweltmed Forsch Prax* 13 (4), 245-260.
- Schmidt, Bettina (2007): Von der Gesundheitsförderung zur Selbstoptimierung. In: Schmidt, Bettina & Kolip, Petra (Hg.): *Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat*. Weinheim: Juventa, 95-104.
- Scorgie, Kate; Wilgosh, Lorraine & McDonald, Linda (1998): Stress and coping in families of children with disabilities: An examination of recent literature. In: *Developmental Disabilities Bulletin* 26, 22-42.
- Simeonsson, Rune J.; Leonardi, Matilde; Björck-Akesson, Eva et al. (2003): Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health to measure childhood disability. In: *Disability & Rehabilitation* 25, 602-610.
- Sullivan, Patricia M. & Knutson, John (2000): Maltreatment and disabilities. In: *Child abuse and Neglect* 24, 1257-1273.
- Truger, Achim & Teichman, Dieter (2010): *IMK-Steuerschätzung 2010-2014. Kein Spielraum für Steuersenkungen*. IMK-Report (Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung) Nr. 49. Düsseldorf: Hans Böckler Stiftung.
- Walther, Renate (2005): *Einführung in die Blinden- und Sehbehindertenpädagogik*. München: Reinhardt.
- Weiß, Hans (1992): Annäherungen an den Empowerment-Ansatz als handlungsorientierendes Modell in der Frühförderung. In: *Frühförderung interdisziplinär* 11, 157-169.
- WHO World Health Organization (1986/2001): Die Ottawa-Charta. In: Geene, Raimund & Denzin, Christian (Hg.): *Berlin – Gesunde Stadt? Die Diskussion um das Healthy City-Programm der WHO* (5. Aufl.). Berlin: Schöningh, 337-344.

- WHO World Health Organization (2001): *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Genf: WHO.
- Wolf-Kühn, Nicola (2010): Medikalisierte Kindheit. Soziale Prävention statt Medikamente. In: *Forum Wissenschaft 4/2010*, 8-12.
- Woog, Astrid (2004): Lebensweltorientierte Sozialarbeit in der sozialpädagogischen Familienhilfe. In: Thiersch, Hans & Grunwald, Klaus (Hg.): *Praxis Lebensweltorientierter sozialer Arbeit*. Weinheim: Juventa, 87-108.

Ressourcenanalyse aus neurowissenschaftlicher Perspektive

1 Historische Hintergründe

1.1 Neurowissenschaft

Betrachtet man die Geschichte der Neurowissenschaft und v. a. deren Ursprünge in weit zurückliegenden Zeiten, finden sich vielfältige Disziplinen mit jeweils unterschiedlichen Ansätzen und Fragestellungen. In einer von Kandel (2000) erstellten Zeitreihe erstreckt sich die Geschichte dieser Wissenschaft von der Entdeckung des Gehirns als Sitz des Geistes im 2. Jh. n. Chr. durch Galenos von Pergamon über unzählige Meilensteine, etwa die Messung der Geschwindigkeit der Reizweiterleitung durch Herrmann von Helmholtz (1852), die Entdeckung einer neurodegenerativen Krankheit durch Alois Alzheimer (1906), die Elektroencephalographie (Hans Berger 1929), die Chemie der synaptischen Übertragung (1930er bis 1960er Jahre), die Entdeckung des Dopamins als Neurotransmitter durch Arvid Carlsson (1958), erste bildgebende Verfahren (Ende der 1970er Jahre) u. v. m. Die Geburtsstunde der Neurowissenschaft, wie wir sie heute kennen, als multidisziplinäre Wissenschaft, ist schwer zu bestimmen. Cowan et al. (2000) sehen im Zeitraum des Überschreitens lange aufrechterhaltener Grenzen beteiligter Disziplinen eine entscheidende Wendung hin zur Neurowissenschaft. Die Gründe dafür liegen nach Cowan et al. (2000) weniger im Fortschreiten der Technik als in der Konfrontation mit den ‚Problemen‘, die in der Erforschung des Nervensystems liegen. Dies führt in der Folge zur erwähnten Annäherung von Grundlagenwissenschaften (Physiologie, Anatomie, Biochemie) und verwandten klinischen Wissenschaften (Neurologie, Psychiatrie), was etwa Forschungsarbeiten von 1939 bis 1973 betrifft (ebd.). Demgemäß entwickelt sich die Neurowissenschaft Mitte des letzten Jahrhunderts zu einer Disziplin, die sich sowohl mit der Biologie als auch mit der Psychologie beschäftigt (Kandel 2000). Daraus ergeben sich einerseits über die Erforschung von Nervenzellen faszinierende Erkenntnisse hinsichtlich der Zellbiologie, während andererseits die Erforschung von Neuronen und Neuronenverbänden bzw.

Neurowissenschaft als Multidisziplin

Biologie und Psychologie als Kernfächer der Neurowissenschaften

-systemen neue Einsichten bezüglich mentaler Prozesse ermöglicht. Die zukünftigen Arbeitsschwerpunkte und Ziele der modernen Neurowissenschaft beschreibt Kandel (2000: 1118) folgendermaßen:

„For neuroscience to address the most challenging problems confronting the behavioral and biological sciences, we will need to continue to search for new molecular and cellular approaches and use them in conjunction with systems [of] neuroscience and psychological science. In this way, we will best be able to relate molecular events and specific changes within neuronal circuits to mental processes such as perception, memory, thought, and possibly consciousness itself.“

1.2 Neuropsychologie

Die Neuropsychologie als einer der sechs Hauptbereiche der Biopsychologie, die wiederum als Disziplin der Neurowissenschaft zugeordnet wird (Pinel & Pauli 2008), unterliegt zwar in vielerlei Hinsicht den gleichen historischen Entwicklungen wie die Neurowissenschaft selbst, birgt aber eine Vielzahl spezifischer Eckdaten und Entwicklungszusammenhänge, die im Folgenden kurz erläutert werden. Den Beginn der eigentlichen Neuropsychologie in Deutschland datiert Preilowski (2010) auf den Zeitraum des Ersten Weltkrieges, als sich Ärzt/innen, Psycholog/innen und Pädagog/innen in speziellen Lazaretten um die Versorgung hirnverletzter Soldaten bemühen. Obwohl die Hirnverletztenlazarette nach 1918 bestehen bleiben oder teilweise sogar noch erweitert werden, verkümmert die gerade entstandene interdisziplinäre Neuropsychologie zusehends und hört 1933 v. a. aufgrund der Verfolgung führender Wissenschaftler praktisch auf zu existieren (ebd.). Wichtig ist in diesem Zusammenhang, die interdisziplinäre Grundlage dieser damals noch jungen Wissenschaft hervorzuheben. In ihrer Entwicklung kommt es entlang der relativ unscharfen Grenzen immer wieder zu dominierenden Einflüssen wie etwa aus der Neurologie bzw. Medizin. Hier kann auch ein gegenseitiges Konkurrieren um das Fachgebiet und diesbezügliche Ansprüche festgestellt werden, was in der weiteren Entwicklung wiederum zu einer Zersplitterung der interdisziplinären Ansätze und somit zu fachinternen (Pädagog/innen, Psycholog/innen, Neurolog/innen) Alleingängen in Richtung Psychotechnik¹ und Hirnpatho-

**Hirnverletzten-
lazarette als
Ausgangspunkt
der Neuro-
psychologie**

¹ Psychotechnik beschäftigte sich, bedingt durch die zunehmende Industrialisierung und Mechanisierung, mit der Auswahl und dem Training besonders geeigneter Perso-

logie führt (Preilowski 2010). Während im Ausland (England und Ostblock) nach dem Zweiten Weltkrieg interdisziplinäre neuropsychologische Arbeitsgruppen zur Versorgung der hirngeschädigten Soldaten entstehen, findet in Deutschland v. a. eine medizinische Versorgung der Betroffenen statt (ebd.).

Ab 1950 kann eine durch nordamerikanische und englische Einflüsse beschleunigte Entwicklung einer wissenschaftlich interdisziplinär ausgerichteten klinischen Neuropsychologie konstatiert werden. Im Zuge des Wiederaufbaus der experimentellen Psychologie erschließen v. a. im Ausland ausgebildete Psycholog/innen neben den bis dahin hauptsächlich beforschten Aphasien auch neue Forschungsfelder wie Gedächtnis, Aufmerksamkeit und visuelle Funktionen (Preilowski 2010). Zu den genannten Einflüssen müssen gleichermaßen auch die ab 1952 etablierten Rehabilitationseinrichtungen für Hirnverletzte genannt werden, in denen zunehmend Therapeut/innen und Psycholog/innen tätig werden. Zu beachten ist überdies noch, dass die ersten Professuren für Neuropsychologie erst in den 1980er Jahren eingerichtet werden, sodass die Entwicklung der klinischen Neuropsychologie weitgehend unabhängig von der akademischen Psychologie stattfindet (ebd.). Nach der erfolgreichen Gründung der Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) im Jahre 1986 und nachfolgenden berufsrechtlichen Auseinandersetzungen im Zuge des Psychotherapeutengesetzes ab 1999 sieht Preilowski (2010: 20) die klinische Neuropsychologie vor der Aufgabe, „sich selbst umfassender zu definieren oder sich wiederum nur anzupassen.“

**Starker
anglikanischer
Einfluss**

**Akademische
Etablierung erst
in den 1980ern**

2 Fachdisziplinen, zentrale theoretische Konzepte und aktuelle Definitionen

2.1 Neurowissenschaft

Kirschbaum (2008: 201) bestimmt die Neurowissenschaft wie folgt:

„Die Neurowissenschaft ist ein Forschungsgebiet, welches sich mit dem Aufbau und der Funktionsweise des Nervensystems beschäftigt. Dabei ist die Neurowissenschaft stark grundlagenorientiert und interdisziplinär ausgerichtet. Durch die

nen für verschiedene Berufe, die den Umgang mit neuartigen Maschinen (Kräne, Straßenbahnen, Lokomotiven oder Flugzeuge) erfordern (Preilowski 2010).

daraus resultierenden Anknüpfungspunkte vieler Fachrichtungen (z. B. Psychologie, Medizin, Biologie, Informatik, Physik) erlebten die Neurowissenschaften in den letzten Jahren ein stark anwachsendes Forschungsinteresse. Die kognitive Neurowissenschaft bezieht sich auf das Teilgebiet der Neurowissenschaften, welches die biologische Seite von kognitiven Funktionen betrachtet und so u. a. die neuronalen Grundlagen der Informationsverarbeitung untersucht.“

Kirschbaum macht deutlich, dass die Neurowissenschaft ihren Gegenstand von verschiedenen Disziplinen aus untersucht. Neurowissenschaft umfasst also Teile der Medizin, Biologie, Psychologie etc., sodass sie sich aufgrund dieser Interdisziplinarität einer genaueren Bestimmung entzieht, da jede Disziplin spezifische Perspektiven und Fragestellungen mit sich bringt. Demgemäß können Neurowissenschaften anhand weiterer Bestimmungsstücke der einzelnen Disziplinen wiederum in Teilbereiche untergliedert werden.

2.2 Neuropsychologie

Neuropsychologie beschäftigt sich mit der Leitfrage, wie sich Verhalten und Erleben unter Einbezug der Ebene des Gehirns erklären lassen. Dabei werden große Überschneidungsbereiche mit der Biopsychologie hergestellt, die sich mit der Biologie des Verhaltens beschäftigt und hierbei insb. die Beziehung zwischen psychologischen Prozessen und dem Gehirn erforscht. Die Neuropsychologie als wissenschaftliche Disziplin bildet in zweierlei Hinsicht Schnittstellen, einerseits zur Neurowissenschaft, die als interdisziplinärer wissenschaftlicher Bereich den Aufbau und die Funktionsweise des Nervensystems untersucht; andererseits ist Neuropsychologie aber auch als Verbindungsglied zwischen Neurowissenschaft und Psychologie zu sehen.

Die *Neuropsychologie als Grundlagenwissenschaft* untersucht das Verhalten und Erleben des Menschen in Interaktion mit neuronalen Strukturen und Prozessen und bemüht sich darüber hinaus um eine Operationalisierung und Modellbildung von Kognitionen und Emotionen im Sinne der kognitiven Neurowissenschaft.

Klinische Neuropsychologie hingegen ist eine wissenschaftliche Disziplin, die sich sowohl diagnostisch als auch therapeutisch mit Störungen spezifischer Hirnfunktionen beschäftigt. Darüber hinaus befasst sich die *klinische Kinder- und Jugendneuropsychologie* pri-

mär mit Störungen von Hirnfunktionen im spezifischen Kontext der psychischen, kognitiven, körperlichen und sozialen Entwicklung junger Menschen.

2.3 Plastizität

Die Fähigkeit von Nervenzellen, während der Entwicklung und Regeneration des ZNS neue Synapsen auszubilden oder die synaptische Funktion dem jeweiligen Bedarf anzupassen, wird begrifflich als sog. „synaptische Plastizität“ gefasst. Ende-Henningsen & Henningsen (2010: 68) geben folgende Umschreibung: „Die neuronale Plastizität des Gehirns ist ein kontinuierlich dynamischer Prozess. Es ist die Fähigkeit des Gehirns, seine eigene Struktur und Organisation den veränderten biologischen Grundlagen (z. B. Läsionen) und Anforderungen (z. B. Lernbedarf) anzupassen.“ Die Formbarkeit von Synapsen äußert sich sowohl durch strukturelle Veränderungen als auch durch Schwankungen in der synaptischen Übertragung (vermehrter oder verminderter Transmitterausstoß). Ferner lässt sich die neuronale Plastizität durch folgende Hauptformen weiter differenzieren: Entwicklungsplastizität, übungsinduzierte Plastizität und Lernen im erwachsenen Gehirn sowie die läsionsinduzierte Plastizität (Regeneration nach Verletzungen des ZNS) (Schoen 2000). Birbaumer und Schmidt (2006: 619) beschreiben zusammenfassend „die Ausbreitung oder Reduktion kortikaler somatotopischer Repräsentationen und Karten [... als] ein Korrelat von neuronaler Plastizität.“

**Synaptische
bzw. neuronale
Plastizität**

2.4 Sensible Phasen

„Von einem kritischen Zeitfenster oder einer lernsensiblen Entwicklungsphase spricht man immer dann, wenn Erfahrungen in einem gegebenen Alter prägende Wirkung für das ganze weitere Leben haben und zu unumkehrbaren Veränderungen des Verhaltens führen“, heißt es im Standardwerk von Bailey et al. (2001, zit. nach Pauen 2006: 33). Sensible Phasen der Gehirnentwicklung sind also zeitlich begrenzte Perioden, in denen die Abwesenheit relevanter Umweltreize dazu führt, dass spezifische Fähigkeiten nicht entwickelt werden und ein ‚Nachholen‘ dieser Entwicklung (je nach Funktion) gar nicht oder nur noch teilweise möglich ist. Für einige Funktionen, z. B. das

Sensible Phasen der Gehirnentwicklung

räumliche Sehen, können dabei eng umgrenzte Zeitfenster bestimmt werden (Klatte 2007). In zahlreichen anderen Bereichen (z. B. Spracherwerb) ist die Rolle von Entwicklungszeitfenstern hingegen umstritten und Gegenstand kontroverser Diskussionen (ebd.).

2.5 Gehirnentwicklung

Synaptogenese

Die Entwicklung des Gehirns vollzieht sich im Wesentlichen auf zwei Ebenen, nämlich der Bildung von Nervenzellen und Gliazellen einerseits und ihrer gegenseitigen Vernetzung, also der Bildung von Synapsen (Synaptogenese) andererseits. Diese Entwicklungen müssen jedoch zeitlich differenziert betrachtet werden, denn sie verlaufen quantitativ nicht parallel progressiv, sondern folgen bestimmten Entwicklungszusammenhängen (Klatte 2007). Deutlich wird dies daran, dass die meisten Nervenzellen schon in der ersten Hälfte der Schwangerschaft gebildet werden, gleichzeitig aber noch wenige Verbindungen (Synapsen) bestehen (ebd.). Daraufhin folgt wiederum ein enormes Wachstum an Verbindungen während der ersten drei Lebensjahre, die im weiteren Verlauf teilweise wieder abgebaut werden (ebd.). „Tatsächlich liegt die biologische Grundlage der kognitiven Entwicklung nicht in der Zunahme, sondern primär in der Selektion und Auslöschung nicht benötigter Synapsen“ (ebd.: 124). Bei der Entwicklung des Gehirns interessiert diesbezüglich wesentlich die Frage danach, was diese steuert und welche Faktoren oder Mechanismen dabei beteiligt sind (Braun & Bock 2008). Neuere Forschungsergebnisse legen dabei nahe, dass Umwelteinflüsse eine größere Rolle spielen als bislang angenommen, wobei in diesem Zusammenhang der Begriff der Epigenetik von zentraler Bedeutung ist (Braun & Bock 2008; Hüther 2008). Die fachinterne Diskussion hat diesbezüglich nach wie vor das Ausmaß der Bedeutung dieser Umwelteinflüsse sowie die Übertragbarkeit tierexperimentell gewonnener Erkenntnisse zum Gegenstand (Pauen 2006).

2.6 Neuropsychotherapie

Der Begriff der Neuropsychotherapie ist maßgeblich von dem Psychotherapieforscher Klaus Grawe geprägt (Suslow & Arolt 2010), der folgende Umschreibung gibt:

„Neuropsychotherapie, wie ich sie verstehe, versucht, das Gehirn zu verändern, aber sie befasst sich nicht in erster Linie mit dem Gehirn, sondern mit Lebenserfahrungen, die ein Mensch macht. Das Gehirn ist darauf spezialisiert, Lebenserfahrungen zu verarbeiten. Lebenserfahrungen haben Bedeutungen in Hinblick auf die Bedürfnisse, die jedem Menschen mit seinen Hirnstrukturen mitgegeben sind. Von der Erfüllung dieser Bedürfnisse hängt das Glück des Menschen ab“ (Grawe 2004: 448).

Neuropsychotherapie beschäftigt sich also nicht dringend mit neurowissenschaftlichen Fragestellungen, sondern appliziert vielmehr neurowissenschaftliche Erkenntnisse in psychotherapeutische Interventionen, wobei dem Gehirn insofern eine zentrale Rolle zukommt, als dass es jenes Organ ist, in welchem durch therapeutisches Handeln strukturelle Veränderungen erreicht werden sollen. In dieser Theorie wird also ein Zurückwirken jedweden kognitiven oder emotionalen Prozesses oder Zustands auf die entsprechende neuronale Repräsentanz angenommen, worin letztlich wiederum das „Seelische“ gründet (Grawe 2004: 17). Aufgrund dieser Annahme und unter Hinzunahme des Wissens um die neuronale Plastizität stellt sich die so verstandene Psychotherapie also vor die Aufgabe, (über die Erfüllung von Bedürfnissen) Veränderungen auf neuronaler Ebene zu bewirken. Hinsichtlich dieses Umstands bemerken Berger und Caspar (2009: 79):

„Dieses neurobiologische Wissen kann mittlerweile wohl als Binsenwahrheit betrachtet werden, dessen Nutzen für die Psychotherapie auch deshalb fraglich erscheint, weil nicht nur Psychologen längst wissen, dass die Wirkung von Psychotherapie auf Um- und Neulernen basiert, welches eben letztlich im Gehirn stattfindet.“

**Banalitäten
oder vertieftes
Verständnis?**

Dabei wird einerseits deutlich, dass sich diese Erkenntnisse und Prinzipien der Neuropsychotherapie auf „altbekanntes Wissen“ beschränken, doch andererseits bleibt zu beachten, dass sich Neuropsychotherapie nicht nur mit den vordergründigen hirstrukturellen Konsequenzen therapeutischen Handelns beschäftigt, sondern auch danach fragt, welche Bedingungen (z. B. die Schaffung besonderer Lernzustände) aus neurowissenschaftlicher Sicht besonders günstig für die therapeutische Arbeit sein können, oder welche Hirnareale bei welchen Störungen beteiligt sind, um zu einem tieferen Verständnis der jeweiligen Störung und dementsprechend angepassten therapeutischen Methoden zu gelangen (Berger et al. 2009).

2.7 Neuropädagogik

Neurowissenschaftlich fundierte, praxisbezogene Erkenntnisse

Der Begriff der Neuropädagogik bzw. Neurodidaktik beschreibt einen interdisziplinären Ansatz, der unter Zuhilfenahme neurowissenschaftlicher Erkenntnisse (z. B. über das Lernen, sensible Phasen der Gehirnentwicklung und der optimalen Lernfähigkeit) praxisbezogene Konzepte (z. B. für die Schulpraxis oder Frühförderung) untersucht. Bezüglich der aktuellen Kontroverse um dieses Fach sind etwa die Arbeiten von Braun und Maier (2006), Scheich und Braun (2009), Becker (2006), Giesinger (2006), Klatte (2007) und Stern (2004) zu nennen, die sich einerseits fachintern mit der Bedeutung von Frühförderung und Stimulation im Zusammenhang mit der Gehirnentwicklung auseinandersetzen oder andererseits Fundamentalkritik an neurowissenschaftlicher Forschung und der Übertragung ihrer Ergebnisse auf die pädagogische Praxis üben. Demgegenüber versteht Armand (o. J.) die Neuropädagogik als Verbindung zwischen Pädagogik, Psychologie, Soziologie und der Naturwissenschaften, um durch einen interdisziplinären Austausch zu einer Verbesserung erzieherischen und lehrenden Handelns zu kommen. Der Unterschied zur vorangegangenen Bestimmung ist in erster Linie darin zu sehen, dass es nicht um einen einseitigen „Wissenstransfer“ aus neurowissenschaftlichen Disziplinen heraus in die Pädagogik geht, anhand dessen sich pädagogische Konzepte vertiefen und/oder umbauen lassen. Vielmehr meint dieses Verständnis einen gegenseitigen Austausch der beteiligten Disziplinen.

Pädagogik unter dem Diktat neurowissenschaftlicher Erkenntnisse?

2.8 Neurorehabilitation

Neurorehabilitation zur Funktionsdiagnostik und -therapie

Neurorehabilitation ist nach Fertl (2011: 627)

„ein Teilgebiet der Neurologie, das sich mit der Funktionsdiagnostik und -therapie befasst. Da viele akute und chronische neurologische Erkrankungen mit Behinderungen einhergehen, hat sich die Neurorehabilitation die größtmögliche Selbständigkeit des Betroffenen zum Ziel gesetzt.“

In der Neurorehabilitation kann ferner nach den Ursachen bzw. nach der Lokalisation und Art einer Schädigung unterschieden werden. Zu nennen ist hier die Rehabilitation nach akuter Hirnschädigung (z. B. Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma), nach Rückenmarkschädigung, nach peripheren Nervenläsionen (z. B. traumatische Nervenverlet-

zungen) oder bei chronisch neurologischen Erkrankungen (z. B. Parkinson, Multiple Sklerose) (vgl. Fertl 2011). Die Durchführung der in die Phasen A (Akutbehandlung) bis F (Dauerpflege) gegliederten Rehabilitation obliegt dabei einem multidisziplinären Team aus Neurolog/innen, Physiotherapeut/innen, Ergotherapeut/innen, Logopäd/innen, Pflegenden und Neuropsycholog/innen (ebd.). Die therapeutischen Aufgaben der Neuropsychologie sieht Fertl (2011) neben der Diagnostik dabei in folgenden Bereichen: Konzentrations-, Orientierungs-, Gedächtnis-, Gesichtsfeld- und Aufmerksamkeitstraining, Unterstützung in Handlungsplanung, Coping, Entspannungsverfahren, psychotherapeutische Verfahren, Sozialtraining, alltagsorientiertes Training und Angehörigenberatung.

3 Von der Problemzentrierung zur Ressourcen- und Subjektorientierung

3.1 Vorbemerkung zum Ressourcenbegriff in neurowissenschaftlichen Disziplinen

Zur Aufschlüsselung der Ressourcenorientierung aus Perspektive der Neuropsychologie/Neurowissenschaft muss zunächst die Frage geklärt werden, was eigentlich eine Ressource bzw. ein Protektivfaktor ist. Für ein eindeutiges Verständnis sei hier auf eine Beschreibung aus medizinsoziologischer Perspektive von Siegrist (2003: 141) verwiesen, der den Ressourcenbegriff wie folgt bestimmt:

„Der Terminus ‚Protektivfaktor‘ bezeichnet nicht einfach das Gegenstück zu einem Risikofaktor (z. B. Nichtraucher versus Raucher). Vielmehr versteht man darunter jenes Merkmal, das den Effekt eines Risikofaktors auf die Krankheit abzuschwächen oder ganz zu verhindern vermag. Wenn bspw. eine fettreiche Ernährung Herz-Kreislauf-Krankheiten begünstigt, dann wirkt die Einnahme von Antioxidantien (Protektivfaktor) risikomindernd. Oder wenn die Zugehörigkeit zu einer niedrigen sozialen Schicht abweichendes Verhalten in der Adoleszenz begünstigt, dann wirkt dem eine ausgeprägte Kontrollüberzeugung als psychischer Protektivfaktor (auch Resilienz genannt) entgegen. Ein Protektivfaktor moderiert somit den Zusammenhang zwischen Risikofaktor und Krankheit. Protektivfaktoren werden gelegentlich auch als *Ressourcen* bezeichnet.“

**Begriff
Protektivfaktor**

In dieser Definition verwendet Siegrist (ebd.) die Begriffe „Ressource“, „Protektivfaktor“, und mit Einschränkung auf die psychische Gesundheit auch den Begriff der „Resilienz“ weitgehend synonym

Schwierigkeiten bei der Identifikation von Ressourcen

und unterstreicht zudem, dass sich Ressourcen nicht über eine „Verkehrung“ der Risikofaktoren bzw. Defizite ins „Positive“ bestimmen lassen, sondern vielmehr wie eine Moderatorvariable abmildernd auf ein Geschehen einwirken.

Die Identifikation von Ressourcen für bestimmte Anforderungen der kindlichen Entwicklung erweist sich aus neurowissenschaftlicher Sicht jedoch aus mehreren Gründen als problematisch. Eine Schwierigkeit ist darin zu sehen, dass eine Einteilung in Altersklassen mit je spezifischen Anforderungen, Aufgaben, Problemen und Ressourcen kaum einzuhalten ist. Eine solche Arbeitsweise wäre zwar der Übersichtlichkeit zuträglich, ließe sich aber mit neuropsychologischen Entwicklungs- und Störungsbegriffen nur bedingt vereinbaren.

Aufgrund dieser Besonderheit ist eine Arbeitsweise zu wählen, die sich für einige Bereiche an zeitlichen Kategorien orientiert (Schwangerschaft, Geburt, frühe Kindheit usw.). Ein wesentlicher Teil neuropsychologischer Betrachtungen² in dieser Arbeit erweist sich hingegen als ‚inkompatibel‘ mit zeitlich organisierten Kategorien³, da deren Grenzen nicht einzuhalten sind. Deswegen ist es notwendig, auch störungsspezifische Kategorien zu nutzen. Die Vielzahl vorfindlicher Risiken kindlicher Entwicklung und möglicher Störungen stellt die Untersuchung jedoch wiederum vor das Problem der Auswahl. Dem soll dadurch begegnet werden, dass hier nur einige ausgewählte, epidemiologisch bedeutsame Störungen betrachtet werden. Darüber hinaus werden in den einzelnen Kategorien i. d. R. mehrere Perspektiven eingenommen: neben der der Kinder und Jugendlichen oftmals auch die der Eltern.

Außerdem werden bestehende und zu entwickelnde Präventionsmaßnahmen aufgezeigt und diskutiert. Auf diese Weise wird der Gegenstand gewissermaßen von mehreren Seiten explorativ auf Ressourcenorientierungen hin untersucht.

Zweitens ist aufgrund der bislang kaum entwickelten Ressourcenperspektive innerhalb der Neurowissenschaften eine fachinterne Herangehensweise kaum möglich. Zwar bedienen sich benachbarte Disziplinen (etwa die Entwicklungspsychologie, Pädagogik, Pädiat-

² Bspw. Störungen, die in einem Altersbereich der Kindheit auftreten können und eine hohe Persistenz bis ins Erwachsenenalter aufweisen.

³ Z. B. die Kategorie „alle Kinder im Alter von 3-6 Jahren“.

rie und insb. auch Strömungen in der Psychotherapie) neurowissenschaftlicher Erkenntnisse und in diesem Zusammenhang scheinen immer wieder die Begriffe „Ressourcen“ oder „Resilienz“ auf, doch dezidiert neurowissenschaftliche Zugänge außerhalb des pathologischen/defizitären Verständnisses werden bislang kaum hergestellt.

Um dennoch zu Ergebnissen im Sinne von gemeinsam identifizierbaren Ressourcen kommen zu können, ist es teilweise nötig, Ressourcenkonzepte aus benachbarten Disziplinen aufzugreifen und diese mit neurowissenschaftlichem Material zu umbauen bzw. in umgekehrter Ordnung den neurowissenschaftlichen Anteil daran zu explizieren. Dies könnte bspw. die Frage danach betreffen, was etwa aus Sicht der Pädagogik, Pädiatrie oder der Entwicklungspsychologie bedeutende Ressourcen hinsichtlich bestimmter Störungsbilder sein können. Erweitert man dann diese Betrachtungen um Vorgänge, die sich gleichzeitig auf neuronaler Ebene abspielen, kann möglicherweise auch eine neurowissenschaftlich bedeutsame Ressource identifiziert werden. Diese Herangehensweise erklärt auch die in diesem Abschnitt vorwiegend beibehaltene defizitäre, also auf Störungen gerichtete, Betrachtungsweise.

Drittens kann davon ausgegangen werden, dass für die bekannten (personalen) Ressourcen (Selbstwirksamkeit, Selbstwertgefühl, erfolgreiche Coping-Stile) zumeist eine wie auch immer geartete neuronale Entsprechung existiert, so dass man schließlich zu der überspitzten Erkenntnis gelangen könnte: Ohne Gehirn keine Selbstwirksamkeit! Dies kann zwar dazu führen, dass eine fehlende Trennschärfe zu anderen Disziplinen beklagt wird, denn das Gehirn ist ja ‚immer irgendwie‘ beteiligt. Verdeutlicht man sich aber die Tragweite dieser vermeintlich banalen Erkenntnis, eröffnet sich die spannende Frage nach dem Ressourcen- und Präventionspotenzial, welches diesbezüglich in der Neurowissenschaft liegen könnte.

**Verschmäkung
der Disziplinen
zur Ressourcen-
analyse**

3.2 Ressourcenorientierung in der (Neuro-) Psychotherapie

Hier soll dargestellt werden, ob und inwiefern eine ressourcenorientierte wissenschaftliche Theoriebildung bzw. Modellbildung im Zusammenhang mit bestehendem neurowissenschaftlichem Wissen

stattfindet. Ferner werden zentrale Annahmen hinsichtlich des Ressourcenverständnisses kurz dargestellt und kritisch betrachtet.

3.2.1 Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie

Ressourcen- aktivierung als zentrales Wirkprinzip

Grawe und Grawe-Gerber (1999) heben nicht nur im Rahmen des neuropsychotherapeutischen Ansatzes die Bedeutung der Ressourcenaktivierung hervor, sondern vertreten die Auffassung, dass diese generell ein zentrales Wirkprinzip von Psychotherapie sei. Dieser Ansatz ist neben dem Zürcher Ressourcenmodell (s. u.) die aus neuropsychologischer Perspektive wohl größtmögliche Annäherung an die Ressourcenorientierung. Dennoch handelt es sich hierbei⁴ (wie bereits in der Umschreibung der Neuropsychotherapie aufgezeigt, s. o.) nicht um ein genuines Feld der Neuropsychologie, da lediglich durch den Rückgriff auf neuropsychologische und neurowissenschaftliche Erkenntnisse Verbindungen hergestellt werden. Berking und Znoj (2006: 777) beschreiben dabei die Sichtweise Grawes, worin sich die Verbindung zur Neuropsychologie verdeutlicht:

„Psychotherapeuten seien vielmehr aufgefordert, sich über die Funktionsweisen des Gehirns zu informieren und sich Gedanken dazu zu machen, mit welchen psychotherapeutischen Methoden sich die neuronalen Grundlagen des Erlebens und Verhaltens so verändern lassen, dass psychischen Krankheiten und Problemen die Grundlage entzogen wird.“

Grawe und Grawe-Gerber (1999: 66f.) identifizierten die nachfolgenden relevanten Ressourcen für einen gelingenden Therapieverlauf:

„Als Ressource können jeder Aspekt des seelischen Geschehens und darüber hinaus der gesamten Lebenssituation eines Patienten aufgefaßt werden, also z. B. motivationale Bereitschaften, Ziele, Wünsche, Interessen, Überzeugungen, Werthaltungen, Geschmack, Einstellungen, Wissen, Bildung, Fähigkeiten, Gewohnheiten, Interaktionsstile, physische Merkmale wie Aussehen, Kraft, Ausdauer, finanzielle Möglichkeiten sowie seine zwischenmenschlichen Beziehungen. Die Gesamtheit all dessen stellt, aus der Ressourcenperspektive betrachtet, den Möglichkeitsraum des Patienten dar, in dem er sich gegenwärtig bewegen kann oder, anders ausgedrückt, sein positives Potenzial, das ihm zur Befriedigung seiner Grundbedürfnisse zur Verfügung steht.“

⁴ Die Neuropsychotherapie ist dabei ein Feld, das überdies kontrovers diskutiert wird, etwa bei Berger et al. (2009), Berking und Znoj (2006), Eckert (2006) sowie Gauggel (2006).

Allerdings ist ein derartig weit gefasster Ressourcenbegriff schwer zu konkretisieren. Das äußert sich auch in dem Umstand, dass es noch an genauen Vorstellungen und Konzepten im Sinne therapeutischer Herangehensweisen fehlt, wie die genannten Aspekte ressourcenorientiert aufgegriffen werden können. Ferner ist es ethisch nicht unproblematisch, physische Merkmale wie Aussehen, Kraft usw. als Ressource zu kategorisieren.

3.2.2 Das Zürcher Ressourcenmodell

„Wenn grundsätzlich jedes menschliche Gehirn das Potenzial zur Gesundheit besitzt, ist dies ein neurowissenschaftliches Argument für eine ressourcenaktivierende psychotherapeutische Arbeitsweise“ (Storch 2002: 282). Das Zürcher Ressourcenmodell ist inhaltlich stark an die zuvor vorgestellte, von Klaus Grawe entwickelte „Neuropsychotherapie“ angelehnt. Es ist dabei jedoch als „Schulen übergreifendes Selbstmanagementmodell“ (Storch 2003: 11) gedacht und kann (neben Grawes Neuropsychotherapie) als einer der ersten Versuche, einen neurowissenschaftlichen Ressourcenbegriff einzuführen, betrachtet werden. Grundannahme ist dabei, dass jeder Mensch diejenigen Ressourcen, die er oder sie für die Umsetzung seiner/ihrer Ziele benötigt, bereits in sich trägt und dass demgemäß die Psychotherapie darin bestehen muss, diese Ressourcen freizulegen bzw. aufzuzeigen (ebd.). Die Verbindung zur Neurowissenschaft wird nun über den Ressourcenbegriff hergestellt, indem alle neuronalen Netze als Ressource bezeichnet werden, deren Aktivierung Voraussetzung für die Umsetzung der (je) eigenen Ziele in Handlung ist (ebd.). Ressourcen haben mithin auch zentralen Stellenwert im Zusammenhang mit dem Erwerb von Wissen, welches nach Storch (2002: 283) wie folgt umschrieben und differenziert wird:

„Mit dem Begriff ‚maladaptives Wissen‘ werden im Rahmen einer neurowissenschaftlich orientierten Theoriebildung Erfahrungen bezeichnet, die für die Sicherung des psychobiologischen Wohlbefindens eines Individuums nicht nützlich sind. In dieser Sichtweise gibt es kein ‚krank‘ und kein ‚gesund‘, es gibt nur unnützes (maladaptives) und nützlich (wohladaptives) Wissen. Die Brauchbarkeit der Erfahrungen, die ein Individuum gesammelt hat, wird in diesen Konzepten ausschliesslich daran gemessen, ob dieses Wissen in einer aktuellen Situation zum Erhalt des psychobiologischen Wohlbefindens eines Individuums beitragen kann

**Zürcher
Ressourcen-
modell in
Anlehnung an
das Konzept
der Neuro-
psychotherapie**

oder nicht. Gesundheitsförderung hätte demnach die pädagogische Funktion, den Erwerb von wohladaptivem Wissen zu unterstützen.“

Neben den augenscheinlich begrifflichen Unschärfen⁵ in dieser Bestimmung ist insofern eine Differenz zur Ressourcendefinition Siegrists (s. o.) festzustellen, als dass eine so verstandene Ressource nicht mehr direkt einen objektiven pathogenen Prozess moderiert, sondern vielmehr innerhalb einer eigenen theoretischen patho- bzw. salutogenetischen Vorstellung (Bedürfnisbefriedigung als Ziel, maladaptives/wohladaptives Wissen zur Erreichung des Ziels etc.) operiert. Bemüht man die einschlägigen Datenbanken, fällt die Resonanz der Scientific Community für das Zürcher Ressourcenmodell gering aus – ein Diskurs scheint offensichtlich kaum stattzufinden.

3.3 Ressourcenorientierung in neurowissenschaftlich bedeutenden Lebens- und Entwicklungsphasen

3.3.1 Schwangerschaft

Hüther (2008) beschreibt die Bedeutung pränataler Einflüsse für die Gehirnentwicklung und stellt dabei die intrauterinen⁶ Entwicklungsbedingungen (insb. metabolischer, nutritiver, hormoneller und sensorischer Art) des Embryos als kritisch heraus. Während der frühen Phasen der embryonalen Entwicklung „führen unvorhergesehene Abweichungen der intrauterinen Versorgung des Embryos meist zu so erheblichen Veränderungen der Genexpression, dass es entweder zu schwerwiegenden morphogenetischen Fehlentwicklungen oder zum Abort kommt“ (Hüther 2008: 41). Auch Braun und Bock (2008) bestätigen die Wirkung von Umwelteinflüssen auf die neuronale und synaptische Entwicklung während der Schwangerschaft, grenzen aber deren Rolle in einer früheren Arbeit eher ein und verweisen auf die Dominanz genetischer Determinanten, welche sie als einen Sicherheitsfaktor für die Entwicklung und Reifung des Gehirns unter schwierigen Bedingungen (Mangelernährung, Stress der Mutter, me-

Umwelteinflüsse auf intrauterine Entwicklungsbedingungen

⁵ Es wäre hier aufzuzeigen, wie psychobiologisches Wohlbefinden definiert ist und wie eine strikte Trennung vom Gesundheitsbegriff begründet werden kann, während im nächsten Absatz das psychobiologische Wohlbefinden wieder mit Gesundheitsförderung in Zusammenhang gebracht wird.

⁶ In der Gebärmutter (Uterus) stattfindende Entwicklung.

chanische Einwirkung auf den Mutterleib) beschreiben (Braun & Maier 2006).

Dennoch scheinen die bereits erwähnten neueren Befunde aus tierexperimenteller Forschung (Braun & Bock 2008) die Hinweise auf die Bedeutung pränataler Umwelteinflüsse zu erhärten und ihnen ein stärkeres Gewicht als bislang beizumessen. Für die Entwicklung des Gehirns spielen also schon lange vor der Geburt Blutdruckschwankungen, Veränderungen des Blutzuckerspiegels, der Sauerstoffsättigung oder sich verändernde Hormonspiegel der Mutter eine Rolle und erzeugen in besonders empfindlichen Zellverbänden charakteristische Aktivierungsmuster, was sich etwa bei Kindern zeigt, deren Mütter während der Schwangerschaft eine latente Diabetes entwickeln und infolge dessen leichter zu Übergewicht neigen (Hüther 2008).

Auch für die nicht gelungene Eltern-Kind-Interaktion bzw. die Regulationsstörungen der frühen Kindheit konnten Papoušek et al. (2004) wichtige pränatale Zusammenhänge identifizieren. Demnach treten diese Störungen häufiger bei Kindern von Müttern auf, die sich während der Schwangerschaft in verschiedenen Kontexten mit psychosozialen Belastungen (z. B. Partnerkonflikten, materiellen Nöten etc.) konfrontiert sahen. Eine solche dysfunktionale Eltern-Kind-Beziehung geht wiederum mit Stresserleben usw. aufseiten der Eltern und des Kindes einher.

Die Schwangerschaft kann als wichtige Phase für die neuronale Entwicklung der Kinder verortet werden, und zwar nicht nur hinsichtlich ‚normaler‘ biologischer Vorgänge, sondern in diesem Zusammenhang vielmehr noch bezüglich der Einflüsse von außen. Über die Ressourcen und die daraus mit resultierenden Gesundheitschancen der Mutter bzw. der Eltern erhält das Kind die Möglichkeiten für einen gesunden Start ins Leben. Hüther (2008: 46) bringt dies auf den Punkt, wenn er sagt: „Aber was angeboren ist, muss nicht automatisch auch genetisch programmiert sein.“ Hier werden verschiedene Aspekte aufgerufen: sowohl das Umfeld, das eine Schwangerschaft positiv beeinflussen kann, als auch die individuellen Ressourcen sind dabei von besonderem Interesse.

Wird der Fokus weg von der Mutter gelenkt, stellt sich die Frage, was die angeborenen Ressourcen des Kindes determinieren wird.

**Pränatale
Ursachen für
dysfunktionale
Eltern-Kind-
Beziehungen**

Wenn es nicht nur die Gene sind, dann müssen die Umweltbedingungen hier ebenso eine wichtige Rolle spielen. Die Frage wäre also auch dahingehend zu stellen, ob die angeborenen Ressourcen der Kinder besonders stark ausgeprägt sind, wenn deren Mütter während der Schwangerschaft wiederum selbst auf viele Ressourcen zurückgreifen können.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass in diesem Bereich zwar eine Wendung hin zur Bedeutung von Umwelteinflüssen festzustellen ist, eine ressourcenorientierte Sichtweise dabei jedoch noch nicht zu erkennen ist – es werden allenthalben Risikofaktoren benannt.

3.3.2 Rund um die Geburt

Frühgeborene

Zahlen zur Frühgeburt- lichkeit

Die Frühgeburt ist die führende Ursache der perinatalen Mortalität und Morbidität (Wolff 2004). Für den Anteil zu früh geborener Kinder (<37 SSW) geben Bergmann und Dudenhausen (2003), basierend auf den Daten der Perinatalstatistik Berlins, für den Zeitraum von 1993 bis 1999 einen Anstieg von 8,8 % auf 9,6 % an. Für Deutschland insgesamt gibt Hoyme (2007) eine Inzidenz von 6-8 % an, die aktuellen Qualitätsdaten der Krankenhäuser (AQUA 2011) berechnen rund 9 %. Die überlebenden Frühgeborenen haben dabei ein erhöhtes Risiko für Entwicklungsstörungen, die in schwere (etwa motorische Störungen, geistige Behinderung, Epilepsie, Sehstörungen) und leichte Behinderungen (etwa Lernstörungen, Verhaltensstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen mit und ohne Hyperaktivität) unterschieden werden (Vollmer & Krägeloh-Mann 2002). Als Risikofaktoren der Frühgeburtlichkeit gelten neben zunehmendem Erstgebärendenalter und künstlichen Befruchtungen insb. *soziale* (z. B. Armut, geringe Bildung, Wohnungsnot, Gewalt, Arbeitsstress) sowie *personale* Faktoren (z. B. Stress, Angst, Depression, Rauchen, Drogen, ungesunde Lebensweise, Hygiene), die zusammen mit biologischen Markern (Infektionen des oberen Genitaltraktes, vaskuläre Erkrankungen) pathologische Prozesse bedingen und somit zur Frühgeburt führen können (Bergmann & Dudenhausen 2003).

Die Prävention der Frühgeburtlichkeit (von ärztlicher Seite) konzentriert sich auf primär-, sekundär- und tertiärpräventive Konzepte

(vgl. Bergmann & Dudenhausen 2003; Wolff 2004; Holzgreve et al. 2006; Hoyme 2007). Frühgeburtlichkeit ist also aus neurowissenschaftlicher Sicht ein bedeutsames Problem, das überwiegend im Feld ärztlicher (Gynäkologie, Pädiatrie) Tätigkeit behandelt wird und dabei kaum mit Strategien der Gesundheitsförderung oder Ressourcenorientierung in Berührung kommt. Die neurowissenschaftlich identifizierten Risikofaktoren für Frühgeburtlichkeit führen aber bislang kaum zu einer Ressourcenorientierung im ärztlichen Handeln. Zumindest ist für die Nachsorge frühgeborener Kinder und deren Eltern und Geschwister die Initiative „Bunter Kreis“ als Selbsthilfe entstanden, die Empowerment-Strategien verfolgt und sich dezidiert an subjekt- und ressourcenfördernden Konzepten orientiert (Porz 2008).

Selbsthilfe von Eltern frühgeborener Kinder

Infantile Zerebralparese

„Die Bezeichnung infantile Zerebralparese (IZP) ist ein Überbegriff für unterschiedliche Formen von sensomotorischen Störungen, die auf eine Schädigung zerebraler Strukturen in der frühkindlichen Phase zurückzuführen sind“ (Coenen 2010: 146). Die Bezeichnung selbst ist Inhalt kontroverser Diskussionen, da nicht-motorische Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit frühkindlichen Hirnschädigungen definitorisch exkludiert, aber unter keiner anderen Bezeichnung klassifiziert werden können. Die infantile Zerebralparese ist aufgrund der Schädigung des unausgereiften kindlichen Gehirns von einer Schädigung intakter Strukturen bei erwachsenen Menschen zu unterscheiden, denn diese führt nicht nur zum Verlust bereits erworbener sensomotorischer Fähigkeiten, sondern beeinträchtigt überdies auch die Aneignung noch zu erwartender Fertigkeiten (ebd.: 147). Eine weitere wichtige Unterscheidung ist hinsichtlich des Zeitpunktes der Schädigung zu tätigen, da sich daraus unterschiedliche Folgen ergeben können. Während bei pränatalen Ursachen besonders häufig spastische Tetraparesen, hypotone Lähmungsformen und Ataxien entstehen, führen perinatale Schädigungen gehäuft zu spastischen Di- und Hemiparesen oder auch zu Mischformen von Spastik und Athetose (Coenen 2010: 148). Dabei ist zu beachten, dass der Zeitpunkt der Schädigung insofern nicht eindeutig zu bestimmen ist, als dass prä- und perinatale Schädigungen ineinandergreifen können,

sodass den meisten frühkindlichen Hirnschädigungen zu gleichen Teilen prä- und perinatale Ursachen zugrunde liegen (ebd.: 148). Eine Übersicht über die verschiedenen Ätiologien der infantilen Zerebralparese gibt Döderlein (2007) (vgl. Tab. 1).

Tabelle 1: Ursachen der infantile Zerebralparese (Döderlein 2007)

Pränatale Ursachen	Perinatale Ursachen	Postnatale Ursachen
<ul style="list-style-type: none"> - Angeborene Hirnfehlbildungen - Infektionen (bakteriell, viral) - Gefäßverschlüsse (Plazenta) - Kernikterus - Alkohol, Nikotin usw. 	<ul style="list-style-type: none"> - Durchblutungsstörungen (Nabelschnurumschlingung) - Gefäßrupturen - Mechanische Hirnschädigungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Blutungen (intrazerebral, intrakraniell) - Infektionen (Enzephalitis, Meningitis) - Traumata (Battered Child, Fast-Ertrinken = Near Drowning) - Durchblutungsstörungen (Embolien) - Zerebrale Blutungen - Endokrine Störungen (Hypothyreose) - Tumore - Metabolisch toxische Schädigungen - Kombinationen

Art und Ausprägung einer infantilen Zerebralparese ist abhängig vom entwicklungsbezogenen Zeitpunkt und Art der Schädigung

Insgesamt ist festzuhalten, dass der Hypoxie⁷ bzw. Asphyxie⁸ als Schädigungsursache die größte Bedeutung beigemessen wird (Zülch 1982, zit. nach Coenen 2010: 148) und genetische Ursachen eher selten sind (Coenen 2010). Die Prävalenz der infantilen Zerebralparese gibt Coenen (2010) für westliche Industrieländer mit 2-3 pro 1000 Lebendgeborene (0,2 bis 0,3 %) an. Hinsichtlich einer Ressourcenorientierung oder primär- und sekundärpräventiver Strategien sind in der Literatur jedoch keinerlei Hinweise zu finden.

⁷ Nicht ausreichende Versorgung von Gewebe mit Sauerstoff.

⁸ Unzureichende Sauerstoffversorgung des Fötus über die Nabelvene (z. B. intrauterin oder bei der Geburt).

3.3.3 Frühe Kindheit

Entwicklungszeitfenster

Ein Feld, das in den Neurowissenschaften teilweise kontrovers diskutiert wird, betrifft die Rolle sog. Entwicklungszeitfenster. Diese sind dadurch gekennzeichnet, dass bestimmte Entwicklungen, etwa des Seh- oder Hörsystems, in einer dafür vorgesehenen Zeitspanne geschehen müssen. Wird diese Zeitspanne verpasst, schließt sich das Fenster und die Entwicklung kann nicht mehr nachgeholt werden. Die Diskussion, die sich um dieses Thema rankt, beschäftigt sich mit dem Umfang der Funktionen, die dieser zeitlichen Eingrenzung unterliegen, mit der Bestimmung der Dauer und der Lage der betreffenden Zeitabschnitte und mit der Frage nach dem Stellenwert der Neuroplastizität. Braun und Bock (2008) weisen diesbezüglich darauf hin, dass Beginn und Dauer dieser sensiblen Phasen nicht genau definiert werden können, da sie auch von Umwelteinflüssen mitbestimmt werden. Sie können aber im Zeitraum der ersten drei bis fünf Lebensjahre verortet werden (Braun & Maier 2006). Zeitfensterabhängige Entwicklungsprozesse werden hier thematisiert, da sie von der Geburt an bis etwa zum 5. Lebensjahr neben der genetischen „Programmierung“ eine wichtige Rolle spielen (ebd.; Braun & Bock 2008) und für ihr Gelingen direkte Stimuli aus der Umwelt verlangen. Es ist also in zweierlei Hinsicht nicht egal, mit welchem Ausmaß an Ressourcen die frühkindliche Entwicklung geschieht. Zum einen moduliert die soziale Umwelt die angeborenen Entwicklungsprogramme und beeinflusst dadurch die spätere Funktionsweise des Gehirns (Braun & Maier 2006). Zum anderen ist diese teilweise von zeitlichen Fenstern begrenzt, wie noch zu zeigen ist.

Wie bereits erwähnt, ist sich die Forschung uneins über das Gewicht, welches diesen „sensiblen Phasen“ der Gehirnentwicklung generell beizumessen ist. Unstrittig ist dies in einigen gut erforschten Bereichen wie etwa der visuellen Wahrnehmung. Pauen (2006) beschreibt dies am Beispiel des räumlichen Sehens, wofür einige notwendige Vorbedingungen (Bildung von Dominanzsäulen im primären visuellen Cortex durch gleichzeitige Wahrnehmung mit beiden Augen, zunehmende motorische Kompetenzen des Kindes) in einem beschriebenen Zeitraum (3. und 4. Lebensmonat) gegeben sein müs-

Zeitfenster der Gehirnentwicklung als Grundlage einer neurowissenschaftlichen Kontroverse

sen. In Versuchen an kleinen Katzen wurde nachgewiesen, dass diejenigen Tiere, denen in dieser sensiblen Phase nur Informationen von einem Auge zur Verfügung stehen, später nie mehr lernen, räumlich zu sehen (Pauen 2006). „Ähnliches wird auch von Kindern berichtet, die schielen, bei denen die Sehschärfe zwischen beiden Augen stark variiert oder bei denen ein Auge in der kritischen Phase nicht funktionsfähig ist“ (ebd.: 36). Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Übertragung tierexperimentell gewonnener Erkenntnisse über Entwicklungszeitfenster strittig ist, denn „die sensiblen Zeiträume sind beim Menschen generell wesentlich größer und unschärfer als die, die in Tierversuchen zur sensorischen Deprivation nachgewiesen wurden“ (Klatte 2007: 131).

Akuter Handlungsbedarf stellt Ressourcenorientierung in den Hintergrund

Zusammenfassend lässt sich hier sagen, dass aus medizinisch-pathogenetischer Sicht ein Ressourcenkonzept insoweit als vernachlässigbar gilt, als dass es hier darum gehen muss, die pathogene Entwicklung frühestmöglich zu erkennen und schnellstmöglich abzuwenden. Um dies zu verdeutlichen, sei hier nochmals auf die Bedeutung und die folgenreichen Konsequenzen der sensiblen Phasen der Gehirnentwicklung verwiesen. Entweder das Defizit wird erkannt und mittels spezieller therapeutischer Interventionen ‚korrigiert‘, oder das Defizit wird nicht erkannt und die Entwicklung kann nicht mehr stattfinden. Eine positive Beeinflussung der vorliegenden pathogenen Entwicklung durch Ressourcen hilft aus dieser Perspektive zunächst nicht weiter. Hier wäre auf sekundär- und tertiärpräventive Konzepte zu verweisen. Eine Ressourcenorientierung wird aber dann interessant, wenn man bedenkt, dass Umweltressourcen im Sinne von sozialem, ökonomischem und kulturellem Kapital eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit einer gesunden Entwicklung spielen (vgl. Geene, Lehmann et al., in diesem Band). Insofern bliebe zu diskutieren, ob der Ressourcenförderung im Zusammenhang mit den Risiken ‚verpasster‘ Entwicklungszeitfenster nicht vielmehr eine herausragende Bedeutung zukommen müsste.

Frühkindliche Einflüsse – Erfahrungen, Bindung und Eltern-Kind-Interaktion

Teilweise abseits der Diskussion um den Stellenwert der sensiblen Zeitfenster werden allgemein die hirnstrukturellen Konsequenzen

bestimmter Erfahrungen bzw. deren Ausbleiben untersucht. In Tierexperimenten⁹ ist etwa nachgewiesen, dass Ratten weniger Synapsen und dendritische Verzweigungen ausbilden, wenn sie in einer reizarmen Umgebung aufwachsen (Braun & Bock 2008). Die Autor/innen postulieren demgemäß im Umkehrschluss, dass das Gehirn Aktivität benötigt, die durch die sinnhafte Anregung seitens der Umwelt erzeugt wird, man spricht dabei auch von erfahrungsinduzierten neuronalen Netzwerken (ebd.). Gleichzeitig können negative Erfahrungen eine gestörte Entwicklung bestimmter Bereiche nach sich ziehen. So konnte im Versuch an einer bestimmten Rattenart beim Erleben traumatischer Erlebnisse (Trennung von Eltern und Geschwistern) in umschriebenen Gehirnarealen (zingulärer Cortex, Präfrontalkortex, Hippocampus, Thalamus, sensorische Gebiete) eine Reduktion des Hirnstoffwechsels aufgezeigt werden, die sich später chronifizieren kann (ebd.). Darüber hinaus konnten synaptische Veränderungen bei prä- und perinatalen Stresserleben und die Einflüsse sozioemotionaler Deprivation, die mütterliche bzw. väterliche Fürsorge u. a. m. in ihrer Wirkung auf die Synapsenbildung aufgezeigt werden, sodass die Autor/innen zu dem Schluss kommen, dass der „Pathogenese vieler psychischer Erkrankungen [...] höchstwahrscheinlich nicht nur genetisch bedingte, sondern umweltinduzierte prae-, peri-, und postnatale Fehlentwicklungen der limbischen Emotionsschaltkreise im Gehirn zugrunde [liegen]“ (Braun & Bock 2008: 633). Diese Ansicht teilt auch Brisch (2008: 836), wenn er (aus bindungstheoretischer Perspektive) schreibt, dass „sich traumatische Erfahrungen des Säuglings negativ auf die neuronale Strukturentwicklung auswirken und damit die Entstehung psychischer Störungen begünstigen [können].“ Gleichzeitig führt er zur Primärprävention das sog. SAFE[®] Programm (sichere Ausbildung für Eltern) an, in welchem die Eltern für die emotionalen Bedürfnisse und Signale ihrer Kinder sensibilisiert werden, was wiederum dem Ziel einer sicheren Bindungsentwicklung und auch der Förderung elterlicher Kompetenzen dienen soll (ebd.), denn „die emotional wichtigen

**Erfahrungs-
induzierte
neuronale
Netzwerke**

⁹ In diesem Zusammenhang ist, wie auch schon bezüglich der tierexperimentell gewonnenen Erkenntnisse hinsichtlich der Bedeutung von Entwicklungszeitfenstern, auf die Problematik der Übertragbarkeit dieser Befunde auf die menschliche Gehirnentwicklung hinzuweisen.

Starker Einfluss materieller und immaterieller Umweltbedingungen auf die frühkindliche Gehirnentwicklung

Erfahrungen des Säuglings im Umgang mit seinen Eltern haben – neben der genetischen Ausstattung – großen Einfluss auf seine neuronale Entwicklung“ (Brisch 2008: 836). Gleichmaßen beschreibt auch Ziegenhain (2004: 244) die Wichtigkeit der Eltern-Kind-Beziehung im Zusammenhang mit späteren Verhaltensauffälligkeiten oder Entwicklungsproblemen der Kinder und begründet diese Argumentation über die Bedeutung sensibler Perioden in der Gehirnentwicklung, wobei „insbesondere [die] frühe hoch-unsichere oder desorganisierte Bindung als Risikofaktor betrachtet [wird].“ Auch Stamm (2009) verweist auf die sozialen Einflüsse und deren Bedeutung für die Gehirnentwicklung und weist darüber hinaus auch auf biologische Faktoren und Anteile an der kognitiven und verhaltensbezogenen Entwicklung hin. Bedeutende Risikofaktoren sind demnach Bleibelastung, Frühgeburten und niedriges Geburtsgewicht, fötale Gifte wie Alkohol, Nikotin und Drogen sowie Mangelernährung.

Ob und inwiefern sich aus diesen Erkenntnissen Ressourcen explizieren lassen, ist zunächst weiteren Überlegungen nachzuordnen. Die Bedeutung einer sicheren Bindung bzw. einer gelungenen Eltern-Kind-Interaktion für die Entwicklung scheint empirisch abgesichert zu sein. Die in diesem Feld tätigen Forscher/innen weisen dabei i. d. R. auf Interventionen hin, in welchen die Eltern diese notwendigen Kompetenzen erwerben können (SAFE[®] Programm, STEEP Programm, Münchner Modell usw.) (Ziegenhain 2004; Brisch 2008). Möchte man nun eine nicht gelungene Eltern-Kind-Bindung bzw. -Interaktion als Risikofaktor bezeichnen, welche wie aufgezeigt zu einer ungünstigeren (Gehirn-)Entwicklung führen kann, steht man vor der – aus neurowissenschaftlicher Sicht unbeantworteten – Frage, welche Faktoren diesen negativen Einfluss abzumildern vermögen, es also dem Kind ermöglichen, sich unter diesen ‚ungünstigen‘ Bedingungen dennoch möglichst gesund zu entwickeln. Wie beschrieben wird in diesem Zusammenhang zwar auf Präventionsprogramme verwiesen, diese sind jedoch im Sinne von Verhaltensmodifikationen weitgehend auf Unterstützung personaler Ressourcen beschränkt. Überdies findet sich in diesem Zusammenhang der Begriff der „Ressource“ in keinem der zugrundeliegenden neuropsychologischen Beiträge. Die Neuropsychologie ist

hier zwar über den Nachweis der neuronalen Repräsentanz maßgeblich an der wissenschaftlichen Fundierung dieser Risiken frühkindlicher Entwicklung beteiligt, doch die Forschungsergebnisse weisen nicht über defizitäre Betrachtungen hinaus und zeigen in diesem Zusammenhang mithin keine Ressourcen auf.

Die über die Forschungstätigkeit anderer Disziplinen erkannten sozialen Risikofaktoren und Ressourcen, für die sich auch (gemäß der vorangegangenen Ausführungen) teilweise neuronale Entsprechungen aufweisen lassen, sind in Tabelle 2 und Tabelle 3 aufgeführt (vgl. Michaelis 2005: 29f.). Infolge dessen kann zwar nicht von einer neurowissenschaftlichen Ressourcenorientierung gesprochen werden, doch lassen sich, wie eingangs vermutet, unter Einbeziehung dieser fachexternen Arbeiten immerhin relevante Querverbindungen zu bestehenden Ressourcenkonzepten herstellen.

Tabelle 2: Sozial bedingte Risikofaktoren

- | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">- Störung der frühen und/oder späteren Interaktion zwischen Kind und Mutter (Bindungsperson; Bindungsverhalten)- Psychische oder chronische Erkrankungen einer der wichtigsten Bezugspersonen- Alleinerziehender Elternteil- Schwerwiegende Dauerspannungen zwischen den Partnern, Trennung der Eltern- Körperliche Misshandlungen, sexueller Missbrauch in der Familie und im engen Umkreis der Familie- Schwierigkeiten mit der sozialen Anpassung (z. B. Kindergarten)- Fremdunterbringung- Eltern oder Elternteil ohne Schulabschluss oder ohne Berufsausbildung |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Die Befunde aus der neurowissenschaftlichen Forschung spiegeln sich teilweise in Tabelle 2 wider. Besonderes Augenmerk ist hier auf die Aspekte der Eltern-Kind-Interaktion bzw. -Beziehung zu richten. Hier zeigen sich entsprechend der vorangegangenen Ausführungen einige Parallelen im Sinne unsicherer Bindungsstile oder elterlicher psychosozialer Belastungen. Ebenso können für einige Schutzfaktoren in Tabelle 3 Parallelen zu den Ausführungen über die Bedingungen für eine ‚gute‘ Entwicklung erkannt werden, wie etwa eine stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson. Freilich sind auch

hier keine expliziten neurowissenschaftlichen Ressourcen oder Ressourcenmodelle vorfindlich – es konnte jedoch sehr wohl neurowissenschaftliche Evidenz für die Bedeutung von Ressourcen aufgezeigt werden. Ferner wäre zu bedenken, inwiefern die Möglichkeit, an einem beziehungsorientierten Präventionsprogramm teilzunehmen, als Ressource auf elterlicher Seite betrachtet werden kann.

Tabelle 3: Personale und soziale Resilienzfaktoren

Kindbezogene Faktoren	Familiäre bzw. soziale Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> - Weibliches Geschlecht - Erstgeborenes Kind - Positives, offenes, flexibles Temperament - Positives Sozialverhalten - Positives Selbstwertgefühl - Aktives Bewältigungsverhalten - Gute bis überdurchschnittliche Intelligenz 	<ul style="list-style-type: none"> - Stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson - Offenes, supportives Erziehungsklima - Familiärer Zusammenhalt - Modelle erfolgreichen Bewältigungsverhaltens - Soziale Unterstützungserfahrungen - Positive Freundschaftsbeziehungen - Positive Kindergarten- bzw. Schulerfahrungen

3.3.4 Kinder unter 3 Jahren

Aufbauend auf die bisherigen Ausführungen zur erfahrungsgesteuerten neuronalen Plastizität finden sich bei Hüther (2007: 1) ähnliche Überlegungen für spätere Entwicklungszeiträume:

„Frühe Körpererfahrungen, insbesondere die Erfahrung der eigenen Möglichkeiten zur bewussten Steuerung von komplexen Bewegungsabläufen sind nicht nur entscheidend für die Herausformung und Stabilisierung der zur Bewegungskoordination aktivierten neuronalen und synaptischen Verschaltungsmuster. Sie bilden auch die Grundlage für die Bahnung und Festigung sog. executiver Frontalhirnfunktionen und die Aneignung von sog. Wissensunabhängigen Metakompetenzen (Selbstwirksamkeitskonzept, Handlungs- und Planungskonzept, Impulskontrolle, Frustrationstoleranz, intrinsische Motivation).“

Hier wird der Möglichkeit zur Bewegung (Sport, Herumturnen) ein entscheidender Einfluss auf die Herausbildung neuronaler Verschaltungsmuster beigemessen. Im Zusammenhang mit Bewegungsräumen nennt Hüther (ebd.) auch den Einfluss, der erwachsenen „Vorbildern“ zukommt, die einfühlsam und kompetent Anleitung geben können, sodass Kinder ihre eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten

erkennen und weiterentwickeln. Insbesondere die Entwicklung der Synapsen im Frontallappen ist dabei besonders hervorzuheben, da sich dort „ein inneres Bild von Selbstwirksamkeit stabilisiert“ (Hüther 2007: 8). Insofern findet hier eine Orientierung hin zu Bedingungen statt, die zum einen wichtige Entwicklungsbedingungen für die Herausbildung personaler Ressourcen (Selbstwirksamkeit, vgl. Geene, Lehmann et al., in diesem Band) hervorhebt und zum anderen die Forderung nach Bewegungsfreiräumen und Anleitung bzw. Unterstützung zum ‚Selbermachen‘ artikuliert. Implizit ist dabei eine Ressourcenorientierung im Sinne des Empowerments festzustellen. Explizit wird dies jedoch nicht erwähnt, was gewissermaßen den inneren Diskurs und dessen begriffliche Fassung widerspiegelt.

**Impliziter
Ressourcen-
diskurs in der
Neuro-
wissenschaft**

3.4 Ressourcenorientierung bei neuropsychologischen Störungsbildern

3.4.1 AD(H)S

„Die ADHS oder hyperkinetische Störungen (HKS) bezeichnen ein Verhaltensmuster, welches gekennzeichnet ist durch motorische Unruhe, vermehrte Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörung, welches vor dem 6. Lebensjahr beginnt und über unterschiedliche Lebenssituationen hinweg auftreten muss“ (Romanos et al. 2008: 782). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen gehören mit einer Prävalenz von 3-5 % (Renner et al. 2008) im Kindesalter und einer hohen Persistenz bis ins Erwachsenenalter zu den bedeutendsten Verhaltensstörungen (Döpfner & Lehmkuhl 2006). Jungen sind von dieser Störung mit einem Anteil von 7,9 % signifikant häufiger betroffen als Mädchen mit 1,8 % (Schlack et al. 2007). Die Störung äußert sich durch eine mangelnde zentralnervöse Inhibition und Verzögerungsaversion, einhergehend mit Störungen der Exekutivfunktionen (Döpfner & Lehmkuhl 2006). Psychosoziale Faktoren können dabei vermutlich moderierenden Einfluss nehmen (ebd.). Infolge dessen können für diese Störung im Sinne einer Ressourcenperspektive einige vielversprechende Entwicklungen erwartet werden. Die Folgen, die mit der Diagnose ADHS mit erhöhtem Risiko einhergehen können, reichen von schulischem Misserfolg trotz normaler

**Multidimensionale
Therapiekonzepte
berücksichtigen
Möglichkeiten
auf diversen
Ebenen**

kognitiver und intellektueller Fähigkeiten über Arbeitslosigkeit, unterdurchschnittliches Einkommen, eingeschränkte psychosoziale Fähigkeiten bis hin zu Gesetzesverletzungen u. a. m. (Renner et al. 2008). Die Therapie der ADHS ist dabei vornehmlich auf die medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung konzentriert (Döpfner & Lehmkuhl 2006). Dabei wird häufig die Dominanz der medikamentösen Intervention gegenüber psychotherapeutischen Möglichkeiten bemerkt (ebd.). Dies äußert sich auch in der aktuell verstärkten Forderung nach einem multimodalen Therapiekonzept, übrigens auch für erwachsene Betroffene (Döpfner & Lehmkuhl 2006; Jacob et al. 2008; Jans et al. 2008; Renner et al. 2008). Jans et al. (2008) nennen als Bestandteile eines multimodalen Konzeptes neben der medikamentösen Behandlung auch Elterntrainings, Interventionen in der Schule oder auch Selbstinstruktions- und Aufmerksamkeitstrainings.

Ähnlich findet sich auch bei Döpfner und Lehmkuhl (2006) die Forderung nach Psychoedukation, Interventionen in Familie, Kindergarten und Schule sowie patientenzentrierten Interventionen wie Spieltraining, Neurofeedback, Konzentrations- und Selbstinstruktionstrainings und auch dem Anwenden von Selbstmanagementmethoden. Ferner existieren mittlerweile vielversprechende multimodale Präventionsansätze für ADHS, die noch stärker in den Fokus gerückt werden sollen (Döpfner 2009). Diese langsame, sich zuerst auf wissenschaftlich-theoretischer Ebene vollziehende ‚Abkehr‘ von der bislang vorherrschenden Medikalisierung der betroffenen Kinder und Jugendlichen kann möglicherweise zu einer Etablierung ressourcenorientierter Sichtweisen beitragen. Gleichzeitig vollzog sich mit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss vom 16.09.2010 eine wichtige Änderung der Behandlungsrichtlinie für Kinder mit der Diagnose ADHS. Seit dieser Änderung darf eine Therapie der ADHS nur dann erfolgen, „wenn sich andere Maßnahmen als unzureichend erwiesen haben“ (BMG 2010: 3975). Dabei bleibt jedoch zu beobachten, wie dahingehend geänderte Empfehlungen und Leitlinien in der Versorgungspraxis umgesetzt werden.

Ressourcen, die bereits identifiziert werden konnten, sind z. B. die kognitive Begabung eines betroffenen Kindes, die sich sowohl für den Schulerfolg als auch für den Therapieerfolg als günstig erwiesen

hat (Huss 2008). Als prognostisch günstige Faktoren erwiesen sich ferner emotionale Geborgenheit, familiäre Unterstützung, günstige Peer-Kontakte, die Verfügbarkeit kontingenter Verstärker und körperliche Gesundheit (ebd.). „Aus neurobiologischer Sicht wirkt sich eine gute Inhibitionsfähigkeit – etwa gemessen in einer geringen Anzahl an sog. Begehungsfehlern im Continuous Performance Test – als Schutzfaktor in Bezug auf die Entwicklung einer Sozialstörung aus“ (ebd.: 604). Weiterhin konnten auch versorgungsbezogene Schutzfaktoren wie Früherkennung und die Verfügbarkeit multimodaler Therapieangebote identifiziert werden (ebd.).

3.4.2 Schädel-Hirn-Verletzungen

Schädel-Hirn-Verletzungen im Kindes- und Jugendalter gehören zu den bedeutendsten Ursachen für Mortalität und körperliche Beeinträchtigungen (Petersen et al. 2008). US-amerikanische Schätzungen gehen von einer Inzidenz von 180-220 Fällen pro 100.000 Einwohnern im Alter zwischen 0 und 19 Jahren aus. In Deutschland geht man hingegen für Kinder und Jugendliche bis 16 Jahre von einer Inzidenz von 581 Fällen pro 100.000 Einwohnern aus, wobei der größte Anteil (94,1 %) dieser Verletzungen als leicht eingestuft werden kann (Petersen et al. 2008). Als häufigste Ursache werden dabei für Kleinkinder Stürze, für Schulkinder Fahrradunfälle und für Jugendliche Verkehrsunfälle genannt (ebd.). Gleichzeitig müssen an dieser Stelle auch die sog. nichtakzidentellen Schädel-Hirn-Traumata genannt werden, die bspw. als Folge eines „shaken-baby-syndrome“ auftreten können (Matschke & Glatzel 2008). Schätzungen zufolge kann von 15-30 pro 100.000 Fällen von nichtakzidentellen Schädel-Hirn-Traumata ausgegangen werden (ebd.). Jedoch ist die Annahme, das kindliche Gehirn sei im Gegensatz zum erwachsenen Gehirn bei Schädel-Hirn-Verletzungen invulnerabler und leichter zu rehabilitieren, nicht korrekt. „Thus contrary to commonly held beliefs about reduced vulnerability and better recovery of the immature brain after TBI, these findings suggest a substantial risk for persisting or even late-emerging neuropsychological and cognitive impairment for the pediatric age group“ (Benz et al. 1999: 140). Insofern ist also bei Schädel-Hirn-Verletzungen in zweierlei Hinsicht ein beachtliches

Schädel-Hirn-Verletzungen bei 2-6 von 1000 Kindern und Jugendlichen jährlich

Art der Prävention ist abhängig von der Ursache der Schädel-Hirn-Verletzung

Potenzial für präventive Strategien zu verorten, das durch die Ergebnisse von Benz et al. (1999) noch mehr an Gewicht gewinnt.

Einerseits muss hier die Primärprävention von Unfällen (strukturelle Sicherheitsmaßnahmen im Straßenverkehr, Tragen von Fahrradhelmen etc.) thematisiert werden. Andererseits sind für nicht-akzidentelle Schädel-Hirn-Verletzungen völlig unterschiedliche Präventionsmaßnahmen gefordert, z. B. Schreibambulanzen oder beziehungsorientierte Prävention im Zusammenhang mit dem shaken-baby-syndrome (siehe auch Papoušek et al. 2004).

Dabei ist zu beachten, dass klassische primärpräventive Strategien durchaus auch hinterfragt werden¹⁰, da es in einer gesunden kindlichen Entwicklung nicht nur um das Beseitigen von Gefahrenquellen gehen kann, was zugespitzt formuliert einem Aufwachsen unter Laborbedingungen gleichkäme. Dem gegenüber steht ein Ressourcenansatz, der über eine unspezifische Kompetenzförderung das Einüben eines Risikomanagements beabsichtigt, sodass nicht eine gefahrenfreie Umwelt, sondern eine kompetente Einschätzung und ein sicherer Umgang mit Gefahrenquellen an Bedeutung gewinnen.

Hinsichtlich der Unfallprävention bemerken Limbourg und Schmidt (1999: 111), dass im europäischen Ausland¹¹ beachtliche Erfolge zu beobachten sind und sich Kinderunfälle durch „technische Sicherheitsmaßnahmen, durch die Gestaltung einer kindgerechten Umwelt, durch Gesetzgebung und Rechtsprechung, durch Kontrolle und Überwachung und durch Erziehung und Aufklärung verhindern oder zumindest in ihren Folgen mildern [lassen].“

In diesem Zusammenhang lassen sich also sowohl umwelt- als auch personal- und sozialbezogene Ressourcen aufzeigen, denn Unfallprävention kann in diesem Kontext auch als Prävention von Schädel-Hirn-Verletzungen betrachtet werden und besitzt somit neuropsychologische Relevanz.

¹⁰ Hier sind etwa Empfehlungen der BAG Kinderunfälle zu nennen.

¹¹ Hier ist v. a. auch Schweden mit dem Präventionsprogramm „Vision zero“ zu nennen, welches zu einer deutlichen Verringerung von Verkehrsunfällen führte.

4 Ausblick

Der neurowissenschaftliche Querschnittsbereich beschäftigt sich hauptsächlich mit biologischen und psychologischen Fragestellungen. Die Disziplinen, die sich in diesem Rahmen der Neurowissenschaft zuordnen lassen, haben sich bislang kaum mit der Entwicklung von ressourcenorientierten Perspektiven beschäftigt, wie sie hier im sozialwissenschaftlichen Sinne verstanden werden. Implizit und auf bestimmte Bereiche begrenzt, werden in neurowissenschaftlichen Disziplinen (z. B. in der Neuropsychologie) bereits Ressourcen benannt, doch weitestgehend dominieren hier störungsbezogene und damit defizitorientierte Perspektiven auf die kindliche Entwicklung. Erste Ansätze sind etwa in der Entwicklung des bislang wenig rezipierten Zürcher Ressourcenmodells, aber auch in der Abkehr von der Vorstellung einer genetisch vollständig determinierten Gehirnentwicklung zu sehen. Gerade den psychosozialen Bedingungen, denen ein Kind bereits in der Schwangerschaft über die Mutter vermittelt ausgesetzt ist, wird aktuell eine erhebliche Bedeutung für die Gehirnentwicklung beigemessen. Auch für den Zeitraum nach der Geburt wurden in der jüngeren neurowissenschaftlichen Forschung Erkenntnisse über vielfältige Einflussfaktoren (insb. Umweltbedingungen) gewonnen, die der früheren Vorstellung einer genetisch determinierten Gehirnentwicklung (und den damit verbundenen späteren Fähigkeiten) widersprechen. Kinder, die in einer Umwelt mit wenigen Handlungs- bzw. Entfaltungsmöglichkeiten und/oder unter psychosozial ungünstigen Bedingungen aufwachsen, haben auch aus neurowissenschaftlicher Sicht schlechtere Chancen, ihre Entwicklungsmöglichkeiten auszuschöpfen. Es handelt sich hierbei jedoch nicht um eindeutig kausale Wirkzusammenhänge, denn die Plastizität des Gehirns ermöglicht in manchen Bereichen, Fertigkeiten etwas später zu lernen. Für manche Funktionen (z. B. das räumliche Sehen) werden aber sog. Zeitfenster diskutiert, da der Erwerb dieser Funktionen nicht oder nur sehr mühselig nachgeholt werden kann. Hier ist noch dezidiert darauf hinzuweisen, dass sich auch Hirnverletzungen von Kindern keineswegs einfach so von selbst im Laufe der Entwicklung ‚auswachsen‘. Die Plastizität des kindlichen Gehirns ist zwar in vielerlei Hinsicht beeindruckend, doch wenn ein in der frü-

hen Entwicklung befindliches Gehirn geschädigt wird, kann dies die weitere Entwicklung oft viel stärker beeinträchtigen, als wenn das Gehirn eines Erwachsenen geschädigt wird. Dies hängt damit zusammen, dass ein Kind bei einer frühen Hirnschädigung einfach noch nicht die Gelegenheit hatte, bestimmte Funktionen zu erwerben, die für die weitere Entwicklung teilweise sehr wichtig sein können. Anders ausgedrückt: Es ist ein Unterschied, eine bereits erlernte Funktion zu verlieren oder die Möglichkeit zur Entwicklung dieser Funktion niemals oder nur eingeschränkt bekommen zu haben!

Insofern ist eine verstärkte Ressourcenorientierung in der Neurowissenschaft mit großen Potenzialen und grundlagenwissenschaftlich fundierten Aussagen und Handlungsempfehlungen für individuell unterschiedliche, aber gleichzeitig möglichst chancengleiche und gesunde Entwicklungsbedingungen für Kinder (und im Übrigen auch für Erwachsene) zu verbinden. Dies können bspw. neurowissenschaftlich fundierte Argumente für Gesundheitsförderung und Prävention bereits in der Schwangerschaft, aber auch in der nachgeburtlichen kindlichen Entwicklung sein. Die Befunde weisen im Übrigen auch auf die Bedeutung psychosozialer (Gehirn-)Entwicklungsbedingungen hin, und zwar nicht nur in der Familie, sondern in der gesamten Lebenswelt der Kinder. Gleichzeitig ist aber auch zu betonen, dass sekundär- und tertiärpräventive Ansätze dadurch nicht ihre Berechtigung verlieren, denn selbst unter günstigsten Bedingungen treten Ereignisse ein, die unerkannt und unbehandelt später zu großen Einschränkungen der individuellen Möglichkeiten und der Lebensqualität führen können. Perspektivisch ist daher in den neurowissenschaftlichen Disziplinen die Erweiterung der bislang stark dominierenden defizitorientierten Perspektive um eine ressourcenorientierte Sicht- und Arbeitsweise zu begrüßen.

Literatur

- Armand, Monica (o. J.): *Neuropädagogik*. Verfügbar unter <http://www.neuropaedagogik.de/index.html> [24.02.13].
- AQUA Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (2011): *Bundesauswertung zum Verfahrens-jahr 2010 16/1 – Geburtshilfe*. Göttingen: AQUA.
- Becker, Nicole (2006): Von der Hirnforschung lernen? Ansichten über die pädagogische Relevanz neurowissenschaftlicher Erkenntnisse. In: *Biowissenschaft und Erziehungswissenschaft. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft* 9 (5), 177-200.

- Benz, Barbara; Ritz, Annegret & Kiesow, Susanne (1999): Influence of age-related factors on long-term outcome after traumatic brain injury (TBI) in children: A review of recent literature and some preliminary findings. In: *Restorative Neurology and Neuroscience* 14, 135-141.
- Berger, Thomas & Caspar, Franz (2009): Gewinnt die Psychotherapie durch die neurobiologische Erforschung ihrer Wirkmechanismen? In: *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 57 (2), 77-85.
- Bergmann, Renate L. & Dudenhausen, Joachim W. (2003): Prädiktion und Prävention der Frühgeburt. In: *Der Gynäkologe* 36 (5), 391-402.
- Berking, Matthias & Znoj, Hansjörg (2006): „Neuropsychotherapie“ – theoretische und praktische Implikationen eines „gewagten Konstruktes“. In: *Verhaltenspsychotherapie & psychosoziale Praxis* 38 (4), 777-786.
- Birbaumer, Niels & Schmidt, Robert Franz (2006): *Biologische Psychologie: Mit 41 Tabellen* (6., vollst. überarb. u. erg. Aufl.). Springer-Lehrbuch. Heidelberg: Springer Medizin.
- Braun, Anna-Katharina & Bock, Jörg (2008): Hirnstrukturelle Konsequenzen perinataler Stress- und Deprivationserfahrungen. In: *Monatsschrift Kinderheilkunde* 7, 629-634.
- Braun, Anna-Katharina & Maier, Michaela (2006): Wie Gehirne laufen lernen oder: „Früh übt sich wer ein Meister werden will“: Überlegungen zu einer interdisziplinären Forschungsrichtung „Neuropädagogik“. In: Herrmann, Ulrich (Hg.): *Neurodidaktik. Grundlagen und Vorschläge für gehirngerechtes Lehren und Lernen*. Beltz Pädagogik. Weinheim: Beltz, 97–110.
- Brisch, Karl Heinz (2008): Bindung, Gewalt gegen Kinder und Prävention. In: *Der Gynäkologe* 41 (10), 833-838.
- BMG Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2010): *Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie: Anlage III Nummer 44 Stimulantien*. Berlin: BMG.
- Coenen, Wilfrid (2010): *Manuelle Medizin bei Säuglingen und Kindern: Entwicklungsneurologie – Klinik – Therapeutische Konzepte*. Berlin: Springer.
- Cowan, W. Maxwell; Harter, Donald H. & Kandel, Eric R. (2000): The Emergence Of Modern Neuroscience: Some Implications for Neurology and Psychiatry. In: *Annual review of neuroscience* 23, 343-392.
- Döderlein, Leonhard (2007): *Infantile Zerebralparese: Diagnostik, konservative und operative Therapie*. Darmstadt: Steinkopff.
- Döpfner, Manfred (2009): *Prävention von Hyperaktivität und Aggression*. Vortragspräsentation, Präventionskongress „Seelisch gesund groß werden – Prävention psychischer Störungen im Kindesalter“ am 06.10.2009 an der Technischen Universität Braunschweig.
- Döpfner, Manfred & Lehmkuhl, Gerd (2006): Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung – Neuropsychologie. In: Förstl, Hans; Hautzinger, Martin & Roth, Gerhard (Hg.): *Neurobiologie psychischer Störungen*. Heidelberg: Springer Medizin, 671-689.
- Eckert, Jochen (2006): Erwartungen an eine zukünftige Psychotherapie: Die Spökenkieker-Perspektive. In: *Psychotherapie Forum* 14, 125-130.
- Ende-Henningsen, Bettina & Henningsen, Henning (2010): Neurobiologische Grundlagen der Plastizität des Nervensystems. In: Frommelt, Peter & Lösslein, Hubert (Hg.): *NeuroRehabilitation. Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams*. Berlin: Springer, 67-79.
- Fertl, Elisabeth (2011): Grundlagen der Neurologischen Rehabilitation. In: Lehrner, Johann; Puschwald, Gisela; Fertl, Elisabeth et al. (Hg.): *Klinische Neuropsychologie. Grundlagen – Diagnostik – Rehabilitation* (2. Aufl.). Wien: Springer, 627-640.
- Gauggel, Siegfried (2006): Neuropsychotherapie: Anmerkungen eines Neuropsychologen. In: *Verhaltenstherapie* 16, 133-138.
- Giesinger, Johannes (2006): Erziehung der Gehirne: Willensfreiheit, Hirnforschung und Pädagogik. In: *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft* 9 (1), 97-109.
- Grawe, Klaus (2004): *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, Klaus & Grawe-Gerber, Mariann (1999): Ressourcenaktivierung: Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. In: *Psychotherapeut* 44, 63-73.
- Holzgreve, Wolfgang, Hösl, Irene & Lapaire, Olav (2006): Prävention von Frühgeburten. In: *Der Gynäkologe* 39 (4), 293-296.
- Hoyme, Udo B. (2007): Prävention der Frühgeburt. In: Wackert, Jürgen; Bastert, Günther & Sillem, Martin (Hg.): *Therapiehandbuch Gynäkologie und Geburtshilfe*. Berlin: Springer Medizin, 59–69.
- Huss, Michael (2008): ADHS bei Kindern: Risikofaktoren, Schutzfaktoren, Versorgung, Lebensqualität: Eine kurze Übersicht. In: *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 51, 602-605.
- Hüther, Gerald (2007): *Sich zu bewegen lernen heißt für's Leben lernen! Die Erfahrungsabhängige Verankerung sensomotorischer Repräsentanzen und Metakompetenzen während der Hirnentwicklung*. Vortragspräsentation, Kongress „Kinder bewegen – Energie nutzen“ vom 01. bis 03.03.2007 in Karlsruhe.
- Hüther, Gerald (2008): Vorgeburtliche Einflüsse auf die Gehirnentwicklung. In: Brisch, Karl Heinz & Hellbrügge, Theodor (Hg.): *Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft Geburt und Psychotherapie* (2. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta, 40-50.
- Jacob, Christian P.; Philippsen, Alexandra; Ebert, Dieter et al. (2008): Multimodale Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter. In: *Nervenarzt* 79, 801-808.
- Jans, Thomas; Kreiker, Susanne & Warnke, Andreas (2008): Multimodale Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Kindesalter. In: *Nervenarzt* 79, 791-800.
- Kandel, Eric R. (2000): Neuroscience: Breaking Down Scientific Barriers to the Study of Brain and Mind. In: *Science* 290 (5494), 1113-1120.

- Kaufmann, Liane & Kain, Winfried (2011): Neuropsychologische Diagnostik und Intervention in Kindheit und Jugend. In: Lehrner, Johann; Pusswald, Gisela; Fertl, Elisabeth et al. (Hg.): *Klinische Neuropsychologie. Grundlagen – Diagnostik – Rehabilitation* (2. Aufl.). Wien: Springer, 713-724.
- Kirschbaum, Clemens (Hg.) (2008): *Biopsychologie von A bis Z*. Springer-Lehrbuch. Heidelberg: Springer Medizin.
- Klatte, Maria (2007): Gehirnentwicklung und frühkindliches Lernen. In: Brokmann-Nooren, Christian; Gereke, Iris; Kiper, Hanna et al. (Hg.): *Bildung und Lernen der Drei- bis Achtjährigen*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 117-139.
- Limbourg, Maria & Schmidt, Inke (1999): *Ansätze zur Prävention von Schädelhirnverletzungen im Kindesalter*. Vortragspräsentation, Jahrestagung der Gesellschaft für Neurotraumatologie und klinische Neurophysiologie am 17.03.1999 in Hamburg.
- Matschke, Jakob & Glatzel, Markus (2008): Neuropathologische Begutachtung des nichtakzidentellen Schädel-Hirn-Traumas bei Säuglingen und Kleinkindern. In: *Rechtsmedizin* 18, 29-35.
- Michaelis, Richard (2005): Entwicklung, Entwicklungsstörungen und Risikofaktoren im Säuglings- und Vorschulalter. In: Gahr, Manfred (Hg.): *Pädiatrie* (2., vollst. neubearb. Aufl.). Berlin: Springer Medizin, 21-34.
- Papoušek, Mechthild; Schieche, Michael & Wurmser, Harald (2004): *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Bern: Huber.
- Pauen, Sabina (2006): Zeitfenster der Gehirn- und Verhaltensentwicklung: Modethema oder Klassiker? In: Herrmann, Ulrich (Hg.): *Neurodidaktik. Grundlagen und Vorschläge für gehirngerechtes Lehren und Lernen*. Weinheim: Beltz, 31-40.
- Petersen, Corinna; Scherwath, Angela; Fink, Juliane et al. (2008): Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen mit einem Schädel-Hirn-Trauma. In: *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 51, 629-636.
- Pinel, John P. J. & Pauli, Paul (Hg.) (2008): *Biopsychologie* (6., aktualis. Aufl.). PS Psychologie. München: Pearson Studium.
- Porz, Friedrich (2008): *Zusammenfassung des Endberichts Prospektive randomisierte Implementierung des Modellprojekts Augsburg (PRIMA-Studie). Evaluation der individuellen familienorientierten Nachsorge für Früh- und Risikogeborene des Modellprojekts BUNTER KREIS Augsburg*. Augsburg: Beta Institut.
- Preilowski, Bruno (2010): Entwicklung und Stand der Psychiatrie und der Neuropsychologie. In: Gauggel, Siegfried (Hg.): *Neuropsychologie psychischer Störungen* (2., vollst. aktualis. u. erw. Aufl.). Berlin: Springer, 7-23.
- Renner, Tobias J.; Gerlach, Manfred; Romanos, Marcel et al. (2008): Neurobiologie des Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndroms. In: *Nervenarzt* 79, 771-781.
- Romanos, Marcel; Schwenc, Christina & Walitza Susanne (2008): Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Kindes- und Jugendalter. In: *Nervenarzt* 79, 782-790.
- Scheich, Henning & Braun, Anna-Katharina (2009): Bedeutung der Hirnforschung für die Frühförderung. In: *Monatsschrift Kinderheilkunde* 159, 953-964.
- Schlack, Robert; Hölling, Heike; Kurth, Bärbel-Maria et al. (2007): Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50, 827-835.
- Schoen, Siegfried W. (2000): Neurobiologische Grundlagen von Funktionsrestitution und Reorganisation. In: Sturm, Walter (Hg.): *Lehrbuch der klinischen Neuropsychologie. Grundlagen, Methoden, Diagnostik, Therapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Siegrist, Johannes (2003): Machen wir uns selbst krank? In: Schwartz, Friedrich Wilhelm; Walter, Ulla & Abelin, Theo (Hg.): *Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Gesundheit fördern – Krankheit verhindern* (2., völlig neu bearb. u. erw. Aufl.). München: Urban & Fischer, 139-162.
- Stamm, Margrit (2009): *Begabte Minoritäten*. Wiesbaden: VS.
- Stern, Elsbeth (2004): Wie viel Hirn braucht die Schule? In: *Zeitschrift für Pädagogik* 50 (4), 531-538.
- Storch, Maja (2002): Die Bedeutung neurowissenschaftlicher Forschungsansätze für die psychotherapeutische Praxis: Teil I: Theorie. In: *Psychotherapie* 7 (2), 281-294.
- Storch, Maja (2003): Die Bedeutung Neurobiologischer Forschung für die psychotherapeutische Praxis: Teil II – Praxis: Das Zürcher Ressourcenmodell (ZRM). In: *Psychotherapie* 8 (1), 11-29.
- Suslow, Thomas & Arolt, Volker (2010): Neurobiologische Grundlagen von Psychotherapie. In: Arolt, Volker & Kersting, Anette (Hg.): *Psychotherapie in der Psychiatrie. Welche Störung behandelt man wie?* Berlin: Springer, 563-575.
- Vollmer, Brigitte & Krägeloh-Mann, Ingeborg (2002): Die neurologische und kognitive Entwicklung zu klein geborener Kinder. In: *Monatsschrift Kinderheilkunde* 150 (10), 1202-1207.
- Wolff, Friedrich (2004): Prävention der Frühgeburt. In: *Der Gynäkologe* 37 (8), 737-748.
- Ziegenhain, Ute (2004): Beziehungsorientierte Prävention und Intervention in der frühen Kindheit. In: *Psychotherapeut* 49 (4), 243-251.

Ressourcenorientierung in der Elementarpädagogik

1 Einführung

Versucht man eine Definition für den Bereich des vorschulischen Arbeitsfeldes zu finden, muss man feststellen, dass sich hier ein sehr inkohärentes Bild darstellt. Im Wörterbuch der Pädagogik (Schaub & Zenke 2007) findet man sowohl den Begriff des Elementarbereichs als auch den Begriff der Vorschulerziehung. Während der Elementarbereich die Einrichtungen definiert, die sich der „familienergänzende[n] Erziehung und Bildung für Kinder nach Vollendung des dritten Lebensjahres bis zur Einschulung“ (ebd.: 167) widmen, wird unter Vorschulerziehung die „Erziehung und Förderung des kleinen Kindes vor dem Eintritt in die Schule“ (ebd.: 587) verstanden. Vorschulerziehung „umfasst im weiteren Sinn die Erziehung in der Familie, in außerfamiliären und in familienergänzenden [...] Einrichtungen von Geburt bis zur Schulpflicht“ (ebd.: 587), während es das Ziel des Elementarbereichs ist,

„Drei- bis Fünfjährigen ein Bildungsangebot zu machen, das ihre kognitive, affektive und soziale Entwicklungsfähigkeit erhöht, milieubedingte Benachteiligungen auszugleichen sucht und einen gleitenden Übergang zum schulischen Lernen ermöglicht“ (Schaub & Zenke 2007: 167).

Auch die Begriffe der Früh- bzw. Kleinkindpädagogik werden teilweise synonym verwandt. Folgt man Paetzold (2001: 18), kann man die Bereiche nicht voneinander trennen. Vielmehr muss heute

„von einer Elementarpädagogik im engsten Sinne gesprochen werden als einer Institutionenpädagogik für den Altersbereich 0 bis 6 Jahre und im weitesten Sinne als der Pädagogik, die sich mit Fragen der Erziehung, Betreuung und Bildung von Kindern in Familie und außerschulischen Institutionen von der Geburt bis zum Ende der Grundschulzeit befasst“ (ebd.).

Die lange Zeit angewandte Unterteilung nach Altersgruppen des vorschulischen Bereichs in Frühpädagogik, Elementarpädagogik und Primarpädagogik erscheint angesichts des heutigen Wissens über frühe Bildung und die Bedeutung von kontinuierlichen Bildungsprozessen überholt und einengend. Daher plädiert die Bundesarbeitsgemeinschaft „Bildung und Erziehung im Kindesalter“ seit 2008 dafür, den Begriff der Kindheitspädagogik zu verwenden. Damit wird eine

Vorschulischer Bereich zeigt inkohärentes Bild

Abgrenzung zwischen kindbezogener Pädagogik und einer Pädagogik für Jugendliche und Erwachsene vollzogen (vgl. Ballusek 2012), die Beschränkung auf Kinder vor der Schule aufgelöst und sowohl die familiäre als auch die institutionelle und gesellschaftliche Realität in den Blick genommen (vgl. Qualifikationsrahmen BAG-BEK 2009).

Diese Diskussionen und unterschiedlichen Positionierungen zum Feld der vorschulischen Bildung sind nicht neu. So zeigt ein Blick in die Geschichte, dass der Bereich sich in Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Erwartungen und Tendenzen stetig weiterentwickelt.

Das Arbeitsfeld der Elementarpädagogik¹ kann, im Gegensatz zur Schulpädagogik, nur auf eine kurze Tradition zurückblicken, da Bildung sich historisch eher im Kontext schulischer Einrichtungen entwickelt hat. Dennoch haben sich auch im vorschulischen Bereich unter dem Einfluss namhafter Pädagog/innen wie Fröbel, Montessori und Steiner Bildungskonzepte entwickelt, die dem jeweiligen Zeitgeist entsprechen (Kasüschke & Fröhlich-Gildhoff 2008). Diese sind stets eng an die vorherrschenden gesellschaftlichen Kindbilder geknüpft und stehen dabei immer im Spannungsfeld von gesellschaftlichen Bedürfnissen und den Bedürfnissen und Rechten der Kinder.

2 Blick in die Geschichte

Kindbild und gesellschaftlicher Wandel

Im Laufe der Geschichte hat sich das Bild vom Kind immer wieder verändert. Dieses Bild steht historisch immer in Beziehung „zum Zeitgeist, zum Ort und zur jeweiligen Kultur“ (Griebel & Niesel 2004: 39). Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft über ihre Kinder denkt, hat Konsequenzen für das Zutrauen in kindliche Fähigkeiten und bestimmt so letztendlich die Bildung.

Im Übergang zur Moderne lassen sich eine ganze Reihe an Parametern aufdecken, die die Gesellschaft und damit auch die Kindheit maßgeblich verändert haben: Mechanisierung, Industrialisierung und Proletarisierung, Spezialisierung, Individualisierung und Demokrati-

¹ Da in diesem Beitrag die Altersstufe der 0- bis 6-jährigen Kinder im Mittelpunkt der Betrachtung steht, wird die Definition der Elementarpädagogik im weiteren Sinn zugrunde gelegt und der Text bezieht sich auch begrifflich im Folgenden darauf.

sierung setzen sich im 19. Jh. v. a. in Westeuropa und Nordamerika durch (Qvortrup 2005: 31). Auch wenn diese Faktoren vordergründig nichts mit Kindern zu tun haben, verändert sich Kindheit jedoch infolge der ökonomischen, politischen und kulturellen Umbrüche. Die Trennung von Lebens- und Arbeitswelt sorgt dafür, dass die außerfamiliäre Betreuung zu einem gesellschaftlichen Problem wird, welches die institutionelle Kinderbetreuung vorantreibt (Kasüschke & Fröhlich-Gildhoff 2008: 15). Auf der einen Seite soll „Müttern der sozialen Unterschicht eine Erwerbsarbeit“ ermöglicht werden, auf der anderen Seite sollen „die Kinder nach trügerspezifischen Ordnungs- und Wertvorstellungen“ erzogen werden (Reyer 2006: 268). Kindheit wird als eigene Lebensphase, als Phase der Erziehung und Bildung entdeckt; immer längere Phasen des Tages verbringen Kinder in öffentlichen Erziehungseinrichtungen (Liegle 2006: 127).

Zunächst entstehen die Kleinkinderbewahranstalten für die Kinder der ärmeren Bevölkerung mit dem Ziel, „die kleinen Kinder der Armen, die ohne Beaufsichtigung sich selbst oder der unzureichenden Aufsicht älterer Geschwister überlassen sind, der Aufsicht verständiger Personen zu übergeben“, wie es im Altmärkischen Intelligenz- und Leseblatt vom 07.05.1838 heißt. Die Kleinkinderbewahranstalten werden durch bürgerliche, vorwiegend christliche Vereine begründet, die sich sozialen Aufgaben, meist der Armenpflege, widmen und so auch in den Bewahranstalten den sozialfürsorgerischen Aspekt in den Mittelpunkt stellen.

Johan Georg Wirth (1807-1851) unterteilt in seinem Buch „Über Kleinkinderbewahranstalten“ (1838) die Arbeit in drei wesentliche Aufgabenbereiche: Unterricht, Arbeit und Spiel; er versteht das Spiel erstmals als wesentlichen Bestandteil der Kindheit. Jedoch verhindert eine mangelnde Ausbildung der Betreuungspersonen („Wärter/innen“) eine Verbreitung seiner pädagogischen Ideen (vgl. Grossmann 2002; Kasüschke & Fröhlich-Gildhoff 2008).

Neben den Kleinkinderbewahranstalten wird 1840 der Fröbel-Kindergarten gegründet. Im Gegensatz zu den Kleinkinderbewahranstalten will **Friedrich Fröbel** (1782-1852) keine frühkindliche Bildungsinstitution errichten, sondern zunächst Mütter im Umgang mit ihren eigenen Kindern pädagogisch sensibilisieren. Im Mittelpunkt stehen dabei die Freiheit und Selbstbestimmung des Kindes,

Ziele institutioneller Kinderbetreuung im 19. Jh.

Unterricht, Arbeit und Spiel als Aufgaben der Kleinkinderbewahranstalten

„Spiel-
führer/innen“
für kindliche
Freiheit und
Selbst-
bestimmung

Volks-
kindergärten
vereinen
gegensätzliche
Ansätze

Ritual des
Monats-
gegenstandes

die Beachtung und Förderung des kindlichen Spiels und sog. Spielgaben zur Förderung kindlicher Lernprozesse. 1839 beginnt er, Spielführer/innen auszubilden (Grossmann 2002). Schnell wächst die Nachfrage aus dem Bürgertum nach einer zeitlich begrenzten Betreuung durch geschulte Männer und Frauen. 1843 beginnt mit der Ausbildung von Kindergärtnerinnen und Kindergärtern eine Qualifizierung für die Arbeit im Vorschulbereich. Zwischen den konfessionell geprägten Kleinkinderbewahranstalten und den eher pädagogisch geprägten Fröbel-Kindergärten entbrennt ein Richtungsstreit, der erst zwanzig Jahre später beigelegt werden kann. Die konfessionellen Einrichtungen betonen den familienfürsorgerischen Aspekt und kritisieren die Fröbel-Kindergärten, da diese sich an den Ansprüchen des Bürgertums orientieren, die sich die ärmere Bevölkerung nicht leisten kann. Die Fröbel-Kindergärten kritisieren ihrerseits den Mangel an pädagogischen Konzeptionen, die dem Eigenwert der kindlichen Entwicklung Rechnung tragen. Mit Gründung der Volkskindergärten gelingt es erstmals, die ganztägige Betreuung, den familienfürsorgerischen Aspekt der Kleinkinderbewahranstalten und die Fröbel-Pädagogik zu vereinen (ebd.).

Bertha von Mahrenholtz-Bülow (1810-1893) und **Henriette Schrader-Breymann** (1827-1899), zwei Schülerinnen Fröbels, setzen sich hier für die gemeinsame Erziehung aller Kinder und für veränderte Bedingungen in den bestehenden Einrichtungen ein (vgl. Kasüschke & Fröhlich-Gildhoff 2008). Mahrenholtz-Bühlow übernimmt 1873 einen Volkskindergarten, den sie streng nach Fröbels Pädagogik führt. Schrader-Breymann entwickelt Fröbels Ansatz weiter, verbindet ihn mit **Pestalozzis** Gedanken einer familienähnlichen Wohnstube und gründet eine sozialpädagogische Modelleinrichtung, in der sich Kinder vom Vorschulalter bis zum Jugendalter gemeinsam aufhalten und lernen. Schrader-Breymann stellt fest, wie sehr die kindliche Lebenswelt in den Einrichtungen von den alltäglichen Lebenszusammenhängen in den Familien, von der Arbeitswelt der Eltern etc. losgelöst ist. Mit der Betrachtung eines sog. Monatsgegenstandes versucht sie erstmals, Lebens- und Alltagssituationen der Kinder in den Kindergarten zu holen und zur Grundlage der pädagogischen Arbeit zu machen. Trotz der Kritik, dass ein Monatsgegenstand nicht die heterogenen Lebenswelten der Kinder berücksicht-

igen kann, wird diese Theorie zu einem zentralen Bildungsaspekt der Elementarpädagogik, das bis in die 1970er Jahre besteht (ebd.).

Nach dem ersten Weltkrieg ist die wirtschaftliche und soziale Lage des Staates so schlecht, dass seine Möglichkeiten bei der Übernahme von öffentlichen Fürsorgepflichten sehr begrenzt sind und er sich auf vorhandene, meist konfessionelle Organisationen stützen muss. Auf der anderen Seite verschlechtert sich die Situation der Kinder zu dieser Zeit so offensichtlich, dass eine gesetzliche Regelung der Kinder- und Jugendfürsorge unumgänglich wird. Aus diesem Grund wird 1922 das Recht auf Erziehung in das Gesetz aufgenommen (Reichsjugendwohlfahrtsgesetz), allerdings ohne die einheitliche Definition von Erziehungszielen (Grossmann 2002; Kasüschke & Fröhlich-Gildhoff 2008). Die pädagogischen Ansätze aus Vorkriegsjahren verlieren so an Bedeutung, der sozialfürsorgerische Aspekt tritt wieder in den Vordergrund und der Kindergarten erhält erneut den Status einer Bewahranstalt. Diese Entwicklung ist richtungweisend für Jahrzehnte. Durch die Etablierung neuer wissenschaftlicher Disziplinen gibt es zwar auch im Bereich der Elementarpädagogik einzelne Versuche, neue Konzepte zu entwickeln und umzusetzen, jedoch können sich diese nicht flächendeckend durchsetzen. Zu nennen sind hier insb. **Maria Montessori** (1870-1952) mit ihrer Theorie der sensiblen Phasen und der unterstützenden Arbeitsmaterialien sowie **Rudolf Steiner** (1861-1925), der Begründer der Waldorfpädagogik und der Theorie des autodidaktischen Spiels, deren Pädagogik sich in Deutschland vereinzelt etablieren kann. Mit dem Nationalsozialismus und dem Zweiten Weltkrieg werden die wissenschaftliche Entdeckung des Kindes und die Entwicklung pädagogischer Theorien unterbrochen (Grossmann 2002; Kasüschke & Fröhlich-Gildhoff 2008).

Nach 1945 entwickelt sich der Bereich der Elementarpädagogik in Ost- und Westdeutschland unterschiedlich. Im Westen wird zunächst wieder an die Entwicklung vor dem Krieg angeknüpft, zumeist orientiert an der konfessionellen, bürgerlich-traditionellen Programmatik. In den späten 1960er Jahren bis in die späten 1980er Jahre hinein prägen sich jedoch auch reformpädagogische Ansätze aus, die bis heute die Bildungslandschaft mitbestimmen. Der **Situationsorientierte Ansatz** von **Armin Krenz** (*1952) entsteht aus der Kritik an

Reichsjugendwohlfahrtsgesetz

Reformpädagogische Ansätze

Situationsorientierter Ansatz als Kritik an kompensatorischer Erziehung

der bis dahin vorherrschenden Praxis der kompensatorischen Erziehung und der damit verbundenen Trainingsprogramme (Kasüschke & Fröhlich-Gildhoff 2008). Statt dieser Programme stellt der Situationsansatz die jeweilige Lebenssituation der Kinder und den Erwerb von Grundqualifikationen zur gegenwärtigen und zukünftigen Bewältigung von Lebenssituationen in den Mittelpunkt der Pädagogik und knüpft damit an die Theorie des Monatsgegenstandes von Schrader-Breyman an. Prinzipien der pädagogischen Arbeit wie Offene Kindergartenarbeit, altersgemischte Gruppen (das Konzept der familienähnlichen Wohnzimmer von Schrader-Breyman kann hier als Vorläufer betrachtet werden), Mitwirkung von Eltern u. v. m., die bis heute ihre Gültigkeit haben, finden insb. in der Kinderladenbewegung der damaligen Zeit ihren Ursprung.

**Grundzüge der
Reggio-
Pädagogik**

Die **Reggio-Pädagogik** findet durch eine Gruppe Berliner Pädagog/innen ihren Weg aus Norditalien nach Deutschland. Zu den zentralen Grundwerten der Pädagogik, die einen Schwerpunkt auf das Werden und Wahrnehmen von Kindern legt, gehören das Bild vom Kind als Konstrukteur seiner Entwicklung und die dialogische Grundhaltung der Erwachsenen gegenüber den Kindern (Kasüschke & Fröhlich-Gildhoff 2008: 30ff.).

**DDR:
Kindergärten
als Teil des
Bildungs-
bereichs**

In der DDR gehören die Kindergärten zum Bildungsbereich. Es gibt im Schulgesetz klare, ideologische Vorgaben für die Arbeit der Kindergärten, die sich im „Programm zur Bildungs- und Erziehungsarbeit“ niederschlagen. Obwohl auch hier die Vereinbarkeit von Beruf und Familie eine wichtige Aufgabe der Kindergärten darstellt, entfernen sich diese durch den klar definierten (wenngleich ideologisch geprägten) Bildungsauftrag vom ursprünglichen Charakter der Bewahranstalt (Grossmann 2002).

**Verunsicherung
nach der Wende**

Mit der Wende 1990 stehen die Kindergärten in beiden Teilen Deutschlands vor neuen Herausforderungen. In den neuen Bundesländern verlieren die Kindergärten neben ihrer Zugehörigkeit zum Bildungsbereich auch das Programm, an dem sich ihre bisherige Arbeit orientierte. Jetzt werden die Mitarbeitenden mit einer Vielzahl an Strukturen und Konzepten konfrontiert, müssen auswählen und ausprobieren, was zu einer großen Verunsicherung führt. Aber auch in den alten Bundesländern gibt es durch den 1996 formulierten Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz erhebliche Probleme; es

müssen quantitativ sehr viele Plätze geschaffen werden, sodass die Qualität der Einrichtungen oft nachlässt (vgl. Grossmann 2002).

In den letzten Jahren steht die Arbeit der Kindertageseinrichtungen nun vermehrt im Zentrum gesellschaftlichen Interesses. Noch immer ist die Elementarpädagogik durch das historisch entstandene sozialpädagogische Doppelmotiv geprägt (vgl. Reyer 2006). Auf der einen Seite findet sich das sozialfürsorgliche Motiv, Familien zu entlasten und familienergänzende Aufgaben zu übernehmen. Auf der anderen Seite hat sich die Elementarpädagogik als eigene Anwendungswissenschaft entwickelt, die die Bildung im frühen Kindesalter sowie die entsprechende Qualifikation von Fachkräften in den Mittelpunkt rückt (ebd.).

Dabei finden sich Parallelen zu den vielfältigen Handlungsansätzen, die die Tradition der vorschulischen Pädagogik geprägt haben. In der aktuellen Diskussion finden sich gerade die Elemente der historischen Ansätze wieder, die eine Perspektive auf kindliche Lernprozesse legen, bei denen das Kind als Akteur und Gestalter eigener Bildungsprozesse in den Blickpunkt genommen wird, in dessen Mittelpunkt die pädagogische Interaktion als (Ko-)Konstruktionsprozess steht (vgl. Kasüschke & Fröhlich-Gildhoff 2008). Hier bieten sich vielfältige Anknüpfungspunkte für eine zeitgemäße kindheitspädagogische Methodik und Didaktik, bei der die ganzheitliche Betrachtung von Kindheit ohne Abgrenzung in verschiedene Altersgruppen und die Verzahnung von ‚Lebenswelt Familie‘ und ‚Lebenswelt Kindertageseinrichtung‘ immer stärker fokussiert wird.

Hier sind insb. die schwedischen Forscherinnen **Ingrid Pramling Samuelsson** und **Gunilla Dahlberg** zu nennen sowie der deutsche Entwicklungspsychologe und Pädagoge **Wassilios Emmanuel Fthenakis**, die diese Entwicklung in den vergangenen Jahren stark beeinflusst haben.

3 Von der linearen Entwicklungslogik zum Konzept der Ko-Konstruktion

Bildungskonzepte für die (frühe) Kindheit unterliegen lange Jahre linearen Entwicklungslogiken, die einseitig auf den Einfluss der (sozialen) Umwelt auf das Kind oder aber auf die sich entfaltenden

**Sozialfürsorge
und Professionalisierung als
Motive der
Elementar-
pädagogik**

**Ganzheitliche
Betrachtung
von Kindheit
mit Verzahnung
der kindlichen
Lebenswelten**

**Fokus auf
wechselseitigen
Austausch von
Kind und
Umwelt**

Anlagen und die Eigentätigkeit des Kindes fokussieren. In jüngerer Zeit setzt sich zunehmend eine interaktionistische, ko-konstruktivistische Sicht auf Bildung und Entwicklung durch, die den wechselseitigen Austausch von Kind und sozialer Umwelt in den Blick nimmt. In dieser Sichtweise wird Bildung als Prozess verstanden, der sowohl vom Kind als auch von seinem sozialen Umfeld aktiv gestaltet wird. Damit erlaubt es die ko-konstruktivistische Sicht, Bildung als Eigentätigkeit des Kindes zu konzipieren, ohne ihre soziale Kontextualisierung aus dem Blick zu verlieren (vgl. Fthenakis 2003; Dahlberg 2004; zu Konzepten der Entwicklung siehe auch Montada 2008).

3.1 Das Kind als passiver Empfänger von Bildung und Erziehung

**Kind als
,Objekt' von
Bildungs-
bemühungen**

**Bildung hat ge-
sellschaftliche
Reproduktions-
funktion**

In einer exogenistischen Entwicklungslogik, die auf der behavioristischen Vorstellung beruht, dass durch äußere Reize jede Entwicklung möglich wird, steht die Einwirkung der Umwelt auf das Kind im Vordergrund. Derartige pädagogische „Einwegmodelle“ (Zinnecker 1996: 43) konzentrieren sich auf die noch zu entwickelnden Eigenschaften von Kindern und die lenkende, aktive Rolle der Erwachsenen: Eine erwachsene Person beeinflusst und lenkt Kinder durch ihr pädagogisches Handeln in die vermeintlich richtige Richtung. Das Kind als ‚Objekt‘ von Bildungsbemühungen ist ein hilfebedürftiges und abhängiges Wesen, dessen Persönlichkeit und Subjekteigenschaften sich erst durch Bildung und Erziehung entwickeln. „Damit verbunden ist die Annahme einer ‚Zielperspektive‘ von Entwicklungs- und Sozialisationsprozessen, die den Blick auf Originelles und Absurdes verstellen kann“ (ebd.: 47). Bildung und Erziehung orientieren sich an den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, sie erfüllen eine gesellschaftliche Reproduktionsfunktion. Das Kind in seiner Unmündigkeit wird in den Blick genommen, mit dem Ziel, es zu einem „mündigen Subjekt“, einem „brauchbaren Bürger“ (Kägi 2006: 71) zu befähigen. Entwicklungsauffälligkeiten und -störungen werden dabei besonders in den Fokus gerückt, geht es doch darum, diese ‚auszugleichen‘ und zu ‚beheben‘. Diese kompensatorische Zielsetzung von Bildung spiegelt sich bspw. in dem vorschulischen Curriculum Frankreichs wider (vgl. Bachelet & Mozère 2004). Es

verbindet mit der kompensatorischen Sicht das Ziel einer Chancengleichheit im Sinne des gleichen Zugangs zu Bildungsangeboten. Aspekte wie die Autonomieentwicklung, individuelle Lebenswege und sozio-kulturelle Verschiedenheit werden dabei vernachlässigt.

3.2 Das Kind als Akteur seiner Bildung und Entwicklung

Dieser Sicht stehen Konzepte gegenüber, die die aktive Rolle des Kindes als Akteur seiner Entwicklung und Bildung hervorheben. Diese gründen in hohem Maße auf der konstruktivistischen Theorie **Jean Piagets** (1896-1980), dem die Erkenntnis zu verdanken ist, dass das Kind sein Weltverständnis in aktiver Auseinandersetzung mit der Welt konstruiert (z. B. Piaget 1936/1991). In der Elementarpädagogik findet sich diese Sichtweise im Konzept der „Bildung als Selbstbildung“ wieder. Auch basieren sog. entwicklungsgemäße Curricula auf der Entwicklungstheorie Piagets (z. B. Copple & Bredekamp 2009; vgl. auch Mey, in diesem Band).

Den Arbeiten Piagets ist zu verdanken, dass die defizitäre Sicht auf das Kind überwunden und seine Rolle als Akteur in seiner Bildung und Entwicklung wahrgenommen werden konnte. In dieser Hinsicht bietet sich die konstruktivistische Sicht durchaus als entwicklungspsychologische Basis einer subjekt- und ressourcenorientierten Elementarpädagogik an. In den letzten Jahren wird jedoch verstärkt auf ihre Beschränkungen hingewiesen und für eine Erweiterung um eine sozio-kulturelle Perspektive plädiert (Miller 1993: 374). So wird eingewandt, dass Fachkräfte zunehmend in Lernsettings mit hoher soziokultureller Diversität arbeiten und dringend gefordert sind, den soziokulturellen Hintergrund der Lernenden einzubeziehen. Hierfür bietet jedoch ein an Piaget orientierter konstruktivistischer Zugang keinen ausreichenden konzeptuellen Rahmen, da er den Blick auf Entwicklung als individuellen Prozess verengt und zudem die Universalität von Entwicklungsverläufen postuliert (vgl. Vadeboncoeur 1997; Anning et al. 2009). Zwar hat Piaget die Bedeutung der sozialen Interaktion für die Entwicklung thematisiert, letztendlich bleibt in seinem Verständnis Entwicklung jedoch eine Angelegenheit des Individuums und verläuft weitgehend

**Aktive Rolle
des Kindes als
Akteur seiner
Entwicklung
und Bildung**

**Bildung als
Selbstbildung**

**Einbezug
des sozio-
kulturellen
Hintergrunds
der Lernenden
als fachliche
Anforderung**

unabhängig von soziokulturellen Faktoren. Der Kontext des Kindes spielt nur eine untergeordnete Rolle; soziale, kulturelle und historische Einflüsse werden weitgehend ignoriert, plötzlich auftretende Veränderungen im Leben des Kindes kaum thematisiert (Fthenakis 2003: 27; Gisbert 2003: 86).

3.3 Bildung und Entwicklung als Selbstwerdung durch soziale Prozesse

Aufgrund der Beschränkungen (individual-)konstruktivistischer Ansätze wird in jüngerer Zeit dafür plädiert, Bildung und Entwicklung als soziale Prozesse zu konzipieren und die Perspektive um den sozialen Kontext von Entwicklung und Bildung zu erweitern (Miller 1993: 374ff.). In der heutigen postmodernen Gesellschaft, so die Argumentation, verliere die Vermittlung feststehenden Wissens an Bedeutung. Weltverständnis sei vielmehr ständig im Diskurs auszuhandeln, Bildung in der Postmoderne stehe vor der Herausforderung, Diversität, Multiperspektivität und Ambivalenz anzuerkennen und in Bildungsprozessen einen konstruktiven, bereichernden Umgang mit diesen Bestimmungsmerkmalen der Postmoderne zu entwickeln (Fthenakis 2003; Dahlberg 2004). Bildung und Entwicklung werden dabei als gemeinsame Konstruktion (Ko-Konstruktion, Youniss 1994) aufgefasst, an der Kinder, Eltern und später pädagogische Fachkräfte aktiv beteiligt sind (vgl. Fthenakis 2003; Gisbert 2003; Liegle 2006). In diesem Prozess wird das Wissen weder unidirektional vom Erwachsenen zum Kind übertragen, noch konstruiert das Kind sein eigenes Verständnis kontextlos. Vielmehr transformiert das Kind in einem aktiven Aneignungsprozess Deutungs- und Sinnmuster seines kulturellen Kontextes und schafft somit neues Wissen und Verständnis, in welche jedoch die Deutungen seiner Interaktionspartner mit eingehen (vgl. Rogoff 1990).

Ko-konstruktivistische Ansätze in der Elementarpädagogik beziehen sich auf die soziokulturelle Theorie **Lev Wygotskis** (z. B. Wygotski 1987) und verstehen sich als ihre Weiterführung. Dabei kommt dem soziokulturellen Kontext eine hohe Bedeutung zu. Entwicklung wird nicht als individueller Prozess angesehen, der durch

den soziokulturellen Kontext bestenfalls moderiert wird, sondern als grundlegend soziokulturell bestimmtes Geschehen.

In der elementarpädagogischen Fachdiskussion werden ko-konstruktivistische Ansätze stark rezipiert. Unter anderem basiert das Neuseeländische Curriculum für den Elementarbereich, das sich als multikulturelles Curriculum ganz ausdrücklich dem Diversitätsansatz verpflichtet sieht, auf ko-konstruktivistischen Grundpositionen (vgl. dazu Ministry of Education 1996). In zahlreichen der deutschen Curricula finden sich Bezüge zu einem ko-konstruktivistischen Verständnis von Bildung und Entwicklung, wobei sich der Grad der Ausarbeitung stark unterscheidet.

3.4 Subjekt- und ressourcenorientierte Ansätze in der Elementarpädagogik

Ende der 1970er Jahre gibt es erste Entwicklungen, die die Defizitperspektive bisheriger Entwicklungskonzepte in Frage stellen, doch können sich diese erst in den letzten zwei Jahrzehnten durchsetzen.

Ins Blickfeld rückt immer stärker die Frage danach, welche Bedingungen zur gelingenden Entwicklung von Kindern beitragen. Das Kind selbst, seine Formen der Weltaneignung und sein Erleben stehen dabei im Mittelpunkt der Betrachtungen.

„Jedes Kind ist Mensch und originärer Träger von Menschenrechten. Es ist von Geburt an eigenständig, einzigartig und unverwechselbar. Im Wechselspiel von Kind sein und erwachsen werden ist jedes Kind eine vollständige Persönlichkeit, der Respekt und Wertschätzung zusteht. Die Anerkennung der Person und ihrer eigensinnigen Weise, die Welt zu deuten, zu erschließen und anzueignen ist zugleich Grundrecht und Grundlage im Verhältnis der Generationen“ (Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt 2009: 22).

Jedes Kind als vollständige Persönlichkeit

Dieser Ausschnitt zeigt exemplarisch, dass im Bereich der Kindertagesstätten das Kind als Subjekt in den Mittelpunkt der pädagogischen Arbeit gerückt ist. Der Subjektstatus der Kinder, unabhängig von ihrem Alter, wird explizit betont. Kinder werden mit ihren momentanen Fähigkeiten und Fertigkeiten in den Blick genommen. Die Anerkennung des „kompetenten Kindes“, das sich von Geburt an mit seiner Umwelt auseinandersetzt und sich diese ohne ständige Belehrung durch Erwachsene erschließt (vgl. Mey, in diesem Band), ist zum Ausgangspunkt der pädagogischen Arbeit geworden.

Subjektstatus des Kindes

Auseinandersetzung des kompetenten Kindes mit der Umwelt von Geburt an

**Akteurskonzept
(Agency)**

Diese Entwicklung ist den neueren Sozialisationstheorien geschuldet, die deutlich machen, dass ein Kind zu keinem Zeitpunkt der Entwicklung nur passiver Empfänger von Erziehungsmaßnahmen ist. Das Akteurskonzept (Agency) begreift Kinder als kompetente und soziale Akteure, die als eigenständige Individuen von Anfang an in der Lage sind, sich aktiv mit ihrer sozialen Umwelt auseinanderzusetzen. Kinder als Akteure zu betrachten, heißt, sie als „Seiende“ in den Blick zu nehmen, ihren gegenwärtigen Lebensbedingungen, -formen und -äußerungen Aufmerksamkeit zu widmen (Zinnecker 1996; Qvortrup 2005; Alt 2007: 29f.). Kinder als „Seiende“ anzusehen, heißt, sie als handelnde Subjekte wahrzunehmen. Unter dem subjektorientierten Ansatz wird davon ausgegangen, dass Kinder eine aktive Rolle im Entwicklungs- und Sozialisationsprozess übernehmen und nicht der Determination von pädagogischen Maßnahmen oder genetischen Anlagen ausgeliefert sind.

**Kinder als
„Seiende“**

Diese Subjektperspektive ist prinzipiell sowohl mit einer konstruktivistischen wie auch einer ko-konstruktivistischen Sicht vereinbar – beide sehen das Kind als Akteur seiner Entwicklung und Bildung. Wie in den vorangegangenen Abschnitten dargestellt, bereichert der ko-konstruktivistische Ansatz jedoch die Perspektive um den sozio-kulturellen Kontext des Kindes, seine jeweils konkreten Lebensumstände und seine wechselseitige Auseinandersetzung mit der sozialen Umwelt. Zudem verdeutlicht der ko-konstruktivistische Ansatz die große Bedeutung sozialer Beziehungen für die Entwicklung: Kinder brauchen nicht nur Erwachsene, die die kindliche Entwicklung sensibel wahrnehmen, eine anregende Umwelt schaffen und das Kind in seinen Bildungs- und Entwicklungsprozessen unterstützen (Colberg-Schrader 2003: 268), ihre Entwicklung ist darüber hinaus grundsätzlich in Interaktionen eingebettet, in denen Weltverständnis (Weltaneignung) in wechselseitigem Austausch geschaffen wird (vgl. Rogoff 1990).

**Förderung als
Verschulung
oder Unter-
stützung der
Persönlichkeits-
entwicklung?**

Die Individualität der Kinder als Ausgangspunkt für das pädagogische Handeln zu betrachten, führt in der pädagogischen Arbeit zu einem Spannungsverhältnis von ‚sich zurücknehmen‘, um Kinder in ihren Selbstbildungsprozessen nicht zu behindern, und ‚sich engagieren‘, um als Beziehungsperson und Partner/in in ko-konstruktiven Prozessen aufmerksam zur Verfügung zu stehen. Einen zentralen

Schwerpunkt der aktuell dazu geführten Diskussion bildet die Frage, ob und in welchem Ausmaß, ganzheitlich oder nur in einzelnen Bereichen, Kinder gefördert werden sollten (Kasüschke & Fröhlich-Gildhoff 2008: 80). Während einerseits immer wieder vor der Verschulung des Elementarbereichs gewarnt wird, finden sich auf der anderen Seite Forderungen nach systematischer bereichsspezifischer Förderung und Unterstützung der Persönlichkeitsentwicklung.

Konsens besteht darüber, dass Bildung und Erziehung sich nicht in der reinen Wissensvermittlung erschöpfen kann, sondern zur eigenen Weltaneignung befähigen sollte (Kasüschke & Fröhlich-Gildhoff 2008). Diese Zielsetzung ist gewiss nicht durch die eingangs genannten ‚pädagogischen Einwegmodelle‘ zu verwirklichen, sondern verweist auf neue Formen von Bildung, die dialogisch angelegt sind, sich an den Ressourcen und der Perspektive von Kindern orientieren und nicht mehr in einem hierarchischen Bildungsgefüge stattfinden.

Machten es sich Kleinkinderbewahranstalten des 19. Jh. zum Ziel, fehlende Familienerziehung zu ersetzen, bestimmt das Motiv der Fürsorge die frühkindlichen Institutionen bis in die heutige Zeit hinein: Bildung als sozialer Prozess setzt jedoch voraus, dass auch die Zusammenarbeit mit Eltern zum elementaren Bestandteil der Arbeit wird (vgl. Geene & Borkowski 2009). Alles andere widerspricht nicht nur dem Elternrecht gemäß Artikel 6 des Grundgesetzes, es zerreißt auch die Kinder zwischen verschiedenen Autoritäten. Eltern müssen als ‚Experten‘ ihrer Kinder, als erste Bildungs- und Sozialisationsinstanz ernst genommen und in die gemeinsame Arbeit einbezogen werden, auch wenn es divergierende Interessen und Wertigkeiten gibt, die manchen bildungsbürgerlichen Zielen der Pädagogik vermeintlich widersprechen. Erziehungspartnerschaft im Sinne von Diversity bedeutet, dass sich Institutionen für die Bedarfe und Wünsche der Familien öffnen, Erziehungsvorstellungen der Eltern kennenlernen bzw. implizite Vorstellungen und Wertigkeiten in explizite Erziehungsziele übersetzen helfen (ebd.). Ein (ko-)konstruktiver Bildungsprozess setzt eine ressourcenorientierte Betrachtungsweise von Familien und deren Beteiligung voraus. Partizipationsprozesse können und dürfen sich dabei nicht auf die Eltern beschränken, sondern müssen auch die individuellen Perspektiven und Bedürfnisse von Kindern berücksichtigen.

**Dialogisch
angelegte
Formen von
Bildung**

**Eltern als erste
Bildungs- und
Sozialisations-
instanz**

**Erziehungs-
partnerschaft**

**Berücksichti-
gung kindlicher
Bedürfnisse**

4 Aufgaben einer ressourcenorientierten Elementarpädagogik

4.1 Entwicklung als „Weltaneignung“

Betrachtet man die Entwicklung von Kindern unter dem sozial-konstruktivistischen Ansatz und aus der postmodernen Perspektive, wird schnell deutlich, dass die Vorstellung linearer Biografieerläufe und damit verbundener einheitlicher Entwicklungsaufgaben heute nicht mehr tragfähig ist. Vielmehr ergeben sich die Aufgaben eines jeden Kindes aus dem objektiven Lebensumfeld und dem subjektiv erfahrenen und zu bewältigenden Anforderungen. Da Kinder sich von Geburt an aktiv mit ihrer Umwelt auseinandersetzen, in Dialog mit anderen innere Strukturen aufbauen, in die sie ihre Erfahrungen und Wahrnehmungen einordnen (Colberg-Schrader 2003: 267), liegt die Überlegung nahe, ob die Aufgabe für Kinder im Vorschulalter nicht allumfassend mit dem Begriff „Weltaneignung“ zu überschreiben ist. Diese Idee findet sich auch in Metaphern wieder, die die aktuelle Diskussion um Elementarpädagogik begleiten, wie der des „Kindes als Wissenschaftler“, das „Kind als Naturforscher“ oder das „wissbegierige und wissende Kind“ (vgl. Fried 2008: 7).

Wie schwierig die Frage nach Entwicklungsaufgaben für Kinder von 0 bis 6 Jahren zu beantworten ist, wird auch in den aktuellen Debatten um elementarpädagogische Curricula deutlich. Hier ist die Entwicklung von zwei großen Linien zu beobachten. Auf der einen Seite wird der Erwerb individueller Kompetenzen, die zur Bewältigung gegenwärtiger und zukünftiger Aufgaben von Bedeutung erscheinen, in den Mittelpunkt gerückt, bei denen es im Kern darum geht „zu lernen, wie man lernt und sein eigenes Wissen organisiert, um Problemsituationen zu lösen und zwar auf eine sozial verantwortliche Weise“ (Fthenakis 2003: 28). Dazu ist es notwendig, dass individuelle kindliche Schlüsselqualifikationen gestärkt werden, sprich alle Kompetenzen, die zu außerfachlichem, übergreifendem Handeln befähigen und die Persönlichkeit des Kindes stärken (Kunze & Gisbert 2007). Eine andere Entwicklungslinie plädiert neben dem Kompetenzerwerb ausdrücklich für den Erwerb schulischer Vorläufer-

„Kind als Wissen-
schaftler“, „als
Naturforscher“,
„wissbegierig
und wissend“

Lernen lernen,
Stärkung
individueller
Schlüssel-
qualifikationen

kompetenzen und einer fächerorientierten Lernbereitschaft (vgl. Gisbert 2003: 87; Kasüschke & Fröhlich-Gildhoff 2008: 81).

Inzwischen ist eine Annäherung der beiden Linien zu beobachten. Dies gelingt dadurch, dass „kindliche (Selbst-)Entwicklung und Selbstbildung in den verschiedenen Bildungsbereichen systematisch mit der Entwicklung von Fähigkeitsstrukturen“ (Kasüschke & Fröhlich-Gildhoff 2008: 81) verknüpft werden. So wird eine ganzheitliche Betrachtung von Bildungsprozessen möglich, bei der weniger die Vermittlung von Basiswissen betont wird, sondern vielmehr die eigene Auseinandersetzung mit dem Thema im Mittelpunkt steht.

4.2 Lernmethodische Kompetenz

Beschreibt man kindliche Entwicklung als subjektive „Weltaneignung“, impliziert dies, dass sich das Kind als aktiv lernend ein Bild von der Welt macht. Lernen wird so zum elementaren Bestandteil kindlichen Lebens und die Frage danach, *wie* Kinder lernen, wichtiger als die Frage nach den Lerninhalten.

Wygotski (1987) betont die Bedeutung „kultureller Werkzeuge“ (z. B. Sprache, Mathematik), die unser Denken und Lernen prägen und die Kinder in gemeinsamen Problemlösungen mit anderen, erfahreneren Mitgliedern ihrer Kultur erwerben. Dabei ist der unmittelbare Prozess der Auseinandersetzung, der – zu Anfang noch unvollkommene – Gebrauch kultureller Werkzeuge (z. B. Sprache) wichtiger ist als das Ergebnis (z. B. ein korrekt nachgesprochener Satz). Hierbei wird die aktive Rolle der Kinder in ihrem Kontext betont, die ihre Lerngegenstände, Themen und Lösungsversuche einbringen. Eine wichtige Rolle spielt dabei für Wygotski die gemeinsame Tätigkeit mit „erfahrenen Personen“: Zunächst gelingt der Gebrauch der „Denkwerkzeuge“ gemeinsam mit Erwachsenen oder älteren Kindern (z. B. ein Bilderbuch anschauen), im Laufe der Entwicklung internalisiert das Kind diese zunächst im Dialog umgesetzte Kompetenz und ist in der Lage, die Aufgabe alleine zu lösen (z. B. ohne die Aufmerksamkeitssteuerung). Wygotski bietet mit diesem Ansatz wichtige Anhaltspunkte für die heutige Debatte um lernmethodische Kompetenzen (vgl. Miller 1993: 249ff.; Brandes 2005).

**Gebrauch
kultureller
Werkzeuge ist
wichtiger als
das Ergebnis**

Reflexion und Interaktion als Voraussetzung für den Erwerb lernmethodischer Kompetenzen

Es ist vor allen Dingen die schwedische Elementarpädagogin **Ingrid Pramling**, die in den vergangenen Jahren neue Erkenntnisse zu diesem Thema erlangt hat. Ziel ihres metakognitiven Ansatzes ist es, „die Konzepte und intuitiven Theorien der Kinder zu Phänomenen ihrer Umwelt zum Ausgangspunkt angeleiteter Lernprozesse zu machen und sie [...] wiederholt zu reflektieren“ (Gisbert 2003: 92). Gegenstand des Lernens sind nicht in erster Linie die Inhalte, sondern der Prozess des Lernens als solcher wird in den Fokus gerückt. In der praktischen Durchführung konnte Ingrid Pramling nachweisen, dass es Kindern mit gezielter Unterstützung gelingt, sich Wissen über den Erwerb von Wissen anzueignen, während dies bei nicht geförderten Kindern weniger der Fall war (Pramling Samuelsson & Carlsson 2007). Lernmethodische Kompetenz zu erwerben, setzt also voraus, dass Kinder in der Auseinandersetzung mit bestimmten Inhalten immer wieder selbst reflektieren, *dass* sie lernen, *was* sie lernen und *wie* sie lernen. Die Interaktion von Kindern und erwachsener Bezugsperson bildet dafür eine wichtige Voraussetzung.

4.3 Aufbau von Beziehungen

Bindung zur Bezugsperson

Das Verständnis von Entwicklung unter sozialkonstruktivistischen Gesichtspunkten ist eng an entwicklungspsychologische Konzepte angelehnt (vgl. Mey, in diesem Band) und geht davon aus, dass soziale Entwicklung nur stattfinden kann, wenn zwischen einem Kind und der ständig verfügbaren Bezugsperson eine enge emotionale Beziehung (Bindung) aufgebaut wird (vgl. Zimbardo 1999: 484ff.; Schneewind 2008). Die Voraussetzung für Exploration und Welterkundung liegt im gelingenden Dialog zwischen Kind und Bezugsperson. Besonders deutlich wird der interaktive Zusammenhang bei Wygotskis Konzept der „Zone der nächsten Entwicklung“ (vgl. Miller 1993; Brandes 2005). Danach zeigt sich die nächste entwicklungsrelevante Zone im Leben eines Kindes am deutlichsten daran, was ein Kind mit Hilfe eines Erwachsenen (oder auch eines anderen Kindes) schafft bzw. versteht. Lernen innerhalb der „Zone der proximalen Entwicklung“ ist so als intersubjektiver Prozess zu verstehen, der aus sozialer Interaktion hervorgeht und ebenso zu dieser beiträgt (ebd.). Beziehungen sind der Ausgangspunkt, die sichere

Wygotskis Konzept der „Zone der nächsten Entwicklung“

Basis, aus der heraus ein Kind seinen Autonomiebestrebungen, seinem Bedürfnis nach Eigenständigkeit nachkommen kann. Die unterschiedlichen Erfahrungen, die ein Kind dabei macht, beeinflussen langfristig die Beziehungsentwicklung von Kindern sowie die Repräsentation vom Selbst (vgl. Oerter 2008).

4.4 Entwicklung des Selbstbildes

Das Selbstbild eines Kindes zeigt sich zunächst in der Beschreibung (körperlicher) Merkmale, Aktivitäten, sozialer Beziehungen und manchmal psychologischer Merkmale, die ein Kind nutzt, wenn es über sich selbst redet (vgl. Oerter 2008). Im Laufe der Entwicklung wird dieses ‚Bild von sich selbst‘ in der Interaktion mit seiner Umwelt immer wieder überprüft und weiterentwickelt. Durch das Erleben von eigenem Wissen und eigenen Fähigkeiten entwickeln sich Selbstwirksamkeitsüberzeugungen. Das von Bandura (2003: 36) entwickelte Konzept der Selbstwirksamkeit beschreibt die individuell unterschiedlich ausgeprägten Überzeugungen, in einer bestimmten Situation die angemessene Leistung zu erbringen. Selbstwirksamkeitserleben im Vorschulalter eignet sich für die Erklärung und Prognose von Sachverhalten wie Motivation, Leistung oder Bewältigung von Problemen in ganz unterschiedlichen Lebenskontexten. Aufgrund von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen entwickeln Kinder Zuversicht und Zutrauen in sich selbst – Eigenschaften, die ihnen helfen, Aufgaben zunehmend selbstständig, also ohne die Unterstützung von Bezugs- bzw. Betreuungspersonen, zu bewältigen (vgl. Bandura 2003). Gerade in Zeiten erhöhter Anforderungen, verstärkter Belastung und in schwierigen Lebenssituationen können positive Selbstwirksamkeitserfahrungen Kindern helfen, sich mit Zuversicht und Zutrauen in sich selbst aktiv der Problembewältigung zu widmen (vgl. Wustmann 2007).

Weiterentwicklung des Selbstbildes in der Interaktion mit der Umwelt

4.5 Transitionskompetenz

Das Leben von Kindern ist von Geburt an von sich verändernden Situationen und Übergängen geprägt. Kinder und Familien müssen sich verstärkt mit Diskontinuitäten auseinandersetzen, die erhöhte Anforderungen und eine verstärkte Belastung mit sich bringen, da sie

**Begriff
Transitionen**

eine Veränderung in den individuellen bzw. familiären Lebensumständen zur Folge haben. Lange Zeit werden diese Übergänge ausschließlich als biografische Wandlungsprozesse betrachtet. Damit wird ihnen eine zielgerichtete, zweckmäßige und gradlinige Entwicklung des Lebenslaufes unterstellt. In der postmodernen Gesellschaft erfolgen Lebensläufe jedoch nicht mehr in dieser Gradlinigkeit. Heterogene Vorerfahrungen, unterschiedliche sozioökonomische und soziokulturelle Hintergründe sowie Umbrüche in verschiedenen Situationen stehen einer zielgerichteten Lebensbiografie entgegen (vgl. Griebel & Niesel 2004: 22ff.). Diese komplexen, ineinander übergehenden und sich überblendende Wandlungsprozesse, durch die Lebenszusammenhänge eine massive Umstrukturierung erfahren, werden als Transitionen bezeichnet. Charakteristisch hierfür ist, dass das Individuum dabei Phasen beschleunigter Veränderungen und eine besonders lernintensive Zeit durchlebt (ebd.: 35). Um Lebensveränderungen im Biografieverlauf aktiv begegnen zu können und diese zu bewältigen, ist es wichtig, bereits im Kindesalter Transitionskompetenzen zu erwerben.

**Individuell:
Veränderung
der Identität**

Nimmt man Transitionen in ihrer Vielschichtigkeit und Komplexität in den Blick, kann man feststellen, dass sich den Kindern hier sowohl auf individueller und interaktionaler als auch auf kontextueller Ebene viele Aufgaben stellen. Auf der *individuellen* Ebene wird deutlich, dass im Transitionsprozess eine Veränderung der *Identität* stattfindet. Nach und nach vollzieht sich ein Statuswechsel, der nicht erst mit Eintritt in die neue Institution beginnt und damit auch nicht beendet ist. Wie gut es Kindern gelingt, ihre eigenen Fähigkeiten unter Beweis zu stellen, ist u. a. von den bereits erworbenen individuellen Kompetenzen und den Selbstwirksamkeitserfahrungen abhängig, die ein Kind in seinem bisherigen Leben gemacht hat. Die unterschiedlichen Vorerfahrungen, das subjektive Erleben und die subjektive Bewertung der Übergangssituation, die individuelle Auseinandersetzung mit den bestehenden Anforderungen sind ausschlaggebend die Bearbeitung gegenwärtiger und zukünftiger Transitionsprozesse (Griebel & Niesel 2004: 127).

**Interaktional:
Aufbau neuer
Beziehungen**

Auf der *interaktionalen* Ebene sind der Abschied von vertrauten Personen und der Aufbau neuer *Beziehungen* sehr bedeutsam für eine positive Bewältigung des Transitionsprozesses (ebd.). Auch auf

der *kontextuellen* Ebene finden Veränderungen statt, die die Kinder vor neue Aufgaben stellen. Mit Eintritt in eine Kindertageseinrichtung pendeln Kinder täglich zwischen zwei Sozialisationsinstanzen, müssen sie Anforderungen und Erwartungen beider Lebensbereiche integrieren (Griebel & Niesel 2004: 142). Hier wird wiederum deutlich, wie wichtig eine enge Zusammenarbeit von Kindertageseinrichtung und Familie ist. Um Kinder wirkungsvoll in ihrer Entwicklung zu unterstützen, ist es notwendig, familiäre Verhältnisse zu kennen und an den individuellen Vorerfahrungen der Kinder anzuknüpfen.

**Kontextuell:
Integration
neuer Sozialisationsinstanzen**

4.6 Familie als Entwicklungskontext

Damit Kinder die Welt erforschen und Schlüsselkompetenzen entwickeln können, sind die Eltern als zentrale Bezugspersonen von grundlegender Bedeutung. Ihre Erziehungskompetenz bildet eine wichtige Voraussetzung für eine gelingende Bildungsbiografie von Kindern. Man weiß heute, dass Kinder, die in einer lernanregenden Umgebung mit ihnen liebevoll zugewandten erwachsenen Personen aufwachsen, von späteren Bildungsangeboten stärker profitieren als Kinder mit ungünstigeren Voraussetzungen (vgl. Colberg-Schrader 2003: 268ff.). Eltern bedürfen eines entwicklungsförderlichen Erziehungsverhaltens, um Kinder in ihren Aufgaben individuell begleiten und bestärken zu können. „Eine wichtige Rolle spielt dabei die ‚kindzentrierte Kommunikation‘, also eine Orientierung auf das Kind, das Zeigen von Interesse, das Schenken von Zuwendung und Vertrauen“ (Kasüschke & Fröhlich-Gildhoff 2008: 143). Die Fähigkeit, entwicklungsförderliches Verhalten zu leben, ist eng an die eigene Biografie der Eltern gebunden, jedoch nicht von dieser determiniert, sondern auch später noch erlernbar bzw. weiterzuentwickeln (ebd.: 143). Die Bildungs- und Erziehungspartnerschaft zwischen Kita und Elternhaus ist hier als ein wichtiges Element zu sehen, das Eltern in ihrer Erziehungskompetenz bestärken kann und so zur förderlichen Entwicklung der Kinder beiträgt (vgl. Abschnitt 3).

**Starker Einfluss
der Eltern auf
kindliche Bildungsbiografie**

**Stärkung
elterlicher
Kompetenzen**

5 Ansätze und Strategien der Ressourcenorientierung

Im Bereich der Elementarpädagogik hat sich der Schwerpunkt im Laufe der Geschichte von der reinen Erziehung immer weiter in Richtung Ressourcenstärkung verschoben.

In den vorherigen Abschnitten wurde bereits deutlich, dass die veränderten gesellschaftlichen Bedingungen von Kindern fortlaufende Anpassungsleistungen verlangen. Kinder werden mit immer neuen Herausforderungen konfrontiert, die sie nur mit Hilfe frühzeitig ausgebildeter Schlüsselkompetenzen bewältigen können. Die Befähigung von Kindern zur eigenen Weltaneignung und die Unterstützung der Entwicklung von dazu notwendigen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kompetenzen stellen zentrale Aufgaben in der elementarpädagogischen Arbeit dar. Insbesondere die Ergebnisse der Resilienzforschung sind an dieser Stelle für die frühkindliche Ressourcenstärkung von Interesse. Im Zentrum steht die Frage danach, was Kinder ‚stark macht‘, welche Bewältigungsressourcen ihnen bei gegenwärtigen und zukünftigen, teilweise noch nicht absehbaren Aufgaben helfen können und wie man diese in Kindertageseinrichtungen wirkungsvoll unterstützen kann (Wustmann 2003, 2007). Das Resilienzkonzept fragt nach Schutzfaktoren, nach Fähigkeiten, die Kindern helfen, erfolgreich mit belastenden Lebensumständen wie Misserfolgen, Beziehungs(ab)brüchen, unkalkulierten Lebensumbrüchen, belastenden Lebensbedingungen und Entwicklungsrisiken umzugehen. Kindertageseinrichtungen können einen elementaren Beitrag für den Erwerb von Bewältigungsstrategien leisten, da sie frühzeitig, lang andauernd, intensiv und umfassend mit Kindern aus unterschiedlichen sozialen Zusammenhängen arbeiten. Dabei verfügen sie nicht nur über einen Zugang zum Kind, sondern haben die Möglichkeit, Eltern gleichermaßen zu erreichen. Sie stellen somit eine wichtige Schnittstelle zur Förderung kindlicher Kompetenzen und zur Unterstützung von elterlichen Fähigkeiten dar (Wustmann 2003, 2007).

**Resilienz:
erfolgreiche
Bewältigung
belastender
Lebensumstände**

5.1 Partizipation als Grundprinzip

Mit Blick auf die Lebenswelt von Kindern zielt Befähigung vor allem auf die Stärkung personaler und sozialer Ressourcen, die ihnen positive Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglichen, Problemlösungsstrategien fördern, ihre Autonomie und Eigenmacht stärken. Gerade Partizipationserfahrungen können Kindern helfen, eigene Kräfte zu entwickeln, sich ihrer Fähigkeiten bewusst zu werden und selbstbestimmt zu handeln.

Das Prinzip der *Partizipation* wird seit vielen Jahren im Bereich der Elementarpädagogik verstärkt diskutiert. Im SGB VIII § 8 ist der Anspruch der Kinder auf eine Beteiligung „entsprechend ihrem Entwicklungsstand an allen sie betreffenden Entscheidungen“ festgeschrieben. Dies gilt ohne Altersbeschränkung. Partizipation gilt somit als gängiges Prinzip in Kindertageseinrichtungen. Auch in den Bildungsprogrammen der 16 Bundesländer findet sich Partizipation als Grundprinzip der pädagogischen Arbeit wieder.

Betrachtet man Bildung als ko-konstruktiven Prozess, setzt dies voraus, Kinder als Experten in eigener Sache zu sehen, ihre (alters- und entwicklungsabhängig wachsende) Selbstbestimmung, Entscheidungsfähigkeit und aktive Gestaltungscompetenz anzuerkennen. Nur pädagogische Impulse, die sich an ihren Interessen, Voraussetzungen und bestehenden Wissensstrukturen orientieren, können von Kindern auch erfolgreich adaptiert werden. Wygotski (1987) beschreibt in der Theorie der proximalen Entwicklung die Bedeutung der Interaktion zwischen Kind und erfahrener Person für die Gestaltung von Entwicklungsprozessen und betont die Notwendigkeit von kindgesteuerten Aktivitäten. Rogoff (1990) fasst diese Vorstellung unter den Begriff „gelenkte Beteiligung“. Die Zusammenarbeit mit erwachsenen Personen, die aktive Einbindung von Kindern in die Strukturierung von Problemlösungsprozessen und die Übernahme von Verantwortung ermutigen sie zum Erproben neuer Fertigkeiten (vgl. auch Miller 1993). Neben lernmethodischen Kompetenzen erwerben Kinder so auch Fähigkeiten, die es ihnen ermöglichen, ihre Wünsche und Interessen zu vertreten. Das fördert Selbstvertrauen, Konfliktfähigkeit und viele weitere soziale Kompetenzen. Partizipation muss als ein wichtiger Grundbaustein für die Bildungsbiografie von Kindern gesehen werden.

Partizipation zur Bewusstwerdung und Stärkung persönlicher Fähigkeiten

Partizipation als gängiges Prinzip

Kindgesteuerte Aktivitäten wichtig für Entwicklung

Gelenkte Beteiligung

Darüber hinaus ermöglicht Beteiligung ein Hineinwachsen in demokratische Strukturen. Kinder lernen, sich in den sozialen Systemen zurechtzufinden, sich veränderten Anforderungen anzupassen und in gemeinschaftlicher Verantwortung für sich selbst und ihre eigenen Interessen einzutreten. Gelingende Partizipation ist die Grundvoraussetzung für den Aufbau kinderfreundlicher Lebenswelten und die Entwicklung von Kindern zu eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten (vgl. Hansen 2003).

**Ausbildung
partizipativer
Kompetenzen
nötig**

Partizipation bedarf Gewöhnung, Vertrauen und Nachhaltigkeit. Es müssen auch hier Kompetenzen ausgebildet werden, die Kinder befähigen, an partizipativen Prozessen teilhaben zu können. Damit Partizipation in Kindertageseinrichtungen gelingen kann, braucht es Beteiligungsformen, die dem Entwicklungsstand der Kinder entsprechen und Erwachsene, die diese Prozesse sensibel begleiten (ebd.).

Hierbei ist wichtig, dass sich Partizipationsprozesse nicht nur auf Kinder beschränken dürfen, sondern Beteiligungsrechte und -möglichkeiten auch für Eltern gelten müssen. Der Gesetzgeber hat eine Zusammenarbeit von Eltern und Kindertageseinrichtungen im SGB VIII § 22a Abs. 2 geregelt:

„Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sollen sicherstellen, dass die Fachkräfte in ihren Einrichtungen zusammenarbeiten 1. mit den Erziehungsberechtigten und Tagespflegepersonen zum Wohl der Kinder und zur Sicherung der Kontinuität des Erziehungsprozesses. [...] Die Erziehungsberechtigten sind an den Entscheidungen in wesentlichen Angelegenheiten der Erziehung, Bildung und Betreuung zu beteiligen.“

**Beteiligung
von Kindern,
Eltern und
Fachkräften**

Dies setzt eine Kommunikation auf Augenhöhe sowie eine dialogische Grundhaltung voraus und verlangt, dass auch die Mitarbeiter/innen aktiv in Gestaltungsprozesse eingebunden werden. Voraussetzung dafür ist ein Führungsstil, der durch Transparenz und Vertrauen gekennzeichnet ist und der es Fachkräften ermöglicht, sich selbstbewusst zu engagieren. Wo Offenheit und Beteiligungsmöglichkeiten auch im Team vorhanden sind, wird sich eine Partizipationskultur mit Kindern und Eltern erfolgreich entwickeln können, werden Kindertageseinrichtungen zu gestaltbaren Lebenswelten für Kinder, Eltern und Beschäftigte (Bruner et al. 2001).

5.2 Kitas auf dem Weg zum ‚One-Stop-Shop‘

Aus der Transitionsforschung ist bekannt, dass ein gelingender Übergang vom Elternhaus in die Kindertageseinrichtung wesentlich für den Verlauf der Bildungsbiografien von Kindern ist (vgl. Griebel & Niesel 2004). Mit dem Eintritt in die Kindertageseinrichtung endet für die Eltern die bis dahin uneingeschränkte Zuständigkeit und Expertenschaft für ihr Kind. Die Kinder befinden sich nun zeitweise in Obhut der Fachkräfte, die ihre fachlich-pädagogische Kompetenz einbringen und die Entwicklung des Kindes aus einem professionellen Blickwinkel heraus betrachten. Um Brüche und Diskontinuitäten für die Kinder an dieser Stelle möglichst gering zu halten, erfordert es Aushandlungsprozesse, die beide Seiten qualifizieren und zur förderlichen Entwicklung der Kinder beitragen (vgl. Colberg-Schrader 2003). Unterstützungsarbeit entsteht hier durch Handlungsansätze der Sozialen Inklusion. Die jeweilige Subjektivität der elterlichen Wünsche und Ziele wird zur Ausgangsbasis für die Arbeit der professionellen Kräfte. Die Eltern werden als Experten ihres Alltags anerkannt und unterstützt. Elterliches Selbstbewusstsein und elterliche Intuition erfahren dadurch Stärkung und Aufwertung. Durch aktive Einbindung von Eltern in sog. Erziehungspartnerschaften können Eltern *empowert* werden, sie erwerben Fähigkeiten, sich ihrer eigenen Lebens- und Erziehungsziele bewusst zu werden und explizit zu äußern (Geene & Borkowski 2009).

Vielorts wird erkannt, dass Kindertageseinrichtungen einen niedrighschwelligem Zugang ermöglichen und Angebote somit dort zur Verfügung gestellt werden können, wo Eltern sich ohnehin schon aufhalten. Mütter und Väter können sich an bestehenden Kontakten orientieren, die Sicherheit bedeuten und einen überschaubaren Rahmen darstellen. Damit hat sich das klassische Aufgabengebiet von Kindertageseinrichtungen erweitert (ebd.). Es stehen nicht nur Bildung, Betreuung und Erziehung von Kindern im Mittelpunkt der Arbeit, sondern auch die Unterstützung junger Eltern bei den vielfältigen Anforderungen des Zusammenlebens in der Familie. Im SGB VIII § 22a sind alle Träger der öffentlichen Jugendhilfe aufgefordert, „mit anderen kinder- und familienbezogenen Institutionen und Initiativen im Gemeinwesen, insbesondere solchen der Familienbildung und -beratung, zusammenzuarbeiten.“ Um wohnbereichsnahe Ange-

**Bedeutung des
Übergangs in
die Kita**

**Empowerment
der Eltern in
Erziehungs-
partnerschaften**

**Niedrig-
schwellige
Angebote für
Familien**

bote zu initiieren, die die systematische Vermittlung von Unterstützungsangeboten und Informationen über Ansprechpartner/innen und Wege zur Inanspruchnahme von Hilfen ermöglichen, stellt die Kooperation und Vernetzung mit anderen Institutionen eine wichtige Säule dar. Ziel ist es, durch träger- und fächerübergreifende Kooperationen Kinder und Familien in ihrem Lebensraum optimal zu begleiten und zu unterstützen (Colberg-Schrader 2003; Kasüschke & Fröhlich-Gildhoff 2008). Beispielgebend sind hier die englischen „SureStart Centres“ sowie in Deutschland Familienzentren und Mehrgenerationenhäuser. Kindertageseinrichtungen werden so vielfach zu einem zentralen Anlaufpunkt im Stadtteil, zu einem ‚One Stop Shop‘, der Eltern und Kindern kurze Wege und vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten bietet.

Danksagung

Für das ausführliche Interview und die Diskussion zum Thema danken wir herzlich Prof. Dr. Marion Musiol, Hochschule Neubrandenburg.

Literatur

- Alt, Christian (Hg.) (2007): *Kinderleben- Start in die Grundschule. Band 3: Ergebnisse aus der zweiten Welle*. Wiesbaden: VS.
- Anning, Angela, Cullen, Joy & Fleer, Marilyn (Hg.) (2009): *Early childhood education: Society and culture* (2. Aufl.). London: Sage.
- Bachelet, Priska & Mozère, Liane (2004): Die französische école maternelle: Verfrühte Formalisierung von Bildungsprozessen? In: Fthenakis, Wassilios E. & Ober-huemer, Pamela (Hg.): *Frühpädagogik international. Bildungsqualität im Blickpunkt*. Wiesbaden: VS, 209-214.
- BAG-BEK Bundesarbeitsgemeinschaft „Bildung und Erziehung im Kindesalter“ (2009): *Qualifikationsrahmen für BA-Studiengänge der „Kindheitspädagogik“/„Bildung und Erziehung in der Kindheit“*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Ballusek, Hilde von (2012): *Kindheitspädagogik*. Verfügbar unter www.kindheitspaedagogik.de [24.02.13].
- Bandura, Albert (2003): *Self-Efficacy. The Exercise of Control* (7. Aufl.). New York: W.H. Freeman and Company.
- Brandes, Holger (2005): *Lev S. Vygotskij und die elementarpädagogische Reformdebatte heute. Studententexte aus der Evangelischen Hochschule für Soziale Arbeit Dresden*. Dresden: ehs.
- Bruner, Claudia Franziska; Winklhofer, Ursula & Zinser, Claudia (2001): *Partizipation – ein Kinderspiel? Beteiligungsmodelle in Kindertagesstätten, Schulen, Kommunen und Verbänden*. Berlin: BMFSFJ.
- Colberg-Schrader, Hedi (2003): Informelle und institutionelle Bildungsorte: Zum Verhältnis von Familie und Kindertageseinrichtung. In: Fthenakis, Wassilios E. (Hg.): *Elementarpädagogik nach PISA. Wie aus Kindertagesstätten Bildungseinrichtungen werden können* (5. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Herder, 266-284.
- Copple, Carol & Bredekamp, Sue (Hg.) (2009): *Developmentally appropriate practice in early childhood programs serving children from birth through age 8* (3. Aufl.). Washington, D.C.: National Association for the Education of Young Children.
- Dahlberg, Gunilla (2004): Kinder und Pädagogen als Co-Konstrukteure von Wissen und Kultur: Frühpädagogik in postmoderner Perspektive. In: Fthenakis, Wassilios E. & Oberhuemer, Pamela (Hg.): *Frühpädagogik international. Bildungsqualität im Blickpunkt*. Wiesbaden: VS, 13-30.
- Fried, Lilian (Hg.) (2008): *Das wissbegierige Kind. Neue Perspektiven in der Früh- und Elementarpädagogik*. Weinheim: Juventa.
- Fthenakis, Wassilios E. (2003): Zur Neukonzeptualisierung von Bildung in der frühen Kindheit. In: ders. (Hg.): *Elementarpädagogik nach PISA. Wie aus Kindertagesstätten Bildungseinrichtungen werden können* (5. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Herder, 18-37.
- Geene, Raimund & Borkowski, Susanne (2009): Neue Wege in der Elementarpädagogik und die spezielle Problematik im Übergang Kindertagesstätte-Grundschule. In: Wenzel, Diana; Koeppel, Gisela & Carle, Ursula (Hg.): *Kooperation im Elementarbereich. Eine gemeinsame Ausbildung für Kindergarten und Grundschule*. Baltmannsweiler: Schneider, 156-166.

- Gisbert, Kristin (2003): Wie Kinder das Lernen lernen: Vermittlung lernmethodischer Kompetenzen. In: Fthenakis, Wassilios E. (Hg.): *Elementarpädagogik nach PISA. Wie aus Kindertagesstätten Bildungseinrichtungen werden können* (5. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Herder, 78-105.
- Griebel, Wilfried & Niesel, Renate (2004): *Transitionen – Fähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern, Veränderungen erfolgreich bewältigen*. Weinheim: Beltz.
- Grossmann, Wilma-Aden (2002): *Kindergarten. Eine Einführung in seine Entwicklung und Pädagogik*. Weinheim: Beltz.
- Hansen, Rüdiger (2003): Die Kinderstube der Demokratie – Partizipation in Kindertagesstätten. In: Textor, Martin R. (Hg.): *Kindergartenpädagogik. Online-Handbuch*. Verfügbar unter www.kindergartenpaedagogik.de/1087.html [24.02.13].
- Kägi, Sylvia (2006): *Das Subjekt des Autonomen Handelns – eine Fiktion? Pädagogische Subjekte in ihrer historisch-philosophischen Genese sowie Subjekt- und Persönlichkeitsausbildung in der Erzieherinnenausbildung*. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag.
- Kasüschke, Dagmar & Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2008): *Frühpädagogik heute. Herausforderung an Disziplin und Profession*. Köln Kronach: Carl Link.
- Kunze, Hans-Rainer & Gisbert, Kristin (2007): Förderung lernmethodischer Kompetenzen in Kindertageseinrichtungen. In: BMBF Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hg.): *Auf den Anfang kommt es an: Perspektiven für eine Neuorientierung frühkindlicher Bildung*. Berlin: BMBF, 16-17.
- Liegle, Ludwig (2006): *Bildung und Erziehung in früher Kindheit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Miller, Patricia H. (1993): Wygotskis Theorie und die Kontexttheoretiker. In: dies. (Hg.): *Theorien der Entwicklungspsychologie*. Heidelberg: Spektrum, 339-419.
- Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (2009): *Bildung: elementar – Bildung von Anfang an. Bildungsprogramm für Kindertageseinrichtungen in Sachsen-Anhalt*. Magdeburg: Ministerium für Gesundheit und Soziales.
- Ministry of Education (1996): *Early Childhood Curriculum*. Wellington: Learning Media Limited.
- Montada, Leo (2008): Fragen, Konzepte, Perspektiven. In: Oerter, Rolf & Montada, Leo (Hg.): *Entwicklungspsychologie* (6., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU, 3-48.
- Oerter, Rolf (2008): Kindheit. In: Oerter, Rolf & Montada, Leo (Hg.): *Entwicklungspsychologie* (6., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU, 225-270.
- Paezold, Bettina (2001): Elementarpädagogik – nur Kleinkinderkram? In: Brinkmann, Wilhelm (Hg.): *Differenzielle Pädagogik. Eine Einführung*. Donauwörth: Auer, 17-39.
- Piaget, Jean (1936/1991): *Gesammelte Werke. Band 1: Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde/Autoris* (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Pramling Samuelsson, Ingrid & Carlsson, Maj Asplund (2007): *Spielend lernen. Stärkung lernmethodischer Kompetenzen*. Troisdorf: Bildungsverlag EINS.
- Qvortrup, Jens (2005): Kinder und Kindheit in der Sozialstruktur. In: Hengst, Heinz & Zeiher, Helga (Hg.): *Kindheit soziologisch*. Wiesbaden: VS, 27-47.
- Reyer, Jürgen (2006): Geschichte frühpädagogischer Institutionen. In: Fried, Lilian & Roux, Susanne (Hg.): *Pädagogik der frühen Kindheit: Handbuch und Nachschlagewerk*. Weinheim: Beltz, 268-280.
- Rogoff, Barbara (1990): *Apprenticeship in thinking: Cognitive development in social context*. New York: Oxford University Press.
- Schaub, Horst & Zenke, Karl G. (2007): *Wörterbuch der Pädagogik*. München: dtv.
- Schneewind, Klaus A. (2008): Sozialisation und Erziehung im Kontext der Familie. In: Oerter, Rolf & Montada, Leo (Hg.): *Entwicklungspsychologie* (6., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU, 117-144.
- Vadeboncoeur, Jennifer A. (1997): Child development and the purpose of education: A Historical context for constructivism in teacher education. In: Richardson, Virginia (Hg.): *Constructivist teacher education: Building new understandings* London: RoutledgeFalmer, 15-37.
- Wustmann, Corina (2003): Was Kinder stärkt: Ergebnisse der Resilienzforschung und ihre Bedeutung für die pädagogische Praxis. In: Fthenakis, Wassilios E. (Hg.): *Elementarpädagogik nach PISA. Wie aus Kindertagesstätten Bildungseinrichtungen werden können* (5. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Herder, 106-135.
- Wustmann, Corina (2007): Resilienz. In: BMBF Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hg.): *Auf den Anfang kommt es an: Perspektiven für eine Neuorientierung frühkindlicher Bildung*. Berlin: BMBF, 119-189.
- Wygotski, Lew S. (1987): *Ausgewählte Schriften. Band 2: Arbeiten zur Entwicklung der Persönlichkeit*. Köln: Pahl-Rugenstein.
- Youniss, James (1994): *Soziale Konstruktion und psychische Entwicklung*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Zimbardo, Philip & Gerrig, Richard (1999): *Psychologie* (7. Aufl.). Berlin: Springer.
- Zinnecker, Jürgen (1996): Soziologie oder Sozialisation des Kindes? Überlegungen zu einem aktuellen Paradigmenstreit. In: Honig, Michael Sebastian; Leu, Hans Rudolf & Nissen, Ursula (Hg.): *Kindler und Kindheit. Soziokulturelle Muster- Sozialisations-theoretische Perspektiven*. Weinheim: Juventa, 31-54.

Sonstige Quellen

Altmärkisches Intelligenz- und Leseblatt vom 07.05.1838

Inklusionspädagogik – Die freiheitliche und gleichberechtigte Inklusion von Kindern mit Behinderung als menschenrechtlicher Anspruch

1 Einführung

In kaum einem kindheitsbezogenen Professionsfeld ist der Widerspruch zwischen Autonomie und Fürsorge, Einschränkung und Förderbedarf so stark ausgeprägt und wird derartig pointiert diskutiert wie in der pädagogischen Arbeit mit Menschen mit Behinderung. Schon der Wechsel der Überschriften für solche pädagogischen, karitativen und sozialpolitischen Leitkonzeptionen verweist darauf: aus der „Behindertenhilfe“ entstehen im Verlauf vieler Jahre und Jahrzehnte Konzepte der Sonder-, Heil- oder Integrationspädagogik. Seit der UN-Behindertenrechtskonvention 2006 ist die breite Umsetzung eines Konzeptes der Inklusionspädagogik gefordert, wissenschaftlich gestützt auch durch die Disability-Studies (Bösl et al. 2010).

Wir werden im Folgenden den Diskurs zu Kindern mit Behinderung hinsichtlich der beiden Grundansätze der Defizit- und Ressourcenorientierung unterscheiden. Die Defizitorientierung basiert auf einem medizinischen Modell von Behinderung, das Behinderung auf Funktionsstörungen von Körper, Geist oder Seele zurückführt¹, die individuell zu therapieren seien. Dieses Modell wird dafür kritisiert, das Kind mit Behinderung auf seine Beeinträchtigung zu reduzieren, zu stigmatisieren und aus der Gesellschaft auszuschließen. Nach einem sozialen Modell von Behinderung, das der UN-Behindertenrechtskonvention (UN 2006/2009) zugrunde liegt (s. u.), ist ein Kind dagegen nicht behindert, sondern es *wird* behindert; die Behinderung wird auf das Zusammenwirken gesellschaftlicher Barrieren mit den individuellen Beeinträchtigungen des Kindes zurückgeführt. Vertreter/innen der Behindertenbewegung und fortschrittliche Pädagog/innen kritisieren vor diesem Hintergrund die medizinisch-therapeutische Orientierung. Sie fordern, dass das Ziel nicht mehr sein

Widerspruch zwischen Autonomie und Fürsorge

Von der Behindertenhilfe über die Sonder-, Heil- und Integrations- bis zur Inklusionspädagogik

Behindert sein oder behindert werden

¹ Dementsprechend werden körperliche, geistige und seelische Behinderung in der Pädagogik und der Behindertenpolitik unterschieden. Dabei sind mit seelischen Behinderungen in stärker medikalischer Perspektive chronische psychiatrische Krankheiten gemeint.

solle, das Kind mit therapeutischer Hilfe so weit wie möglich an die gesellschaftliche Norm anzupassen. Eine Orientierung am sozialen Modell von Behinderung bedeute, einer Behinderung durch die Mobilisierung von persönlichen, familiären, gemeinschaftlichen, gesellschaftlichen und kulturellen Ressourcen entgegenzuwirken. Diese Position wollen wir mit dem vorliegenden Beitrag verteidigen.

**UN-Konvention
fordert inklusive
Pädagogik
für alle**

Durch die neue UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung ist die Orientierung am sozialen Modell heute völkerrechtlich verbindlich. Dabei ist die alle gesellschaftlichen Felder umfassende *freiheitliche und gleichberechtigte Inklusion* das von der Konvention vorgegebene Ziel. Daraus folgt auch, dass es zukünftig keine exklusiven Spezialpädagogiken für Kinder mit Behinderung mehr geben solle, sondern nur noch eine inklusive Pädagogik für alle. Die Umsetzung dieses Konzeptes stellt allerdings eine enorme Herausforderung dar sowohl für die pädagogischen Disziplinen, für die es nicht zuletzt um die eigenen disziplinären Identitäten geht, als auch allgemein für Gesellschaft und Politik.

**Kritik von
Aktivist/innen
der Behinder-
tenbewegung
an den Spezial-
pädagogiken**

Einige der Fragen, die sich in diesem Zusammenhang stellen, haben wir mit dem vorliegenden Beitrag aufgenommen. Um den menschenrechtsorientierten Ansatz im Umgang mit Behinderung richtig zu verstehen, fragen wir nach seiner Entstehungsgeschichte, in der die vehemente Kritik von Aktivist/innen der Behindertenbewegung an den Spezialpädagogiken wie der Behinderten-, Heil- und Sonderpädagogik eine entscheidende Rolle gespielt hat. Nun ist es aber keineswegs unstrittig, dass eine menschenrechtsorientierte Pädagogik *für alle* für jedes Kind mit Behinderung der richtige Weg ist, wie die

**Rechtbasierter
Ansatz v. a. für
die ‚Starken‘?**

aktuelle Kontroverse über die inklusive Schule zeigt. Aber auch darüber hinaus wird z. T. befürchtet, dass ein rechtbasierter Ansatz v. a. denjenigen hilft, die selbst für ihre Rechte einstehen können, nicht aber denjenigen, die auf ein hohes Maß an Unterstützung angewiesen sind (Eurich 2008: 150ff.; Reinders 2008: 19ff.). Wenn die Umsetzung der Konvention erfolgreich sein soll, müssen schlüssige Antworten auf diese Einwände gegeben werden können.

Für Kinder mit Behinderung könnte der zuletzt genannte Einwand aus zwei Gründen hoch relevant sein – sie können aufgrund ihrer Beeinträchtigung *und* aufgrund ihres Alters nicht oder nur eingeschränkt dazu in der Lage sein, selbst ihre Rechte einzufordern.

Deshalb fragen wir im dritten Abschnitt, wie die neuen oder erweiterten Begriffe im Menschenrechtsdenken wie „Inklusion“, „Diversität“ oder „Diskriminierung“ genau zu verstehen sind und ob und wie die Bedürfnisse und Lebenssituationen von Kindern mit Behinderung hier berücksichtigt werden. Im vierten und fünften Abschnitt nehmen wir zwei Handlungsfelder in den Blick, in denen die Forderung nach freiheitlicher und gleichberechtigter Inklusion in Bezug auf Kinder mit Behinderung besonders relevant ist: die Bildung und die Gesundheitsversorgung. Wir fragen nach den Herausforderungen, die eine konsequente Umsetzung der Konvention hier mit sich bringt, und welche Antworten aus ressourcenorientierter Perspektive darauf gegeben werden können.

2 Ambivalente historische Wurzeln des Umgangs mit Kindern mit Behinderung

Unser heutiger gesellschaftlicher Umgang mit Behinderung ist nicht ohne Beachtung seiner historischen Wurzeln zu verstehen. So wird Behinderung in der jüdisch-christlichen Tradition als Strafe für individuelle Schuld (Altes Testament) oder als Ausdruck „menschlicher Verlorenheit nach dem Sündenfall“ (Vojtová et al. 2006: 26) angesehen. Im mittelalterlichen, von Aberglaube und christlicher Theologie geprägten Denken werden behindert geborene Kinder einerseits als Geschöpfe des Teufels gefürchtet („Wechselbälger“, ebd.: 24); andererseits kommt armen Menschen mit Behinderung eine die hierarchische gesellschaftliche Ordnung stabilisierende Rolle zu: Sie werden Empfänger/innen wohlthätiger Almosen, durch die sich die Almosengebenden ihr Seelenheil verdienen können. Das verschafft ihnen eine feste Rolle in der mittelalterlichen Ständegesellschaft (vgl. Schnabl 2005: 23ff.; Vojtová et al. 2006; Jacobs 2009).

Die historisch angelegte Ambivalenz, Menschen mit Behinderung sowohl mit Furcht und Ablehnung als auch mit Mitleid und Bedauern zu begegnen, prägt den gesellschaftlichen Umgang mit Behinderung bis heute. Vor diesem Hintergrund wird die zunächst irrational erscheinende Behindertenfeindlichkeit in unserer Gesellschaft nachvollziehbar (Rommelspacher 1999). Mit der Aufklärung setzt sich aber auch die Sichtweise durch, dass der Mensch von Natur aus gut

**Mittelalter:
Behinderung
als Strafe
Gottes und zur
Stabilisierung
der gesell-
schaftlichen
Ordnung**

**Ambivalenz
zwischen
Ablehnung
und Mitleid**

**Aufklärung:
Jeder Mensch
ist gut und
erziehbar**

und erziehbar sei, was den Umgang mit Behinderung ebenfalls beeinflusst. Für Kinder mit Behinderung werden pädagogische Konzepte entwickelt, die drei unterschiedlichen Richtungen folgen: einem kompensatorischen, einem therapeutischen und einem sozial-rehabilitativen Ansatz (Vojtová et al. 2006, angelehnt an Kobi 1993).

**Kompensato-
rischer Ansatz**

Die kompensatorische Orientierung wird in den Anfängen der Gebärdensprache und den ersten Schulen für gehörlose Kinder Ende des 18. Jh. (Vojtová et al. 2006) sowie in der Entwicklung der Blindenschrift und der Gründung der ersten Blindenschulen Anfang des 19. Jh. (Jacobs 2009) deutlich. Ihr ausdrückliches Ziel ist es, dass Menschen mit Behinderung „brauchbar“ für die Gesellschaft werden (Vojtová et al. 2006). Daneben spielen auch christliche Werte wie Fürsorge und Nächstenliebe eine Rolle (Jacobs 2009).

**Therapeu-
tischer Ansatz**

In den Konzepten mit therapeutischer Richtung stehen sich, ähnlich der eingangs angeführten Unterscheidung zwischen Defizit- und Ressourcenperspektive, zwei unterschiedliche Orientierungen gegenüber: das Modell der medizinisch-psychiatrischen Defektologie und das pädagogisch-psychologisch-soziale Modell (Vojtová et al. 2006). Während beim Modell der Defektologie kognitive und psychische Beeinträchtigungen als angeborene Erbdefekte angesehen und deren Träger als „Idioten“ oder „Irre“ ausgegrenzt werden (Jacobs 2009), geht das pädagogisch-psychologisch-soziale Modell von der grundsätzlichen Heil- und Bildbarkeit des Menschen aus. In der zweiten Hälfte des 19. Jh. kann sich die defektorientierte Sicht in der therapeutischen Richtung durch den Einfluss darwinistischen Denkens zunehmend durchsetzen und mithin eine gesellschaftliche Wahrnehmung, die sich einseitig auf medizinische Begründungen und Differenzierungen stützt, psychologische und pädagogische Einflüsse verdrängt und in der Folge Menschen mit Behinderung nicht mehr als „bildbar“, sondern als „Defektwesen“ betrachtet (Jacobs 2009). Klaus Dörner (1989: 29f.) bringt diese fatale Entwicklung wie folgt auf den Punkt:

„Gegenüber dem liebevoll pflegenden, endlos geduldigen Denkmodell des die Pflanze zur Entfaltung bringenden Gärtners der Pädagogik war das mit schneidenden, vergiftenden und diätischen Maßnahmen operierende Denkmodell der Medizin, der straffen Reduktion von Wirkungen auf eine Ursache verpflichtet, vermutlich schneller, kostengünstiger und damit effektiver.“

Aus der dritten, der sozialrehabilitativen Richtung entsteht im 19. Jh. die Sozialpädagogik, die gesellschaftlichen Notstände auffangen will. Diese sieht Menschen mit Behinderung zwar nicht „als Bedrohende der ‚Normalen der Gesellschaft‘“ an, sondern als „von der Gesellschaft moralisch Bedrohte“, was aber ebenfalls zu Exklusion führt (Vojtová et al. 2006: 37). Es werden „Hilfsschulen“ eingerichtet, um die Allgemeinen Schulen vorgeblich zu entlasten, aber auch um die dort lernenden Schüler/innen aufgrund ihrer Behinderung speziell zu fördern, damit sich ihre Lebenschancen verbessern können. Die langfristige Folge davon sind unsere heutigen ausdifferenzierten Institutionen für Menschen mit Behinderung, die einerseits Schutzräume bieten, andererseits aber eben auch für Stigmatisierung und Ausgrenzung verantwortlich sind (Mattner 2000: 29).

Festgehalten werden kann an dieser Stelle, dass die Ambivalenzen im gesellschaftlichen Umgang mit Behinderung, die sich einerseits in angstbesetzter Abgrenzung und sozialdarwinistischer Ausgrenzung sowie andererseits in christlich motivierter Wohltätigkeit und mitleidsvoller Zuwendung zeigen, zur Entstehung von Spezialpädagogiken geführt haben, die bei all ihren Leistungen auch – wenn gleich aus unterschiedlichen Gründen – zur gesellschaftlichen Exklusion von Menschen mit Behinderung beigetragen haben und weiter beitragen. Deshalb stehen sie in der Kritik von Vertreter/innen der Behindertenbewegung, die sich auf die historische Erfahrung von Ausgrenzung und Entmündigung beziehen. Die einzig angemessene Reaktion auf diese Kritik kann ungeachtet der Würdigung der Verdienste einzelner pädagogischer Disziplinen und trotz der berechtigten Befürchtungen bezüglich der Aufgabe von besonderen Schutzräumen für Kinder mit Behinderung eigentlich nur *eine* inklusive Pädagogik für alle sein. Wirkliche Inklusion ist mit Spezialpädagogiken und Sonderorten für Menschen mit Behinderung ganz offensichtlich nicht vereinbar.

Sozialrehabilitativer Ansatz

Gründung von „Hilfsschulen“ zur Entlastung Allgemeiner Schulen

Schutzräume implizieren Stigmatisierung und Exklusion

Kritik der Behindertenbewegung

Inklusion ist unvereinbar mit Spezialpädagogiken und Sonderorten für Menschen mit Behinderung

3 Inklusion als allgemeines Kinderrecht

„Inklusion“ ist der Schlüsselbegriff der neuen UN-Behindertenrechtskonvention, die im Dezember 2006 von den Vereinten Nationen verabschiedet wurde und derzeit in den Unterzeichnerstaaten

Inklusion als Schlüsselbegriff der UN-Behindertenrechtskonvention von 2006

umgesetzt wird. Menschen mit Behinderung sollen künftig in allen Gesellschaftsbereichen freiheitlich und gleichberechtigt mit nicht-behinderten Menschen einbezogen sein (Graumann 2011: 26ff.). Das gilt auch für alle Kinder und Jugendlichen mit Behinderung, was mit Artikel 7 der Konvention „Kinder mit Behinderungen“ (UN 2006/2009) unterstrichen wird². Dort heißt es:

„Die Vertragsstaaten treffen alle erforderlichen Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Kinder mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen Kindern alle Menschenrechte und Grundfreiheiten genießen können.“

Recht von Kindern mit Behinderungen auf inklusive Bildung statt bloßes Elternwahlrecht

Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang, wie das Recht auf Bildung in der neuen Konvention formuliert ist: Artikel 24 der Konvention sieht ein eigenständiges Recht von Kindern mit Behinderung auf inklusive Bildung vor, das nicht lediglich ein Wahlrecht der Eltern ist. Das bedeutet, dass ein separierendes Schulsystem mit Sonder- und Förderschulen, wie wir es heute nach wie vor haben, nicht mit der Konvention vereinbar ist³. Das Menschenrecht auf Bildung stellt, wie es für einen Menschenrechtsvertrag typisch ist, zum einen strukturelle Forderungen an das Bildungssystem und zum anderen inhaltliche Forderungen an pädagogische Konzepte und die Unterrichtsgestaltung. Die strukturelle Forderung ist, dass die Vertragsstaaten allen Kindern und Jugendlichen mit Behinderung⁴ einerseits einen diskriminierungsfreien Zugang zu einem inklusiven und hochwertigen Unterricht garantieren, und andererseits ihnen die jeweils notwendige, individuell angepasste und wirksame Unterstützung „in einem Umfeld, das die bestmögliche schulische und soziale Entwicklung gestattet“ (UN 2006/2009, Art. 24 Abs. 2e), gewährleisten. Da in der Konvention explizit von „lebenslangem Lernen“ die Rede ist, gilt dies sinngemäß nicht nur für die Schule, sondern auch für Kita, Hort und alle anderen Bildungseinrichtungen.

² Wir zitieren den Text der UN-Behindertenrechtskonvention nach der Schattenübersetzung, herausgegeben vom Netzwerk Artikel 3 e.V. Die Schattenübersetzung korrigiert eine Reihe offensichtlicher und teils politisch motivierter Fehler der zwischen Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz abgestimmten Übersetzung.

³ Vgl. hierzu die Beiträge in Wernstedt und John-Ohnesorg (2010).

⁴ In der Konvention wird das Konzept des lebenslangen Lernens aufgegriffen und vom Recht auf Bildung aller Menschen mit Behinderung gesprochen. Aufgrund des thematischen Fokus dieses Beitrags beschränken wir uns auf Kinder und Jugendliche.

Mit „Diskriminierung“ ist in der Konvention nicht nur das willkürliche Vorenthalten gleicher Rechte gemeint, sondern „jede Unterscheidung, Ausschließung oder Beschränkung aufgrund von Behinderung, die zum Ziel oder zur Folge hat, dass das auf die Gleichberechtigung mit anderen gegründete Anerkennen, Genießen oder Ausüben aller Menschenrechte und Grundfreiheiten“ (UN 2006/2009, Art. 2) beeinträchtigt ist. Darunter fallen explizit auch das Versagen barrierefreier Zugänge zu gesellschaftlichen Räumen, das Vorenthalten individueller Unterstützungen sowie das Vorhandensein von negativen Bildern und Einstellungen über Behinderung in der Gesellschaft. Für Bildung und Bildungseinrichtungen ist damit gefordert, dass sie barrierefrei zugänglich sind, dass Kinder und Jugendliche mit Behinderung die individuellen Unterstützungen bekommen, die sie brauchen, um gleichberechtigt mit anderen Kindern und Jugendlichen lernen zu können, und dass eine wertschätzende Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderung vermittelt wird.

In der Konvention wird die Menschenwürde als Gegenstand notwendiger Bewusstseinsbildung angesprochen. Damit ist zum einen gemeint, dass Menschen mit Behinderung selbst in die Lage versetzt werden, ein Bewusstsein ihrer eigenen Würde zu entwickeln, zum anderen aber auch, dass die Achtung der Würde von Menschen mit Behinderung in der Gesellschaft gefördert wird (Bielefeldt 2009: 4). Außerdem werden unter den „allgemeinen Grundsätzen“ in Artikel 3 die „Achtung vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderung und die Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität“ explizit benannt. So werden die Vertragsstaaten in Artikel 24 darauf verpflichtet, ein inklusives Bildungssystem zu gewährleisten, dass das Ziel verfolgt, „die menschlichen Möglichkeiten sowie das Bewusstsein der Würde und das Selbstwertgefühl des Menschen voll zur Entfaltung zu bringen und die Achtung vor den Menschenrechten, den Grundfreiheiten und der menschlichen Vielfalt zu stärken“ (UN 2006/2009, Art. 24 Abs. 1a). In dieser Formulierung hat sich der Diversity-Ansatz niedergeschlagen, dem die Konvention konsequent folgt und in dem, wie Heiner Bielefeldt (2009: 16) sagt, wohl das größte Innovationspotenzial nicht nur für Menschen mit Behinderung, sondern für die Gesellschaft als Ganze steckt:

Diskriminierungsverbot betrifft jede Unterscheidung, Ausschließung oder Beschränkung

Entwicklung eines Bewusstseins für die eigene Würde und Achtung der Würde in der Gesellschaft

Innovationspotenzial des Diversity-Ansatzes für die Gesellschaft als Ganze

„Indem sie Menschen mit Behinderungen davon befreit, sich selbst als ‚defizitär‘ sehen zu müssen, befreit sie zugleich die Gesellschaft von einer falsch verstandenen Gesundheitsfixierung, durch die all diejenigen an den Rand gedrängt werden, die den durch Werbewirtschaft und Biopolitik vorangetriebenen Imperativen von Fitness, Jugendlichkeit und permanenter Leistungsfähigkeit nicht Genüge tun.“

**Inklusion
muss gleich-
berechtigt und
freiheitlich
erfolgen**

Die Konvention akzentuiert aber noch einen weiteren Aspekt von Inklusion, der für das Konzept einer inklusiven Pädagogik wesentlich ist, nämlich dass Inklusion nicht nur *gleichberechtigt*, sondern auch *freiheitlich* zu erfolgen hat.

An verschiedenen Stellen der Konvention wird die Achtung vor der Autonomie von Menschen mit Behinderung, vor der Selbstbestimmung und der „Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen“ (UN 2006/2009, Art. 3), besonders hervorgehoben. Mit Blick auf Kinder und Jugendliche bedeutet dies, dass Autonomie und Freiheit nicht unhinterfragt als gegeben vorausgesetzt werden dürfen, sondern auch die Potenziale zur Entwicklung von Autonomie und Freiheit unter den Schutz der Menschenrechte gestellt werden müssen. Autonomie und Freiheit von Kindern und Jugendlichen müssen demnach entsprechend ihrem Alter und ihrer Reife respektiert, und Kinder und Jugendliche in die Lage versetzt werden, ihre individuellen Potenziale zu Autonomie und Freiheit voll zu entwickeln. Dementsprechend fordert die Konvention als ein Ziel der inklusiven Bildung in Artikel 24, „Menschen mit Behinderungen ihre Persönlichkeit, ihre Begabungen und ihre Kreativität sowie ihre geistigen und körperlichen Fähigkeiten voll zur Entfaltung bringen zu lassen“ (UN 2006/2009, Art. 24 Abs. 1b). Dies kann so verstanden werden, dass der Ressourcen-Ansatz selbstverständlicher Teil einer inklusiven Pädagogik auf der Grundlage der UN-Behindertenrechtskonvention sein sollte.

**Offenes
Konzept von
Behinderung**

Aufschlussreich ist in diesem Zusammenhang auch, wie der Begriff „Behinderung“ in der Konvention verwandt wird. Die Konvention erläutert den Begriff und führt ein offenes Konzept von Behinderung ein (Aichele 2008: 5). Damit wird das medizinische Modell von Behinderung zugunsten des sozialen Modells zurückgewiesen (vgl. Hirschberg 2009: 103f.). Deshalb wird auch auf eine abschließende Definition von „Behinderung“ verzichtet und stattdessen in Artikel 1 der Konvention der Kreis der Personen mit Behinderung festgelegt, als „Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die in Wechselwir-

kung mit verschiedenen Barrieren ihre volle und wirksame Teilhabe gleichberechtigt mit anderen an der Gesellschaft behindern können“ (UN 2006/2009, Art. 1).

Dem sozialen Modell von Behinderung folgend, wird in der Konvention zwischen Beeinträchtigungen („impairments“) und Behinderung („disability“) unterschieden. Diese Unterscheidung erinnert an die Unterscheidung zwischen „sex“ als biologischem Geschlecht und „gender“ als gesellschaftlich geprägter Geschlechterrolle (Butler 1991). Wie im Geschlechterdiskurs wird damit verdeutlicht, dass Behinderung in gewisser Weise eine „soziale Konstruktion“ darstellt, ohne dass die individuellen Beeinträchtigungen der Betroffenen negiert, vernachlässigt oder verharmlost werden.

Nun könnte die Vermutung naheliegen, dass die Konvention im Zusammenhang mit einer Ablehnung des medizinischen Modells von Behinderung der Gesundheitsversorgung eine untergeordnete Rolle bemessen würde. Das Gegenteil ist der Fall: Nach der Konvention haben Menschen mit Behinderung das Recht, das individuell „erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung zu genießen“ (UN 2006/2009, Art. 25). Artikel 25 der Konvention „Gesundheit“ formuliert das Recht auf einen diskriminierungsfreien und gleichberechtigten Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung und schließt den Anspruch auf Prävention weiterer Behinderungen explizit ein. Aber auch hier weist die Konvention eine medicalisierende Perspektive auf Behinderung zurück. Das wird deutlich in Artikel 26, der mit „Habilitation und Rehabilitation“ überschrieben ist. Der Titel verdeutlicht, dass Kinder mit einer Behinderung von Geburt an explizit mitgemeint sind. Sie haben das Recht auf interdisziplinäre Dienste und Leistungen zur Entwicklung und Stärkung ihrer Fähigkeiten mit dem Ziel, ihre „volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens“ (UN 2006/2009, Art. 26 Abs. 1) zu erreichen. Die Konvention weist die Dominanz von Ärztinnen und Ärzten in der Rehabilitation zurück und spricht alle Disziplinen an, die einen Beitrag dazu leisten können, das Ziel der freiheitlichen und gleichberechtigten Inklusion zu erreichen. Die Forderungen der Konvention sind damit anschlussfähig für das Konzept der Ressourcenorientierung in Bezug auf eine Politik, die Gesundheitsförderung als

**Unterscheidung
in Impairments
und Disabilities**

**Behinderung
als soziale
Konstruktion
begreifen,
ohne zu
verharmlosen**

**Recht auf ein
Höchstmaß an
Gesundheit und
einen diskrimi-
nierungsfreien,
gleichberech-
tigten Versor-
gungszugang**

Querschnittsaufgabe etwa von Gesundheits-, Sozial-, Bildungs- und Familienpolitik versteht.

Die Interpretation der Konvention mit Blick auf Kinder mit Behinderung macht eine wichtige Akzentsetzung besonders deutlich, die über das traditionelle Menschenrechtsdenken hinausweist: Die Freiheit des einzelnen Menschen wird nicht unreflektiert als gegeben vorausgesetzt, sondern die maximal mögliche Entwicklung von individuellen Freiheitspotenzialen in den Schutzbereich der Menschenrechte einbezogen. Dies erklärt auch die Wichtigkeit der Menschenrechte auf Bildung und Gesundheit für Kinder mit Behinderung. Bildung und Gesundheit sind wesentliche Voraussetzungen für eine maximal mögliche Entfaltung individueller Freiheitspotenziale. Ähnlich wie in der Bildung sollte aber eine zu enge und falsche Zielsetzung zurückgewiesen werden. Beide, Gesundheit wie Bildung, dürfen nicht primär auf ökonomische Leistungsfähigkeit und gesellschaftliche Verwertbarkeit von Menschen ausgerichtet sein. Ihr Ziel ist nach der UN-Behindertenrechtskonvention die freiheitliche und gleichberechtigte gesellschaftliche Inklusion unter Beachtung individueller Bedürfnisse und der Lebenssituation jedes Menschen mit Behinderung.

**Bildung und
Gesundheit als
Bedingung für
maximale
Entfaltung der
Freiheits-
potenziale**

4 Das Konzept der inklusiven Bildung

Mit der Ratifikation der Konvention haben sich die Vertragsstaaten zu ihrer konsequenten Umsetzung verpflichtet. Damit ist das Konzept der inklusiven Bildung eine verbindliche Vorgabe für die Bildungspolitik der Länder. Ein wesentliches Hindernis für eine konsequente Gewährleistung des Rechts auf inklusive Bildung für Kinder und Jugendliche mit Behinderung ist allerdings das separierende und die leistungsfähigen Schüler/innen bevorzugende mehrzügige Schulsystem, und dass dabei insb. das Gymnasium die ‚heilige Kuh‘ der deutschen Bildungspolitik ist. Das haben schon die Diskussionen über notwendige Bildungsreformen nach den PISA-Studien gezeigt, die Deutschland ein benachteiligte Schüler/innen ausschließendes Schulsystem bescheinigt haben. Dabei stand die Benachteiligung von Schüler/innen mit Migrationshintergrund im Fokus. Mit Blick auf die Bildungskarrieren sieht die Situation für Kinder und Jugendliche

**Konzept inklusiver
Bildung ist
verbindlich für
Bildungspolitik
der Länder**

**Mehrzügiges
Schulsystem als
wesentliches
Hindernis**

mit Behinderung noch desolater aus. Wir stehen vor der Situation, dass nur eine Minderzahl der Kinder eine Sonder- oder Förderschule mit einem qualifizierten Abschluss verlässt. Nationale und internationale Studien belegen, dass mit einem inklusiven Unterricht deutlich bessere Schulerfolge erreichbar wären (vgl. hierzu die Beiträge in Wernstedt & John-Ohnesorg 2010). Daher fordert die Konvention auch deutlich mehr als die derzeit in Deutschland diskutierten Reformschritte, nämlich ein konsequentes Konzept inklusiver Bildung, was in der Konsequenz eines Systemwechsels einschließlich der Aufgabe des mehrzügigen Schulsystems bedarf (Haug 2011).

Obwohl die Vorzüge der inklusiven Schule sowohl für Kinder mit als auch ohne Behinderung wissenschaftlich gut belegt sind, ist das in Deutschland besonders differenzierte Bildungssystem kaum in der Lage, die sonderpädagogische Praxis auf dem Weg zu einer inklusiven Pädagogik sinnvoll zu unterstützen. Dabei haben die Spezialpädagogiken für Kinder mit Behinderung erstmals den Blick auf die Unterschiede und verschiedenen Bedürfnisse von Kindern gelenkt (Vojtová et al. 2006). Eine inklusive Pädagogik kann es sich nicht leisten, auf die sonderpädagogischen Erfahrungen, Erkenntnisse und Ressourcen zu verzichten. Um den Kindern in einer inklusiven Schule die bestmögliche Förderung zu bieten, müssen diese konsequent genutzt und integriert werden (Salamanca Erklärung, UNESCO 1994). Das gewünschte Ziel wäre eine „Synthese von (veränderter) Schul- und Sonderpädagogik“ (Hinz 2002).

Der Begriff „Inklusion“ steht für eine Weiterentwicklung des Integrationskonzeptes; er nimmt viele Aspekte des Integrationskonzeptes auf, geht jedoch über dieses hinaus und löst es zunehmend ab (Booth et al. 2007). Während bei der Integration eine Eingliederung von Kindern mit speziellen Bedürfnissen⁵ in die Allgemeine Schule verlangt wird, fordert die Inklusion „Leben und Lernen für alle Kinder in der Allgemeinen Schule“ (Hinz 2002). Das bedeutet, dass sich die Schule den Kindern und ihrer Vielfalt bzw. Heterogenität anpassen muss. Kinder und Jugendliche unterscheiden sich nicht nur hin-

**Erschwerte
Umsetzung des
Inklusions-
konzeptes durch
sozial ungerechte
Leistungs-
orientierung**

**Inklusion als
Weiterent-
wicklung des
Integrations-
konzeptes**

⁵ Der Terminus „besondere pädagogische Bedürfnisse“ bezieht sich nach der Salamanca-Erklärung (UNESCO 1994) auf alle Kinder und Jugendlichen, deren Bedürfnisse aufgrund von Behinderungen oder Lernschwierigkeiten entstehen.

sichtlich ihrer Fähigkeiten, Begabungen und Bedürfnisse, sondern auch hinsichtlich ihres Geschlechts, ihrer Sprache, der Kultur und der Religion, der sie eventuell angehören, ihrer sozialen Herkunft, ihrer Weltanschauung und ihrer sexuellen Orientierung. All diese Unterschiede können allein oder in Zusammenwirkung über Inklusion oder Exklusion eines Kindes in Schule und Gesellschaft entscheiden. Wenn alle diese Unterschiede ernst genommen werden sollen, wäre ein „umfassendes System für alle“ zu fordern, das alle möglichen Inklusions- und Exklusionsfaktoren im Blick hat, und kein ausdifferenziertes System für Kinder mit Behinderung „je nach Schädigung“ (Hinz 2002).

Von Vertreter/innen des Inklusionskonzeptes wird darauf hingewiesen, dass auch die Eingliederung von Kindern mit speziellen Bedürfnissen in die Allgemeine Schule, mit individuellem Lehrplan und Sonderschullehrkraft, wie es das Integrationskonzept vorsieht, entgegen den besten Absichten erhebliche Ausgrenzungen bewirken kann. Der Fokus auf die speziellen Bedürfnisse von Kindern mit Behinderung würde mit sich bringen, dass diese immer als anders erscheinen würden. Es entstünden in einer Klasse somit zwei Gruppen (ebd.): Kinder ohne spezielle Bedürfnisse bzw. ohne Behinderung und Kinder mit speziellen Bedürfnissen bzw. mit Behinderung. In einer, nach inklusivem Modell, heterogenen Klasse könne das nicht passieren, da hier alle Kinder zusammen lernen und jedes Kind mit seinen Besonderheiten ernst genommen wird. Es herrsche dort kein Begriff vor, der das „Normale“ beschreibt und somit auch die definiert, die „nicht normal“ seien. Vielmehr ist hier die Heterogenität der Lebensweisen die Normalität. Dies muss sich auch im Lehrplan widerspiegeln. Während bei der Integration von Kindern mit speziellen Bedürfnissen in die Allgemeine Schule auf spezielle Lehrpläne für die Kinder mit Behinderung gesetzt wird, beinhaltet das Konzept der Inklusion den Anspruch, einen Lehrplan zu haben, der für alle Kinder gilt und an den benötigten Stellen für jedes Kind individualisiert werden kann.

**Jede/r ist anders
– Heterogenität
der Lebensweisen
als Normalität**

**Verzicht auf
Zuschreibungen
wie „sonder-
pädagogischer
Förderbedarf“**

In einer inklusiven Umgebung wird so auf Zuschreibungen aufgrund eines „sonderpädagogischen Förderbedarfs“ verzichtet. So wird im Index für Inklusion (Booth et al. 2007) der Begriff „Barriere“ verwendet, um Probleme beim Spielen, Lernen und der Teilhabe

zu benennen, um damit aber auch zu verdeutlichen, dass diese Probleme in der Umwelt liegen und durch Beseitigung der Barrieren gelöst werden können. Durch die Bezeichnung „sonderpädagogischer Förderbedarf“ hingegen wird indirekt mitgeteilt, dass man von diesem Kind weniger Leistung erwarten kann als von anderen Kindern, was sich dann häufig als selbsterfüllende Prophezeiung bestätigt⁶.

Das Etikett „sonderpädagogischer Förderbedarf“ befördert die Tendenz, andere Ursachen der Lernschwierigkeiten aufgrund des spezifischen familiären, gesellschaftlichen, kulturellen oder schulischen Kontexts zu vernachlässigen (Booth et al. 2007). Die Lernschwierigkeiten als bedingte Barriere anzusehen und nicht als Wesenseigenschaft des Kindes, ist somit ein wichtiger erster Schritt, die defizitäre Blickweise der Sonderpädagogik zu überwinden und einer positiven, ressourcenorientierten Betrachtung eine Chance zu geben.

Der sog. Anti-Bias-Ansatz (Derman-Sparks 2007) greift eine weitere Dimension der Erfahrung von Diskriminierung in der Erziehung auf. Wie Charles Taylor (1992) in seinem Aufsatz zum „Multikulturalismus“ überzeugend darlegt, kann das Fehlen von positiven kulturellen Identifikationsangeboten zu schweren Schädigungen der personalen Identität führen. So wird ein Kind türkischer Eltern seine eigene kulturelle Identität und damit auch sich selbst als defizitär erfahren, wenn in der Kita nur die christlichen und keine muslimischen Feste gefeiert werden, in der Schule Kleist, Schiller und Goethe und keine türkischen Klassiker gelesen werden und in den Medien die eigene Kultur mit islamischem Terror und Zwangsheiraten in Verbindung gebracht wird. Ähnliches gilt für ein Kind mit einer Behinderung, das in einer Kultur aufwächst, in der Jugend, Schönheit und Leistung oberste Werte sind, in der Menschen mit Behinderung mit ihren gesellschaftlichen Beiträgen nicht sichtbar und damit als Vorbilder nicht verfügbar sind und in der es immer wieder damit kon-

**Anti-Bias-Ansatz
thematisiert
fehlende positive
kulturelle
Identifikations-
angebote**

⁶ Empirisch belegt dies der sog. Pygmalion-Effekt, der von Rosenthal und Jacobsen 1968 in einem Experiment nachgewiesen wurde. Sie maßen den Intelligenzquotienten von Schülerinnen und Schülern zu Beginn eines Schuljahres und vermittelten den Lehrkräften auf dieser Grundlage, welche der Schüler/innen im kommenden Schuljahr ‚aufblühen‘ könnten. Tatsächlich aber wurden die entsprechenden Schüler/innen per Los bestimmt. Als acht Monate später der Intelligenztest wiederholt wurde, zeigten genau die Schüler/innen, die per Los dafür bestimmt worden waren, tatsächlich nachweislich größere Lernfortschritte (Greitemeyer 2008).

frontiert ist, dass Behinderung umstandslos mit Leid und Unglück gleichgesetzt wird.

**Anti-Bias-Ansatz
fordert vor-
urteilsbewusste
Erziehung**

Der Anti-Bias-Ansatz will dem entgegenwirken und zu einer vorurteilsbewussten Erziehung beitragen, indem solche Diskriminierungsmuster erkannt und bekämpft werden. Er basiert auf den Erkenntnissen von Formen institutionalisierter Diskriminierung und deren Wirkung auf die Identitätsentwicklung von Kindern und Jugendlichen und zeigt, dass Kinder ihr soziales Wissen konstruieren, indem sie Botschaften aus ihrer Lernumgebung kreativ und eigenständig auswerten (Breitbart 2010). Die Botschaften erhalten sie von Autoritäts- und Bezugspersonen in der Kita oder in der Schule, in den Medien, in Gesprächen, Sprichwörtern, Kinderliedern usw.

**Etikettierungen
durch negative
Stereotype**

Für den Umgang mit Behinderung heißt das: Wenn negative Stereotypen in Bezug auf Behinderung vermittelt werden, führt dies zu Etikettierungen, durch die Kinder mit Behinderung auf das Merkmal „behindert“ fixiert werden. Das hat zur Folge, dass sie einerseits von anderen Kindern danach beurteilt oder gar abgeurteilt werden, und andererseits, dass sie sich selbst auf den von der Norm abweichenden und häufig negativ besetzten Ausschnitt ihrer Persönlichkeit festlegen. Um solche auf Vorurteilen gestützte Zuschreibungen zu verhindern, gibt die Anti-Bias-Pädagogik (Derman-Sparks 2007) vier Ziele für die Arbeit in der Kita vor:

**4 Ziele des
Anti-Bias-
Ansatzes in
der Kita**

- Ziel 1: Jedes Kind drückt Selbstbewusstsein und Zutrauen in sich selbst aus, es zeigt Stolz auf seine Familie und positive Identifikationen mit seinen Bezugspersonen.
- Ziel 2: Jedes Kind zeigt Freude und Behagen gegenüber Unterschieden zwischen Menschen, spricht darüber in einer sachlich korrekten Sprache und pflegt innige und fürsorgliche Beziehungen zu anderen Menschen.
- Ziel 3: Jedes Kind erkennt unfaire Äußerungen und Handlungen immer besser, verfügt zunehmend über Worte, um sie zu beschreiben und versteht, dass sie verletzen.
- Ziel 4: Jedes Kind zeigt die Handlungsfähigkeit, sich alleine oder mit anderen gegen Vorurteile und/oder diskriminierende Handlungen zur Wehr zu setzen.

Um diese Ziele erreichen zu können, kann eine Vielfalt an Methoden angewendet werden⁷. Wichtig ist dabei in erster Linie, Aufmerksamkeit für die Heterogenität von Menschen im Allgemeinen und der Kinder in der Kita im Besonderen zu wecken und eine respektvolle und wertschätzende Haltung gegenüber den individuellen Besonderheiten von Kindern – seien es die eigenen Besonderheiten oder diejenigen anderer Kinder – zu fördern.

Was wir hier für inklusive Bildungseinrichtungen ausgeführt haben, gilt entsprechend für alle anderen gesellschaftlichen Felder. Wenn der historisch gewachsene defektorientierte, fürsorgliche und ausgrenzende Umgang mit Behinderung überwunden werden und der angestrebte Paradigmenwechsel hin zu voller und gleichberechtigter Inklusion von allen Menschen mit Behinderung gelingen soll, muss auf mehreren Ebenen gleichzeitig gearbeitet werden: Das Konzept der Inklusion muss mit praktischen pädagogischen Maßnahmen angegangen werden. Dies wird aber nur dann erfolgreich sein, wenn sich begleitend eine kulturelle Wertschätzung von Diversität und ein gesellschaftliches Bewusstsein für die komplizierten, teils subtilen Formen von Diskriminierung, die wir hier nur andeuten können, durchsetzen können.

Wenn nun die Herausforderungen, die eine konsequente Umsetzung des Konzeptes der inklusiven Bildung stellt, bewältigt werden sollen, kann an die verschiedenen Aspekte, die wir als relevant für Inklusion im Bildungssystem herausarbeiten, mit einer ressourcenorientierten Betrachtung, wie sie in den Gesundheitswissenschaften entwickelt ist, konstruktiv angeknüpft werden (vgl. Stuber 2009). Dabei gilt es, Ressourcen auf ganz unterschiedlichen Ebenen einzu beziehen. Das können sein:

Aufmerksamkeit für die Heterogenität wecken

Gesellschaftliche Bewusstseinsänderung für mehr Wertschätzung von Diversität nötig

⁷ Um die kulturelle Identität anderer Kinder kennenzulernen, können die Kinder z. B. kulturtypische Gebrauchsgegenstände, die bei ihnen zuhause im Alltag benutzt werden, mitbringen. Oder die Kinder können sich die Bedeutung des eigenen Namens von ihren Eltern erklären lassen, sodass sie diese den anderen Kindern mitteilen können. Der Einsatz von Spielmaterialien, wie z. B. Puppen in verschiedenen Hautfarben, Kinderbüchern, in denen unterschiedliche Familienformen vorkommen oder Liederbüchern mit Liedern in verschiedenen Sprachen, ermöglicht den Kindern, Erfahrungen mit der Heterogenität der Menschen zu machen. Um mit Kindern über besondere Ausgrenzungs- und Diskriminierungserfahrungen ins Gespräch zu kommen, können Puppen mit Persönlichkeiten (Persona Dolls) eingesetzt werden (vgl. Krause 2007).

**Ressourcen
für Inklusion**

1. die Fähigkeiten und Freiheitspotenziale des Kindes und sein positives Selbstbild als persönliche Ressourcen;
2. die Ressourcen der Familie und der sozialen Netzwerke des Kindes, die es in der Entwicklung seiner Fähigkeiten unterstützen können;
3. institutionelle Ressourcen durch auf freiheitliche und gleichberechtigte Inklusion ausgerichtete konzeptionelle Kenntnisse und Erfahrungen der pädagogischen Fachkräfte in den Bildungsinstitutionen, die durch die Forschung gestützt werden;
4. ökonomische und ökologische Ressourcen, die für die Gestaltung eines inklusiven Bildungswesens einschließlich barrierefreier Gebäude und Räume notwendig sind und staatlicherseits bereitgestellt werden müssen;
5. rechtliche Ressourcen, die durch eine Umsetzung der Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention etwa in den Schulgesetzen der Länder, aber auch im erfolgreichen Einklagen von Plätzen für Kinder mit Behinderung in der Regelschule unter Bezug auf die UN-Konvention vor Gerichten etabliert werden müssen;
6. kulturelle Ressourcen durch den Abbau von abwertenden und verletzenden Bildern von Behinderung und die Förderung des Bewusstseins für die Bedürfnisse, Fähigkeiten und Lebensumstände von Kindern mit Behinderung.

Die genannten Ressourcen weisen über eine eng verstandene Bildungspolitik hinaus. Genau das aber ist auch notwendig, wenn eine inklusive Pädagogik erfolgreich sein soll.

5 Freiheitliche und gleichberechtigte Inklusion als Ziel gesundheitsfördernder Gesamtpolitik

Ganz ähnlich wie im Bereich der Bildung stellt sich die Situation in der Gesundheitspolitik dar, wenn das Ziel der freiheitlichen und gleichberechtigten Inklusion von Kindern mit Behinderung in den Blick genommen wird. Die UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet Staat und Gesellschaft, ihre Rechte auf Gesundheit, Habilitation und Rehabilitation ohne medikalisierende Engführungen zu gewährleisten.

Nach einer Studie von Paul Hunt und Judith Mesquita (2006) stellt sich die Diskriminierung von Menschen mit Behinderung im Gesundheitswesen auf ausgesprochen komplexe Weise dar. Menschen mit Behinderung werden häufig adäquate Informationen vorenthalten, die für eine freie und informierte Entscheidung über eine medizinische Behandlung notwendig wären. Das betrifft nicht nur Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen; viele Ärztinnen und Ärzte tendieren dazu, Menschen mit Behinderung generell als nicht kompetent anzusehen (Hunt & Mesquita 2006). Das Recht auf eine qualitativ gute medizinische Versorgung wird durch unterschiedliche Zugangsbarrieren beeinträchtigt. Dazu gehören die mangelhafte geografische und physische Zugänglichkeit von Einrichtungen der medizinischen Versorgung, die fehlende barrierefreie Ausstattung mit medizinischen Geräten und Untersuchungsliegen, finanzielle Fehlanreize zugunsten unproblematischer Patient/innen sowie Vorurteile und Unwissen auf professioneller Seite, wie die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO 2010) konstatiert. Außerdem werden behinderungsspezifische medizinische Versorgungsangebote, bspw. in der psychiatrischen Versorgung, bei der Ressourcenallokation oft mit geringer Priorität behandelt (Hunt & Mesquita 2006). Darüber hinaus sind Menschen mit Behinderung oft stärker von Kostendämpfungsmaßnahmen betroffen als andere⁸. Damit sind konkrete Missstände benannt, die nicht mit der UN-Konvention vereinbar sind und die die organisierte Ärzteschaft, die Krankenkassen und die Gesundheitspolitik in die Pflicht nehmen, Abhilfe zu schaffen (ZEKO 2010). Darüber hinaus ist aufschluss-

Inklusion als Herausforderung für Gesundheits- und Sozialversorgung

⁸ Das 2004 in Kraft getretene Gesundheitsmodernisierungsgesetz zielt v. a. auf Kostensenkung ab. Die Instrumente, die hierfür eingesetzt werden, bauen auf eine Verstärkung von Eigenverantwortung und Selbstbeteiligung der Patient/innen und sind daher mit besonderen Belastungen für Menschen mit Behinderung verbunden. Dazu gehören weniger die z. T. wieder abgeschafften Zuzahlungsregelungen (u. a. Praxisgebühr und Arzneimittelzuzahlungen), die auf 2 % des Einkommens beschränkt sind, sondern v. a. die Herausnahme ganzer Leistungen aus der solidarischen Finanzierung. So werden bspw. Sehhilfen nur noch für sehr schwer sehbeeinträchtigte Personen übernommen und nichtverschreibungspflichtige Medikamente, wozu Naturheilmittel und viele Salben gehören, gar nicht mehr bezahlt. Für Menschen mit Behinderung, die in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung arbeiten und nur ein Taschengeld zur Verfügung haben, stellt damit bspw. schon eine neue Brille oder eine Heilsalbe ein erhebliches finanzielles Problem dar (Nicklas-Faust 2004: 115ff.).

reich, wie sich die Diskussionen über die Umsetzung der Artikel 25 „Gesundheit“ und Artikel 26 „Habilitation und Rehabilitation“ bisher auf ein enges, auf kurative Therapie und medizinische Rehabilitation zentriertes Verständnis von Gesundheitsversorgung verkürzen.

Gesundheitsförderliche Gesamtpolitik

Die UN-Behindertenrechtskonvention fordert aber deutlich mehr, nämlich eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik. Kindern mit Behinderung soll eine solche Politik eine maximale Entwicklung ihrer Fähigkeiten und individuellen Freiheitspotenziale garantieren und ihre freiheitliche und gleichberechtigte Inklusion ermöglichen. Entsprechend der Formulierung der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation von 1986 wäre das Ziel der Gesundheitsförderung das „umfassende körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden“ von Kindern mit Behinderung (WHO 1986/2001). Dieses Ziel soll über eine Stärkung der Gesundheit und ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die Gesundheit erreicht werden. Dementsprechend wird Gesundheit als positives Konzept aufgefasst, für das individuelle und soziale Ressourcen ebenso bedeutend sind wie körperliche Fähigkeiten (ebd.). Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik soll nach der Ottawa-Charta fünf Handlungsfelder einbeziehen. Sie soll Bedingungen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik schaffen, die persönlichen Kompetenzen einzelner Menschen entwickeln, gesundheitsförderliche Lebenswelten aufbauen, gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen und die Gesundheitsdienste neu organisieren (Rosenbrock 1998).

Inklusion als gesamtgesellschaftliche Herausforderung

Wenn man nun diese Felder aus der Perspektive von Kindern mit Behinderung in den Blick nimmt, wären einige Aspekte besonders zu beachten, die sich auch im Bildungswesen als höchst relevant herausgestellt haben. So sind die persönlichen Ressourcen von Kindern mit Behinderung durch die Förderung der Gesundheitskompetenz in Kita und Schule frühzeitig zu entwickeln. Durch die wichtige Rolle der medizinischen Professionen im Gesundheitswesen ist hier allerdings noch stärker als im Bildungswesen damit zu rechnen, dass das medizinische Modell von Behinderung dominiert. Dazu kommt, dass Kinder mit Behinderung oft regelmäßig und andauernd in medizinischer Behandlung sind und damit von den professionellen Einstellungen des medizinischen Personals besonders betroffen sind. Wenn die Aufmerksamkeit in der medizinischen Behandlung auf seine

Defizite gerichtet ist, die es zu beseitigen bzw. zu vermindern gilt, wird sich ein Kind mit Behinderung selbst als defizitär erfahren. Wie wir gesehen haben, kann eine solche Defizitorientierung die personale Identität von Kindern mit Behinderung beschädigen. Daher ist es notwendig, wie es sich in der pädagogischen Frühförderung bereits zunehmend durchsetzt (Biewer 2010: 200f.), im Sinne der Ressourcenorientierung an den Potenzialen des Kindes zur Entwicklung seiner Fähigkeiten anzusetzen und dabei seine Stärken zu betonen. Eine solche Orientierung kann aber nur dann erfolgreich sein, wenn sie sich nicht auf bestimmte Felder wie die Bildung und die Gesundheitsversorgung beschränkt, sondern die diskriminierende Defizitorientierung im Verständnis von Behinderung im Sinne der Mobilisierung kultureller Ressourcen generell überwunden wird.

Defizit-orientierung kann die personale Identität beschädigen

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der zu berücksichtigen ist, sind Effekte von Mehrfachdiskriminierung. Dabei können zu den Diskriminierungsfaktoren Behinderung und Kindheit⁹ weitere Diskriminierungsfaktoren kommen wie Geschlecht, sexuelle Orientierung, Migrationshintergrund oder soziale Herkunft. Es ist wissenschaftlich gut belegt, dass Gesundheitsrisiken sozial sehr ungleich verteilt sind (Rosenbrock 1998). Hier kann die Stärkung der Ressourcen der Familien und der sozialen Netzwerke – etwa durch kultursensible Elternberatung – Abhilfe schaffen. Insbesondere die Gemeinwesenarbeit, die in der sozialen Arbeit große Popularität genießt (Galuske 2009, siehe auch Beitrag Namuth et al., in diesem Band), kann zur Stärkung von Ressourcen eingesetzt werden. Dies hat gegenüber einzelfallbezogener Arbeit (Hilfe zur Erziehung in Form von Einzelfallhilfen, Elternberatung etc.) den Vorteil, dass sie kollektiviert statt individualisiert. Gruppenbezogene Hilfe wird weniger als diskriminierend empfunden, kann besser angenommen werden und wirkt nachhaltig, wenn dadurch soziale Lernprozesse (sog. „Peer-Learning“) angestoßen werden (Geene 2012). Auf diese Weise können potenzielle Interessenskonflikte aufgefangen und Widerstände hinsichtlich der Zielsetzung der freiheitlichen und gleichberechtigten Inklusion von Menschen mit Behinderung überwunden werden.

Mehrfach-diskriminierung

Ressourcen-stärkung durch kultursensible Elternberatung

Peer-Learning

⁹ Dabei geraten auch Fragen in den Blick, die mangels sozialer Auseinandersetzung bislang kaum in breitem Bewusstsein sind, wie die Benachteiligungen von Kindern gegenüber Erwachsenen (sog. „Adulthoodismus“, Geene et al. 2011: 14ff.).

**AIDS-
Prävention als
Modellfall der
Community-
Orientierung**

Ein immer wieder genanntes Musterbeispiel der Gesundheitsförderung durch soziale Netzwerke ist die AIDS-Prävention. Als in den 1980er Jahren mit AIDS eine neue Infektionskrankheit diagnostiziert wird, entsteht spontan eine breite Selbsthilfebewegung v. a. aus Mitgliedern der Hauptbetroffenengruppe der schwulen Männer. Homosexualität steht zu diesem Zeitpunkt noch auf der Krankheitsliste der WHO und ist auch innerhalb der bundesdeutschen Gesellschaft stark diskriminiert und marginalisiert. Gerade das Fehlen jeglichen medizinischen Betreuungsansatzes sorgt dann aber für Freiraum und Kreativität innerhalb der Schwulenszene, die sich zunächst im Sinne des Community-Organizings um den Aufbau eigener Kommunikationsstrukturen bemüht (Geene 2000). Sie ist deshalb eine Erfolgsgeschichte, weil sich starke soziale Bewegungen, hier die Schwulenszene und die AIDS-Hilfen, darauf konzentriert haben, Wissen über die Lebensbedingungen mit einer nicht heilbaren Krankheit zu schaffen und zu verbreiten und sie über ihr politisches Engagement gesellschaftliche und kulturelle Ressourcen in erheblichem Umfang mobilisieren konnten (Rosenbrock et al. 2003). Dank der Community-Orientierung der AIDS-Prävention ist nicht nur die Zahl der Neuerkrankungen eingedämmt worden, sie hat zugleich zu einer gestärkten Schwulenenemanzipation geführt und den Betroffenen eine Perspektive gegeben, wie sie mit der Krankheit möglichst gut leben können (ausführlich: Geene 2000). Analog dazu ist es ausgesprochen sinnvoll, mit der Community-Orientierung unter Einbezug der Behindertenselbsthilfe die persönlichen und gemeinschaftlichen Ressourcen zu stärken, um Kindern mit Behinderung ein selbstbestimmtes Leben inmitten der Gesellschaft zu ermöglichen und dabei zugleich die Behindertenfeindlichkeit in der Gesellschaft abzubauen.

**Behinderten-
hilfe und
Community-
Orientierung
für ein selbst-
bestimmtes
Leben**

**Behinderten-
feindlichkeit in
der Gesellschaft
abbauen**

6 Fazit

Die freiheitliche und gleichberechtigte Inklusion von Menschen mit Behinderung ist heute nicht mehr nur Wunschenken von Behindertenaktivist/innen und fortschrittlichen Pädagog/innen, sondern durch die UN-Behindertenrechtskonvention völkerrechtlich verbindlich. Ihre konsequente Umsetzung bringt allerdings Herausforderungen mit sich, die nicht ohne Weiteres zu bewältigen sind. Zunächst muss

aus der historischen Erfahrung gelernt werden, dass ein defizitorientiertes Verständnis von Behinderung zusammen mit Spezialpädagogiken statt zur Defizitentschärfung tatsächlich sogar zur Ausgrenzung von Kindern mit Behinderung beigetragen hat. Eine inklusive Pädagogik für alle, die die Kenntnisse und Ressourcen der Spezialpädagogiken integriert, ist als Konzept wissenschaftlich und praktisch fundiert und international vereinbart. Aktuell scheint vor dem Hintergrund der bildungspolitischen Debatten insb. die konsequente Umsetzung des Konzepts der inklusiven Bildung hin zu einer Schule für alle besonders schwierig zu sein. Genau betrachtet ist das eher nicht überraschend. Für eine kurzfristig agierende Politik müssen die Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention geradezu illusorisch erscheinen. Doch die Herausforderungen einer konsequenten Umsetzung der Konvention können bewältigt werden, wenn persönliche, familiäre, gemeinschaftliche, gesellschaftliche und kulturelle Ressourcen gleichermaßen mobilisiert werden. Die konsequente Inklusion von Kindern mit Behinderung stellt eine Zukunftsaufgabe für die nächsten Jahre und Jahrzehnte dar. Sie kann nicht isoliert in einzelnen Politikfeldern wie der Bildungspolitik bewältigt werden, sondern erfordert eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik, die auf das Ziel der freiheitlichen und gleichberechtigten Inklusion von allen Menschen mit und ohne Behinderung fokussiert.

Forderungen der UN-Konvention wirken auf kurzfristig agierende Politik illusorisch

Persönliche, familiäre, gemeinschaftliche und kulturelle Ressourcen mobilisieren

Literatur

- Aichele, Valentin (2008): *Die UN-Behindertenrechtskonvention und ihr Fakultativprotokoll. Ein Beitrag zur Ratifikationsdebatte*. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte.
- Bielefeldt, Heiner (2009): *Zum Innovationspotenzial der UN-Behindertenkonvention* (3., aktualis. u. erw. Aufl.). Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte.
- Biewer, Gottfried (2010): *Grundlagen der Heilpädagogik und Inklusiven Pädagogik*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Booth, Tony; Ainscow, Mel & Kingston, Denise (2007): *Index für Inklusion (Tageseinrichtungen für Kinder): Spiel, Lernen und Partizipation in der inklusiven Kindertageseinrichtung entwickeln* (2., überarb. Aufl.). Jugendhilfe und Sozialarbeit. Frankfurt: GEW.
- Bösl, Elisabeth; Klein, Anne & Waldschmidt, Anne (Hg.) (2010): *Disability History. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung*. Bielefeld: transcript.
- Butler, Judith (1991): *Das Unbehagen der Geschlechter (Gender Trouble)*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Derman-Sparks, Louise (2007): Anti-Bias Pädagogik: Aktuelle Entwicklungen und Erkenntnisse aus den USA. In: Wagner, Petra (Hg.): *Handbuch Kinderwelten. Vielfalt als Chance – Grundlagen einer vorurteilsbewussten Bildung und Erziehung*. Freiburg: Herder, 239-248.
- Dörner, Klaus (1989): *Tödliches Mitleid*. Gütersloh: Jakob van Hoddis.
- Eurich, Johannes (2008): *Gerechtigkeit für Menschen mit Behinderung. Ethische Reflexionen und sozialpolitische Perspektiven*. Frankfurt: Campus.
- Galuske, Michael (2009): *Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (8. Aufl.). Grundlagentexte Sozialpädagogik/Sozialarbeit. Weinheim: Juventa.

- Geene, Raimund (2000): *AIDS-Politik. Ein Krankheitsbild zwischen Medizin, Politik und Gesundheitsförderung*. Frankfurt: Mabuse.
- Geene, Raimund (2012): Communityorientierung und Diversityansatz – Zum inneren Verständnis sozialer Ungleichheiten. In: Gold, Carola & Lehmann, Frank (Hg.): *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Gesundheitsförderung konkret, Band 17. Köln: BZgA, 164-170.
- Geene, Raimund; Klundt, Michael; Lubke, Melanie et al. (2011): *Die Stendaler Kinder-Uni. Ein kindheitswissenschaftliches Handbuch*. Magdeburger Reihe, Band 23. Halle (Saale): Mitteldeutscher Verlag.
- Graumann, Sigrid (2011): *Assistierte Freiheit. Von einer Behindertenpolitik der Wohltätigkeit zu einer Politik der Menschenrechte*. Frankfurt: Campus.
- Greitemeyer, Tobias (2008): Sich selbsterfüllende Prophezeiungen. In: Petersen, Lars-Eric & Six, Bernd (Hg.): *Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung. Theorien, Befunde und Intervention*. Weinheim: Beltz, 80-87.
- Haug, Peter (2011): Inklusion als Herausforderung der Politik im internationalen Kontext. In: Kreuzer, Max & Ytterhus, Borgunn (Hg.): *„Dabeisein ist nicht alles“. Inklusion und Zusammenleben im Kindergarten* (2. Aufl.). München: Reinhardt, 36-51.
- Hinz, Andreas (2002): Von der Integration zur Inklusion – terminologisches Spiel oder konzeptionelle Weiterentwicklung. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik* 53 (9), 354-361. Verfügbar unter <http://bidok.uibk.ac.at/library/hinz-inklusion.html> [24.02.13].
- Hirschberg, Marianne (2009): *Behinderung im internationalen Diskurs. Die flexible Klassifizierung der Weltgesundheitsorganisation*. Frankfurt: Campus.
- Hunt, Paul & Mesquita, Judith (2006): Mental Disabilities and the Human Right to the Highest Attainable Standard of Health. In: *Human Rights Quarterly* 28 (2), 332-356.
- Jacobs, Kurt (2009): *Die UN-Konvention für die Rechte behinderter Menschen – Ein visionärer Meilenstein und Paradigmenwechsel in der Behindertenpolitik*. Verfügbar unter <http://www.hofheim.de/stepone/data/downloads/75/05/00/UNKonv.pdf> [24.02.13].
- Kobi, Emil E. (1993): *Grundfragen der Heilpädagogik. Eine Einführung in heilpädagogisches Denken*. Bern: BHP Berufs- und Fachverband.
- Krause, Anke (2007): Persona Dolls – mit Kindern Dialoge über Ausgrenzung und Diskriminierung eröffnen. In: *Kinder in Europa* 13, 24-26.
- Mattner, Dieter (2000): *Behinderte Menschen in der Gesellschaft. Zwischen Ausgrenzung und Integration*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Nicklas-Faust, Jeanne (2004): Auswirkungen der Gesundheitsreform auf chronisch kranke Patienten und Menschen mit Behinderung. In: Graumann, Sigrid & Grüber, Katrin (Hg.): *Patient – Bürger – Kunde. Soziale und ethische Aspekte des Gesundheitswesens*. Münster: LIT, 115-130.
- Reinders, Hans S. (2008): *Receiving the Gift of Friendship. Profound Disability, Theological Anthropology, and Ethics*. Cambridge: Grand Rapids.
- Rommelspacher, Birgit (1999): Behindernde und Behinderte. Politische, kulturelle und psychologische Aspekte der Behindertenfeindlichkeit. In: dies. (Hg.): *Behindertenfeindlichkeit. Ausgrenzungen und Vereinnahmungen*. Göttingen: Lamuv, 7-35.
- Rosenbrock, Rolf (1998): *Die Umsetzung der Ottawa-Charta in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit*. Berlin: WZB.
- Rosenbrock, Rolf; Schaeffer, Doris; Moers, Martin et al. (2003): Die Normalisierung von Aids in Westeuropa. Der Politik-Zyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit. In: Rosenbrock, Rolf & Schaeffer, Doris (Hg.): *Die Normalisierung von Aids. Politik – Prävention – Krankenversorgung. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung*, Band 23. Berlin: edition sigma, 11-70.
- Schnabl, Christa (2005): *Gerecht sorgen. Grundlagen einer sozialetischen Theorie der Fürsorge*. Fribourg: Herder.
- Stuber, Michael (2009): *Diversity. Das Potenzial-Prinzip. Ressourcen aktivieren – Zusammenarbeit gestalten*. Köln: Luchterhand.
- Taylor, Charles (1992): The Politics of Recognition. In: Taylor, Charles & Gutmann, Amy (Hg.): *Multiculturalism and "The Politics of Recognition"*. Princeton: Princeton University Press, 25-74.
- UN United Nations (2006/2009): *Übereinkommen über die Rechte behinderter Menschen*. Schattenübersetzung hrsg. vom Netzwerk Artikel 3 e.V. Berlin.
- UNESCO United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (1994): *Die Salamanca Erklärung und der Aktionsrahmen zur Pädagogik für besondere Bedürfnisse*. New York. Verfügbar unter <http://bidok.uibk.ac.at/library/unescosalamanca.html> [24.02.13].
- Vojtová, Věra; Bloemers, Wolf & Johnstone, David (2006): *Pädagogische Wurzeln der Inklusion – Pedagogical roots to inclusion*. Berlin: Frank & Timme.
- WHO World Health Organization (1986/2001): Die Ottawa-Charta. In: Geene, Raimund & Denzin, Christian (Hg.): *Berlin – Gesunde Stadt? Die Diskussion um das Healthy City-Programm* (5. Aufl.). Berlin: Schöningh, 339-344.
- Wernstedt, Rolf & John-Ohnesorg, Marei (Hg.) (2010): *Inklusive Bildung. Die UN-Konvention und ihre Folgen*. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- ZEKO Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2010): Die neue UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung als Herausforderung für das ärztliche Handeln und das Gesundheitswesen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 107 (7), A297-A300.

Romy Schulze, Antje Richter-Kornweitz, Michael Klundt,
Raimund Geene

Kinderarmutsforschung im Wandel: Entwicklung, Ergebnisse, Schlussfolgerungen

1 Kinderarmutsforschung in Deutschland

In der öffentlichen und wissenschaftlichen Wahrnehmung in der BRD ist Kinderarmut ein noch relativ junges Phänomen, erstmals von Richard Hauser (1989) in Abgrenzung zur jahrzehntelang dominierenden Altersarmut mit dem Begriff einer „Infantilisierung der Armut“ skizziert und später von Christiane Dienel (2002) als „Familiarisierung der Armut“ präzisiert. Der Begriff „Kinderarmut“ steht kurz für die Folgen von Armut für Kinder (Holz 2010). Armut bezeichnet dabei mehr als finanzielle Armut, wenngleich die aktuelle Klassifizierung im Sinne von „relativer Armut“ auf eben diese finanziellen Verhältnisse aufbaut. Unter relativer Armut von Kindern ist zu verstehen, dass es den in Armut lebenden Kindern im Vergleich zur durchschnittlichen Ausstattung der Gleichaltrigen in der deutschen Gesellschaft an finanziellen, kulturellen und sozialen Ressourcen¹ und Teilhabemöglichkeiten mangelt. Relative Armut bezeichnet somit soziale Ungleichheit in Relation zu gesellschaftlichen Versorgungsstandards und die damit einhergehende soziale Exklusion – im Gegensatz hierzu ist bei der absoluten Armut die lebensnotwendige Minimalausstattung mit Ressourcen zum physischen Überleben nicht gewährleistet (Chassé et al. 2005). Die Erforschung der Kinderarmut (kurz: Kinderarmutsforschung) beschäftigt sich mit der spezifischen Armutsbetroffenheit von Kindern und Jugendlichen in armutsgeprägten Lebensverhältnissen – also wie Kinder und ihre Familien ihre jeweilige spezifische Armutssituation erleben und bewältigen (Richter 2000; Zander et al. 2003) – und versucht, die Multidimensionalität von Kinderarmut zu erfassen.

**Infantilisierung
bzw. Familia-
risierung der
Armut**

**Begriff
Kinderarmut
steht für die
Folgen von
Armut von
Kindern**

**Kinderarmuts-
forschung
beschäftigt sich
mit Ausprägun-
gen, Erleben
und der Mehr-
dimensionalität
von Kinder-
armut**

¹ Ressourcen sind zu verstehen als „aktuell verfügbare Potenziale [...], die die Entwicklung unterstützen“ (Richter-Kornweitz 2010b: 94) und damit über den weiteren kindlichen Entwicklungsverlauf entscheiden.

**Ungleichheits-
und sozio-
logische Kind-
heitsforschung
als Wurzeln der
Kinderarmuts-
forschung**

**Ältere,
Menschen mit
Behinderung
und chronisch
Kranke als
klassische
Armutsgruppen**

1.1 Entwicklung der Kinderarmutsforschung

Die Kinderarmutsforschung hat sich aus der Ungleichheitsforschung sowie aus der Neuen Soziologischen Kindheitsforschung entwickelt. Im Vergleich zu anderen Industrienationen ist dieser Forschungszweig in Deutschland recht jung, erst seit ca. 2000 wird sie intensiv betrieben². In den 1980er Jahren wird in der BRD in ersten Studien ermittelt, dass sich das Armutsrisiko zunehmend auf die jüngeren Mitglieder der Gesellschaft verschiebt (Andresen & Fegter 2009). Zu den bis dahin ‚klassischen‘ Armutsgruppen der Älteren sowie Menschen mit Behinderung oder chronischen Erkrankungen treten neue Gruppen von armen Menschen hinzu, davon v. a. Kinder (Chassé et al. 2005). Nach Zander (2009) wird Kinderarmut, d. h. die spezifische Armutsbetroffenheit der Kinder, zu dieser Zeit allerdings noch kaum als eigenständiges Problem und Forschungsfeld erkannt und thematisiert. Die Neue Soziologische Kindheitsforschung beginnt zwar mit Untersuchungen zu Kindern als eigenständigen Subjekten, aber kaum zu von Armut geprägten kindlichen Lebenslagen. Die sozialwissenschaftliche Ungleichheitsforschung wiederum beschäftigt sich in dieser Zeit zwar mit der Armut von Familien, ohne dabei aber Kinder als spezifische Subjekte mit ihrer ganz eigenen Armutsbetroffenheit wahrzunehmen. Kinder werden stattdessen lediglich als Angehörige armer Haushalte und als Auslöser von familiären Armutslagen betrachtet (Richter 2000; Chassé et al. 2005; Zander 2009).

Nach Zander (2009) ändert sich dies mit der Sozialberichterstattung in den 1990er Jahren, die in einer langsamen und späten Welle die vom damaligen CDU-Generalsekretär und späteren Bundesgesundheitsminister Heiner Geißler (1980) in den 1970er Jahren aufgeworfene These einer „Neuen Sozialen Frage“ zu untermauern scheint (vgl. dazu kritisch: Klundt 2008: 34f.). Erst gegen Ende der 1980er Jahre wird – im Zuge der empirisch nachgewiesenen Verschiebung des Armutsrisikos auf Kinder und Familien – von „neuer

² In den USA gibt es bspw. schon eine längere Forschungstradition zu Kinderarmut. Für eine ausführliche und detaillierte Nachzeichnung der Entwicklung der gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Kinderarmut in Deutschland vgl. Zander (2009: 93-131), Kap. 3 „Von der Kinderarmutsforschung hin zur Resilienzperspektive“. An dieser Stelle kann nur ein überblicksartiger Abriss zur Entwicklung des Forschungszweiges gegeben werden.

Armut“ sowie von Kinderarmut gesprochen (Reißbladt & Nollmann 2006: 24)³. Die Bundesregierung steht aber bis zum Ende des nächsten Jahrzehnts auf dem Standpunkt, dass es in Deutschland keine Armut gäbe, was sich speziell in der Zurückweisung des 10. Kinder- und Jugendberichts durch die damalige Bundesfamilienministerin Claudia Nolte im Herbst 1998 manifestiert (Franke et al. 1999)⁴. Mit der rotgrünen Bundesregierung 1998 ändert sich dieser Blickwinkel, erstmals wird ein nationaler Bericht über die Armuts- und Reichtumssituation der Bundesrepublik in Auftrag gegeben (Struck & Müller 1999). Kinderarmut wird damit zunehmend sowohl gesellschaftlich als auch sozialpolitisch und sozialpädagogisch als brisantes Thema wahrgenommen. Dies wiederum regt die Forschung dazu an, sich empirisch mit Kindern und deren spezifischer Armutsbetroffenheit und -bewältigung zu beschäftigen. Mittlerweile findet sich eine kaum zu überblickende Vielzahl an Publikationen zu Kinderarmut, welche, auch aus verschiedenen Blickwinkeln unterschiedlicher Disziplinen, Kinder- und Jugendarmut, deren Ursachen und Auswirkungen sowie politische und gesellschaftliche Handlungsmöglichkeiten systematisch erörtern (so Mielck 2000, 2005; Chassé et al. 2005; Butterwege et al. 2008; Geene & Gold 2009; Zander 2009; Holz & Richter-Kornweitz 2010; Hurrelmann & Andresen 2010).

Obwohl sich die Kinderarmutsforschung z. T. inhaltlich auf die Neue Soziologische Kindheitsforschung bezieht, gibt es doch, so Zander (2009), zwischen beiden Forschungssträngen grundsätzliche Unterschiede hinsichtlich ihrer Betrachtung von Kinderarmut. In der Neuen Soziologischen Kindheitsforschung (siehe auch Kloss et al., in diesem Band) ist Armut lediglich ein Randthema und wird als aktuelles Symptom der Ressourcenverteilung im Rahmen des intergenerationalen Machtverhältnisses untersucht. In der Kinderarmutsforschung dagegen liegt der Fokus auf Kinderarmut als spezifischer Lebenslage einzelner Kinder, deren ungleiche sozialstrukturelle Positionen miteinander verglichen werden. Die Neue Soziologische

Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung ab 2000

Kinderarmuts- und Neue Soziologische Kindheitsforschung

³ Klaus Lompe (1987) hat wichtige Nachweise geliefert zur neuen Armut, deren Betroffene im Vergleich zu den bis dahin klassischen Armutsgruppen in der Regel jung und arbeitsfähig, aber arbeitslos sind.

⁴ Durch die Auszahlung von Sozialhilfe an Bürger/innen, die ihren Lebensunterhalt aus eigener Kraft nicht aufbringen können, werde Armut verhindert und sei mithin nicht existent, so die damalige Argumentation (ebd.).

**Zusammenhang
zwischen
sozialer Lage
und Gesundheit**

Kindheitsforschung – verbunden mit der zumindest verbalen Anerkennung von Kinderrechten und dem begonnenen Übergang von der Objekt- zur Subjektperspektive in der UN-Kinderrechtskonvention von 1989 – hat den entscheidenden Anstoß dazu gegeben, Kinder auch innerhalb der Ungleichheitsforschung als eigenständige Individuen mit dem Recht auf ein Leben ohne Armut sowie eigenen Ansprüchen zu verstehen und Kinderarmut damit als besondere Form von Armut zu behandeln (Chassé et al. 2005; Zander 2009).

Eine wichtige Schnittstelle zeigt sich hier auch zur Sozialepidemiologie, die soziale Ungleichverteilung und die sozialen Determinanten von Gesundheit erforscht (Berkman & Kawachi 2000). Mielck und Bloomfield (2001) untermauern bspw. die Korrelation zwischen Gesundheitszustand und benachteiligenden sozialen Faktoren in ihrem gleichnamigen Sammelband. Der bedeutende Zusammenhang zwischen ökonomischer Lebenslage und Gesundheit wird insb. auf den seit 1995 jährlich in Berlin stattfindenden Kongressen zu Armut und Gesundheit herausgestellt (Geene & Halkow 2004; Mielck 2005)⁵. Auch hier gibt es in den vergangenen Jahren eine verstärkte Orientierung auf das subjektive Erleben sozialer Benachteiligung, deutlich u. a. an der zunehmenden Ausdifferenzierung des Armutsbegriffs im Sinne Bourdieus⁶ nach materiellem, kulturellem und sozialem Kapital (vgl. auch Kloss et al., in diesem Band).

1.2 Kinderarmutforschung: Konzepte und Begriffe

Zur Untersuchung der spezifischen Armutsbetroffenheit von Kindern und Jugendlichen hat die Kinderarmutforschung verschiedene, von anderen Forschungssträngen entwickelte Konzepte übernommen. Ein Ansatz, der den Fokus vorrangig auf die Erfassung der Armutsbevölkerung legt, ist der sog. *Ressourcenansatz*, bei welchem insb. die

⁵ Für nähere Informationen zu den Kongressen sowie Publikationen und Pressemitteilungen siehe Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., verfügbar unter www.gesundheit-bb.de [24.02.13] sowie die Datenbank der BZgA zum Kooperationsverbund www.gesundheitliche-chancengleichheit.de [24.02.13].

⁶ Pierre Bourdieu (1979/1999) hat herausgearbeitet, dass es neben dem ökonomischen noch weitere wichtige Kapitalien gibt, die das Leben der Menschen maßgeblich bestimmen: das kulturelle und das soziale Kapital. Diese verschiedenen Kapitalformen sind in der Gesellschaft unterschiedlich verteilt und strukturieren damit den sozialen Raum in verschiedene soziale Klassen (Butterwegge et al. 2008).

familiäre Einkommensarmut als Grundlage zur Erfassung von Kinderarmut herangezogen wird. Hier werden entweder der elterliche Sozialhilfe- oder ALG-II-Bezug oder eine bestimmte Höhe des Erwerbseinkommens der Eltern als Indikatoren für kindliche Armutslagen verwendet (Butterwegge et al. 2008). Einkommensarmut wird dabei nach Prozentsätzen („Armutsgrenzen“) gestaffelt betrachtet: Familien, deren Einkommen weniger als 40 % des nationalen Einkommensniveaus beträgt, leben in strenger Einkommensarmut, Familien mit weniger als 50 % in mittlerer Einkommensarmut. Familien mit einem Einkommen unter 60 % des nationalen Einkommensniveaus beziehen ein Niedrigeinkommen, während Familien mit 75 % oder weniger in prekärem Wohlstand leben (Holz et al. 2005). Kritisiert wird an diesem Konzept, dass es eindimensional und nur begrenzt aussagekräftig sei, da nur die finanziellen Ressourcen der Betroffenen betrachtet werden. Tatsächlich beantragen und empfangen nicht alle Anspruchsberechtigten Sozialleistungen, ein Teil der in Armut lebenden Bevölkerung bleibt bei Betrachtungen nach diesem Kriterium also unberücksichtigt. Zum anderen spielt das Einkommen der Familie zwar eine Schlüsselrolle für den Zugang zu vielen anderen Ressourcen, ist aber nicht der alleinig bestimmende Faktor kindlicher Lebenslagen. Zudem berücksichtigt dieser Ansatz nicht, wie viel vom Familieneinkommen tatsächlich beim Kind ankommt und in welchen anderen wichtigen Lebensbereichen es eingeschränkt und benachteiligt ist (Butterwegge et al. 2008).

Hier ermöglicht der *Lebenslagenansatz* eine mehrdimensionale und differenzierte Erfassung der Lebenslagen und komplexen sozialen Realitäten von Kindern, da bei diesem Konzept das Versorgungsniveau in unterschiedlichen, für ein angemessenes Leben wichtigen kindlichen Lebensbereichen betrachtet wird. Zu diesen Lebensbereichen gehören u. a. das familiäre Einkommen, Gesundheit, Ernährung, die Wohnsituation, Bildung, soziale Integration und die soziokulturelle Teilhabe der Kinder (Richter 2000; Chassé et al. 2005; Holz et al. 2005; Butterwegge et al. 2008). Eingeführt werden dieser Ansatz und der Begriff der „Lebenslage“ von Otto Neurath (1931/1981: 512), die grundlegende Definition stammt aber von Gerhard Weisser (1956): Die Lebenslage ist nach Weisser ‚jener ‚Spielraum‘, [den] einem Menschen (einer Gruppe von Menschen) die ä-

Ressourcenansatz bezieht sich auf Einkommensgrenzen als wichtiger, aber eindimensionaler Parameter

Lebenslagenansatz zur mehrdimensionalen Erfassung von Lebenslagen und Realitäten

Spielraumkonzept nach Weisser

ßeren Umstände nachhaltig für die Befriedigung der Interessen [bieten], die den Sinn seines Lebens bestimmen“ (ebd.: 986). Es handelt sich also um den von äußeren Rahmenbedingungen objektiv vorgegebenen und subjektiv wahrgenommenen Spielraum eines Individuums. Diese individuelle Lebenslage eines Menschen soll es ihm ermöglichen, sowohl seine grundlegenden als auch seine Lebenssinn stiftenden Bedürfnisse zu befriedigen – ist dies nicht gegeben, lebt die bzw. der Betroffene in Armut (Butterwegge et al. 2008).

5 Spielräume in Nahnsens Lebenslagen- konzept

Ingeborg Nahnsen hat das Lebenslagenkonzept in den 1970er Jahren wieder aufgenommen und konkretisiert. Ihr Anliegen ist es, den Ansatz praktisch anwendbar zu machen; um dies zu erreichen, orientiert sie sich an menschlichen Grundbedürfnissen in verschiedenen Lebensbereichen (Chassé et al. 2005; Zander 2009). Nahnsen hat dazu fünf Spielräume zur Erfassung dieser menschlichen Grundbedürfnisse herausgearbeitet, die auch auf Kinder angewendet werden können (Butterwegge et al. 2008; Zander 2009):

1. Der *Einkommens- und Versorgungsspielraum* erfasst die materielle (Grund-)Versorgung des Kindes.
2. Im *Lern- und Erfahrungsspielraum* werden die emotionalen, kognitiven und sozialen Entfaltungsmöglichkeiten des Kindes betrachtet.
3. Der *Kontakt- und Kooperationsspielraum* erfasst die kindlichen Möglichkeiten zur Knüpfung und Pflege sozialer Kontakte (Freund/innen, Spielkamerad/innen).
4. Der *Muße- und Regenerationsspielraum* beschäftigt sich mit Erholungsmöglichkeiten von Kindern sowie der Förderung von kindlichen Fähigkeiten und Neigungen.
5. Der *Entscheidungs- und Dispositionsspielraum* befasst sich mit den tatsächlichen Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten des Kindes sowie damit, dass das Kind und dessen spezifische Meinungen und Bedürfnisse ernst zu nehmen sind⁷.

Die Ausstattung der einzelnen Spielräume mit Ressourcen bildet die Lebenslage eines Menschen ab, welche die individuellen Handlungs-

⁷ Eine interessante Differenzierung zur Übertragung des Lebenslagen- bzw. Spielräumekonzeptes auf die spezifische Betroffenheit von Kindern haben Chassé et al. (2005: 52ff.) vorgenommen.

spielräume der Betroffenen vorstrukturiert – nach Nahnsen stellt die individuelle Lebenslage eines Menschen dessen sog. „Lebensgesamtchance“ dar (Chassé et al. 2005). Die im gesellschaftlichen Vergleich durchschnittliche Ausstattung der einzelnen Spielräume kann als „gesellschaftliche Normalität“ (Zander 2009: 113) definiert werden, wonach Armut eine unter dem Durchschnitt liegende Versorgung an Spielräumen bedeutet (Chassé et al. 2005). Zu beachten ist, dass die im Konzept vorgenommenen Abgrenzungen rein analytisch sind. In der Realität gibt es Interdependenzen und Verknüpfungen zwischen den einzelnen Spielräumen sowie zwischen den darin enthaltenen Variablen. Die Lebensbereiche funktionieren nicht getrennt voneinander, sondern wirken interaktiv zusammen (ebd.).

Ein ähnlicher, in gewisser Weise weiter entwickelter Ansatz mit höherer Abstraktion ist der *Capabilities Approach* bzw. das *Konzept der Verwirklichungschancen* nach Amartya Sen (Ziegler & Otto 2010; Bittlingmayer 2011; Keupp 2012; vgl. auch Geene, Lehmann et al., in diesem Band), der sich mit vorstrukturierten Möglichkeits- und Freiheitsräumen von Menschen beschäftigt. Dieser Ansatz unterscheidet zwischen Functionings – elementaren Grundbedürfnissen wie etwa einem Zuhause, ausreichender Ernährung, Gesundheit, sozialen Beziehungen und Anerkennung – und Capabilities, d. h. Verwirklichungschancen, die nicht nur die angestrebte Befriedigung der Functionings gestatten, sondern dabei auch Möglichkeiten der Selbstentfaltung und der Wahl eines eigenen, nach subjektiver Konzeption Wohlbefinden stiftenden Lebensweges bieten (Andresen et al. 2010). Das Vorhandensein von Capabilities in ausreichendem Maß ist die Bedingung für individuelles Wohlbefinden und ein gutes Leben, Armut ist in diesem Sinne durch verweigerter bzw. fehlender Verwirklichungschancen gekennzeichnet (Ludwig-Mayerhofer 2004; Zander 2009). Der Kinderarmutsforschung gibt dieser Ansatz die Frage auf, welche Bedingungen, Fähigkeiten und Freiheiten Kinder benötigen, um ein gutes Leben zu realisieren, wie Keupp (2012: 174f.) in seiner Anwendung auf Gesundheitsförderung skizziert.

Amartya Sens Konzeption der Verwirklichungschancen hat Martha Nussbaum (2010) aufgegriffen und weiterentwickelt zu einer *Lis-*

Durchschnittliche Lebensgesamtchance als gesellschaftliche Normalität

Ansatz der Verwirklichungschancen unterscheidet nach Capabilities und Functionings

Nussbaums Liste des guten Lebens

Capabilities als Rechte, nicht als Pflichten

te des guten Lebens mit zehn Capabilities bzw. Fähigkeiten⁸. Hier werden konkrete personale und soziale Rahmenbedingungen vorgegeben, die als Grundbedingungen dafür gelten können, ein gutes Leben, also ein Leben nach eigenen Wünschen und Bedürfnissen, zu führen. Obwohl es Nussbaum dabei wichtig ist, dass die Capabilities als Rechte und nicht als Pflichten definiert werden, dass also jeder Mensch seine eigene Konzeption des guten Lebens wählen darf, wird die Liste aufgrund ihrer Normativität und ihres universalistischen Anspruchs kritisiert. Entgegen dieser Kritik kommt Mario Biggeri bei seinen Untersuchungen mit Jugendlichen zu dem Ergebnis, dass deren Vorstellungen von einem guten Leben an Nussbaums Liste anchlussfähig sind (Andresen & Fegter 2009; Andresen et al. 2010).

Dynamische Armutsforschung als Perspektivwechsel von der Quer- zur Längsschnittanalyse

Ein weiteres Armutskonzept ist die *dynamische bzw. lebenslauftheoretische Armutsforschung* der Bremer Forschungsgruppe „Sozialhilfekarrieren“ um Stephan Leibfried (et al. 1995). In diesem Ansatz wird Armut episodisch betrachtet, d. h. nicht als Zustand oder Eigenschaft, sondern als ein (oder mehrere) kurzer oder längerer Abschnitt im Leben der Betroffenen. Dieses Armutskonzept nimmt einen Perspektivenwechsel von der Querschnitts- zur Längsschnittanalyse vor, was für die Erfassung der Armutsfolgen und Armutsbetroffenheit in diversen Lebensbereichen notwendig ist. Die Forscher/in-nen kommen zu dem Ergebnis, dass es neben den in Langzeitarmut lebenden Menschen auch Personen gibt, die nur kurz oder immer wieder in Armut hineingeraten, aber auch wieder herauskommen, dass es also verschiedene Verlaufsformen von bzw. Lebensphasen in Armut gibt. Ein zweiter wichtiger Aspekt der dynamischen Armutsforschung ist die Betrachtung der in Armut lebenden Menschen als handelnde Subjekte, die aktiv ihr Leben gestalten und mit ihrer Armutssituation auf eine bestimmte Art und Weise umgehen (Leisering 1993). Damit setzt das Bremer Forschungsprojekt einen gegensätzlichen Akzent zu der verbreiteten und in Querschnittstudien, sofern sie nach intergenerativen Belastungen fragen, mit statistischer Signifikanz nachweisbaren Beobachtung, dass Armutslagen in festen und konstanten Milieus verortet sind (u. a. Mielck

⁸ Zur ausführlichen Darstellung, Anwendung und Diskussion der einzelnen Fähigkeiten, die auf der Liste des guten Lebens nach Nussbaum aufgeführt sind, siehe Andresen und Fegter (2009: 28) sowie Andresen et al. (2010: 51).

2000). Vielmehr thematisiert der Ansatz eventuell bestehende Möglichkeiten der persönlichen Beeinflussung von Verlauf, Dauer und Ausstieg aus der Armut sowie Begünstigung sozialer Determinanten von Gesundheit (vgl. auch Weyers 2012). Die tatsächlich hohe Dynamik von Familien in und aus Armutslagen wird in der AWO-ISS-Studie, die den Längsschnittimpuls der Bremer Forscher aufgenommen hat, herausgearbeitet (Holz et al. 2005; Richter-Kornweitz 2010a). Auch Zander (2009) weist darauf hin, dass Armut kein statischer Zustand ist und dass zwischen Kurz- und Langzeitarbeit unterschieden werden sollte, da die zeitliche Dauer der Armutslage deren quantitative und qualitative Auswirkungen beeinflusst.

Der Ansatz der dynamischen Armutsforschung stößt aber auch auf Kritik. Butterwegge et al. (2008) warnen davor, dass der lebenslauftheoretische Ansatz die Gefahr berge, gesellschaftliche Ungleichheit zu individualisieren und auf selbstverschuldete Einzelschicksale zu reduzieren: Armut werde als „Armutskarriere“ (ebd.: 130) in, durch und aus der Sozialhilfe biografisiert, während politische, wirtschaftliche und soziale Entstehungszusammenhänge von Armut aus dem Blick geraten (Richter-Kornweitz 2010a). Kritisiert wird des Weiteren, dass durch die Fokussierung auf die Transitorität und subjektive Verarbeitung von Sozialtransferbezügen der Ausstieg aus der Armut scheinbar prinzipiell möglich sei und damit die prekäre Lebenslage der Langzeitarbeit sowie die intergenerative Dimension von Armut aus dem Blick verloren gehe (Butterwegge et al. 2008; Richter-Kornweitz 2010a). Tatsächlich kann gezeigt werden, dass immerhin 17 % der untersuchten Kinder der AWO-ISS-Langzeitstudie dauerhaft in Armut leben, dass bereits arme Kinder eine eher negative weitere Armutsentwicklung aufweisen und dass das Aufwachsen in Langzeitarbeit die betroffenen Kinder besonders benachteiligt (Holz et al. 2005; Holz 2010; Richter-Kornweitz 2010a) – für diese Kinder scheint sich Armut im weiteren Lebensverlauf zu verfestigen, womit sich ihre Lebenssituationen noch weiter verschlechtern können. „Die intergenerative Verfestigung von Armutslagen und Rigidität sozialer Ungleichheit stellt nach wie vor die Realität dar“, bilanziert Richter-Kornweitz (2010a: 45).

Um Armut und deren Ursachen in höherer Komplexität abzubilden, hat der Kölner Armutsforscher Christoph Butterwegge mit

Kritik an dynamischer Armutsforschung: Banalisierung der Armut als Armutskarriere

**Duale Armuts-
forschung zur
Beleuchtung
der Kom-
plexität von
Armutslagen**

seinen damaligen Kollegen Michael Klundt und Matthias Belke-Zeng im Forschungsverbund „Armut und Kindheit“ den Ansatz der *dualen Armutsforschung* entwickelt. Die Forscher gehen davon aus, dass sich Armut in unterschiedlichen Erscheinungsformen und ursächlichen Kontexten ausdrücke und die duale Armutsstruktur „die direkte Folge der wirtschaftlichen Globalisierung und der damit verbundenen Standortpolitik der Bundesrepublik Deutschland“ (Chassé et al. 2005: 21) sei. Ein vorhandener Arbeitsplatz sei dabei heute keine Versicherung gegen Armut mehr⁹. Aus diesen Gründen, so Butterwegge et al. (2008), betrachtet die duale Armutsforschung Kinderarmut in Deutschland im Zusammenhang mit der Weltmarktdynamik und dem Wandel vom keynesianischen Wohlfahrtsstaat zum neoliberalen Wettbewerbsstaat. Sie will subjektorientierte Handlungsansätze sowie sozialpolitische Handlungsperspektiven herausarbeiten. Im Mittelpunkt der Untersuchungen stehen dabei der nachhaltige Einfluss des Arbeitsmarktan- bzw. -ausschlusses sowie die damit einhergehenden Einkommensunterschiede auf familiäre und kindliche Lebenslagen. Maßgeblich sei dafür die Dualisierung von Armut, d. h. die Betroffenheit von Menschen in Arbeitslosigkeit (der sog. Underclass, bestehend aus Dauerarbeitslosen, Obdachlosen, etc.) und Menschen in Billigjobs (Niedriglohnbeziehende). Zudem betrachtet die duale Armutsforschung die intergenerative Dimension von Armut, d. h. die Verfestigung von Armutslagen über Generationen hinweg (Butterwegge et al. 2008).

1.3 Ressourcenkonzepte aus den Gesundheitswissenschaften

Mehr als andere Bereiche der Ungleichheitsforschung recurriert insb. die Kinderarmutsforschung zunehmend auf ressourcenorientierte Konzepte (vgl. Geene, Lehmann et al., in diesem Band), von denen hier im Folgenden kurz die Ansätze der Salutogenese und der Resilienzförderung vorgestellt werden. Das *salutogenetische Konzept* von Aaron Antonovsky (1997) befasst sich mit der Wider-

⁹ Hier verweisen sie auf das aus den USA seit Längerem und in der BRD seit Kürzerem wieder bekannte Phänomen der sog. „working poor“/Niedriglohnbeziehenden, d. h. der wegen Lohndumping trotz Ausübung regulärer Lohnarbeit Armen bzw. Verarmenden.

standskraft und Handlungsfähigkeit von Menschen. Antonovsky geht davon aus, dass Leben und Existenz von Ungleichgewicht gekennzeichnet sind und man fortwährend mit belastenden Situationen konfrontiert werde. Die Auswirkungen dieser Stressoren auf die betroffene Person seien abhängig davon, wie der bzw. die Betroffene mit dem dadurch hervorgerufenen Spannungszustand umgehe (Eu- bzw. Distress). Im Mittelpunkt dieses Ansatzes stehen daher die Widerstandsressourcen sowie das Kohärenzgefühl einer Person. Widerstandsressourcen sind diejenigen Ressourcen, die ein Mensch mobilisieren kann, um mit Belastungen produktiv umzugehen und Widerstand gegenüber Stressoren aufzubauen, sie stellen „Kraftquellen einer positiven Entwicklung“ dar (BMFSFJ 2009: 57). Diese Ressourcen müssen erkannt, aktiviert und nutzbringend eingesetzt werden. Die Fähigkeit dazu bezeichnet Antonovsky als das Kohärenzgefühl. Es ist „das Ergebnis eines individuellen Lern- und Entwicklungsprozesses hinsichtlich der Sinnhaftigkeit des eigenen Handelns [und] der Verstehbarkeit und der Gestaltbarkeit der eigenen Lebensbedingungen“, es beschreibt also ein generelles Lebensgefühl bzw. eine Handlungsbefähigung, basierend darauf, „was ist, was man hat, was man kann und wozu man fähig ist“ (ebd.: 59). Ein starkes Kohärenzgefühl bzw. die Überzeugung, handlungsfähig zu sein, lässt Menschen flexibel auf Anforderungen reagieren und die angemessenen Ressourcen aktivieren. Es gibt ihnen zudem das Vertrauen in den positiven Ausgang belastender Situationen und lässt sie ihr Leben aktiv beeinflussen und gestalten (ebd.).

Ebenso befasst sich das *Resilienzkonzept* nach Emmy Werner (2007) mit der individuellen Bewältigung von auftretenden Belastungen. *Resilienz* ist die Fähigkeit einer Person, Stress, belastende Lebensumstände sowie biologische, psychologische und psychosoziale Entwicklungsrisiken erfolgreich zu bewältigen, sie kann als ‚seeleische Widerstandskraft‘ gegenüber diversen Belastungen bezeichnet werden (Holz et al. 2005; Zander 2009; Richter-Kornweitz 2012). Für die Kinderarmutsforschung erlangt das Resilienzkonzept Bedeutung, weil es den Determinismus infrage stellt, mit dem sozial benachteiligende Lebenslagen in der externen Wahrnehmung häufig verknüpft werden; d. h. entsprechend angelegte Studien (Holz et al. 2005; Schoon 2006; Werner 2007) können Belege dafür liefern, dass

**Salutogenese:
Stressoren
können durch
Widerstands-
ressourcen zu
Kraftquellen
(Eustress)
werden**

**Resilienz als
Fähigkeit zur
individuellen
Bewältigung
auftretender
Belastungen**

materielle Armut und Unterversorgung in wichtigen Lebensbereichen zwar oft, aber eben nicht immer zu Entwicklungsbeeinträchtigungen bei Mädchen und Jungen führen. Manche Kinder entwickeln sich trotz Einschränkungen positiv, während andere Kinder, die in vergleichbarer materieller Situation und vergleichbaren Belastungen leben, in ihrer Entwicklung zunehmend beeinträchtigt sind. Für die Resilienzforschung ist dies ein gewichtiger Hinweis darauf, dass neben belastenden Risikofaktoren noch andere Größen wirken, deren Zusammenspiel die Kinder befähigen kann, schwierige Lebensumstände angemessen zu bewältigen.

**Resilienz-
konzept
benennt
Risiko- und
Schutzfaktoren**

Ein Risikofaktor ist nach Norman Garmezy (1985) ein „Merkmal [...], das bei einer Gruppe von Individuen, auf die dieses Merkmal zutrifft, die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Störung im Vergleich zu einer unbelasteten Kontrollgruppe erhöht“ (Holz et al. 2005: 151). Allerdings führt das Vorhandensein eines oder mehrerer Risikofaktoren nicht zwangsläufig zu einer negativen Entwicklung. Unter bestimmten Voraussetzungen ist lediglich die Wahrscheinlichkeit einer negativen Entwicklung erhöht. Materielle Armut gilt an sich bereits als Risikofaktor, das tatsächliche Eintreten einer (auch armutsbedingt) negativen Entwicklung ist aber u. a. davon abhängig, ob Risikofaktoren kumulieren, zu welchem Zeitpunkt und mit welcher Dauer sie im Lebensverlauf der bzw. des Betroffenen auftreten und welche subjektive Bedeutung ihnen von der bzw. dem Betroffenen beigemessen wird (Holz et al. 2005; Zander 2009).

Ähnlich verhält es sich mit den Schutzfaktoren. Diese betreffen „psychologische Merkmale des Individuums und Eigenschaften der sozialen Umwelt [...], welche die Auftretenswahrscheinlichkeit psychischer Störungen senken und die Wahrscheinlichkeit eines positiven, gesunden Ergebnisses erhöhen könnten“ (Holz et al. 2005: 151f.). Schutzfaktoren sind mehr als das Gegenteil von Risikofaktoren. Sie sind bereits vor dem Eintreten einer Belastung oder eines Risikos vorhanden und können Stressoren abmildern oder gar aufheben (Richter 2000; Richter-Kornweitz 2010b). Damit haben sie eine Schlüsselrolle für die positive Bewältigung von Stress- und Risikosituationen. Die neuere Resilienzforschung konzentriert sich nun darauf, Schutzfaktoren zu ermitteln, die eine gelingende Bewältigung von Belastungen unterstützen sowie die komplexen Wechselwirkun-

gen sowohl zwischen einzelnen Schutzfaktoren untereinander als auch zwischen Risiko- und Schutzfaktoren zu untersuchen (im Überblick: Bengel et al. 2009).

Bezogen auf Kinderarmut verfolgt die Resilienzforschung zwei Ziele: zum einen das Senken der durch Armut bedingten Belastungen und zum anderen die Förderung von Schutzfaktoren. Beides soll im Zusammenspiel die kindliche Resilienzfähigkeit stärken (Zander 2009). Resilienz ist dabei nicht als individuell vorhandene bzw. fehlende Eigenschaft oder als zeitlich stabile Stressresistenz anzusehen, sondern als eine relative Widerstandskraft, die sich als Ergebnis eines interaktiven Prozesses zwischen Individuum und Umwelt ergibt. Sie manifestiert sich in Verhaltensweisen und Lebensmustern von Menschen, kann sich im persönlichen Entwicklungsverlauf oder mit den Lebensumständen verändern, und muss – da sie sich nur in der Bewältigung von Risiken zeigt – immer wieder neu unter Beweis gestellt werden (Holz et al. 2005; Zander 2009)¹⁰.

**Resilienz:
keine stabile
Eigenschaft,
sondern
relative Wider-
standskraft**

Beispielsweise besteht ein wichtiger Resilienzfaktor darin, sich den eigenen Hilfebedarf einzugestehen, Hilfe zu holen und/oder Hilfe von anderen annehmen zu können. Genau entgegen der weit verbreiteten Ellenbogen-Ideologie sog. Eigenverantwortung bestehen das Ressourcen- und das Resilienzkonzept gerade nicht darin, das individuelle Ertragen unerträglicher Zustände zu propagieren. Vielmehr geht es darum, subjektive Stärken zu ermitteln sowie individuelle und kollektive Bewältigungspraxen zu analysieren, die auf die Regulierung belastender Handlungsbedingungen zielen.

2 Kinderarmutsforschung im Wandel von der Defizit- zur Ressourcenorientierung

Im Blickwinkel verschiedener Fachdisziplinen auf Kindheit und Kinderwelten zeichnet sich ein Perspektivenwechsel ab, der die reine Defizit- und Problemzentrierung durch eine ressourcenorientierte Sichtweise ergänzt. Auch in der Kinderarmutsforschung macht sich diese Entwicklung, für die die Gesundheitsförderung Pionierarbeit

¹⁰ Für einen detaillierten Überblick zum Konzept der Resilienzförderung sowie Risiko- und Schutzfaktoren siehe Richter-Kornweitz (2010b) oder Wustmann (2004).

geleistet hat, bemerkbar. Im Folgenden soll diese neue Sichtweise genauer dargelegt werden.

2.1 Perspektivenwechsel im Forschungszweig

**Subjekt-
orientierung
der Kinder-
und Kindheits-
forschung als
Grundlage zur
Ressourcen-
orientierung**

Grundlegend für den in der Kinderarmutsforschung ankommenden Perspektivenwechsel von der Defizit-, Problem- und Opferperspektive hin zur Ressourcen- und Subjektorientierung ist das sich seit den 1980er Jahren in der Kinder- und Kindheitsforschung verändernde Bild vom Kind. Statt als passive Entwicklungs- und Sozialisationsadressat/innen versteht man Kinder seitdem zunehmend als vollwertige Subjekte und gesellschaftliche Akteur/innen (Hungerland 2008; Andresen & Fegter 2009, in Bezug auf Schweizer 2007). Zu dieser Zeit wurde einer „vorherrschenden erwachsenenzentrierten, auf Entwicklungsziele in der Zukunft gerichteten Perspektive [...] zunehmend eine entgegengestellt, die das ‚Hier und Jetzt‘ des Kindes und den kindlichen Alltag stärker in den Vordergrund rückt“ (Andresen & Fegter 2009: 14). Das Kind wurde in diesem Zuge auch als „kompetenter Informant“ (ebd.; vgl. auch Mey, in diesem Band) seines Lebens und seines subjektiven Erlebens entdeckt, ein Verständnis, das sich zunehmend auch in Kinderarmutdiskursen durchsetzt (Chassé et al. 2005).

**Das Kind als
kompetenter
Informant
seines subjektiven
Erlebens**

Bedeutendes Zeichen des Paradigmenwechsels ist die Aufnahme des Resilienzkonzeptes, der Salutogenese und zuletzt mit dem 13. Kinder- und Jugendbericht (BMFSFJ 2009) und den Studien von Andresen et al. (2009) des Capability Approachs in die Kinderarmutsforschung. Durch die Fokussierung auf bspw. Resilienz mit ihrer ressourcenorientierten Perspektive wird die alleinige Fixierung auf die Risiken von Armutslagen aufgelöst und um eine Untersuchung und Förderung von Schutzfaktoren und positiven Bewältigungsstrategien ergänzt (Richter-Kornweitz 2010b; Zander 2009). Der Capability Approach und die Salutogenese wiederum liefern wichtige Impulse für die Betrachtung der Betroffenen als handelnde Subjekte und Möglichkeiten der Handlungsbefähigung.

Mittlerweile finden sich mehrere Studien, die diese Konzepte aufgegriffen haben und aus einem ressourcen- und subjektorientierten Blickwinkel auf Kinder und Kinderarmut forschen. Zu den ersten

gehörte die AWO-ISS-Langzeitstudie, die von 1997 bis 2005 in drei Erhebungswellen die Folgen von Kinderarmut bei Kindern in der Kita bis zum Ende der Grundschulzeit untersucht hat und gleichzeitig die erste deutsche Langzeitstudie zu Kinderarmut und deren Auswirkungen darstellt (Holz et al. 2005). Während der zweiten Erhebungswelle sind neben den Risiko- auch die Schutzfaktoren analysiert und damit der Blick auf die kindliche Bewältigung von Belastungen gelenkt worden. Damit haben der Perspektivenwechsel und das salutogenetische Konzept Eingang in die Untersuchung der Kinder und ihrer Lebenssituationen gefunden. Diese Langzeitstudie nimmt die betroffenen Kinder als Akteur/innen in ihren Lebenslagen und Expert/innen in eigener Sache wahr, berücksichtigt aber auch deren Entwicklungsrisiken und die Individualität und Heterogenität der kindlichen Lebenslagen, Erfahrungen, Probleme und Ressourcen (Holz et al. 2005).

Für den Paradigmenwechsel in der Kinderarmutsforschung steht auch die Studie von Antje Richter (2000), die für die deutsche Armutsforschung erstmalig die zentrale, subjektorientierte Frage stellt, wie Kinder Armut erleben und bewältigen. Richter arbeitet darin die Belastungen, die aus Unterversorgungslagen entstehen, sowie deren Bewältigung aus der subjektiven Sicht von Grundschulkindern heraus. Dabei hat sie als eine der ersten Kinderarmutsforscher/innen sowohl die salutogenetische Perspektive als auch eine kindzentrierte, vom Familienhaushalt weitgehend unabhängige Kinderarmutsbetrachtung in ihre Erhebung einbezogen (ebd.).

Deutlich kindzentriert ist auch die sog. „Bepanthen-Studie“ zu Spielräumen sozial benachteiligter Kinder: Sie begreift Kinder in armutsgeprägten Lebenslagen als Expert/innen ihrer Situation und stellt ihre Sichtweise zu den Bedingungen und Möglichkeiten für ein gutes Leben in den Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses und -gewinns (Andresen & Fegter 2009). Dass ein Perspektivenwechsel von der Problem- zur Potenzialorientierung v. a. auch für die Kinder, die in Armut leben, wichtig ist, zeigen die Autorinnen dabei deutlich:

„Die Frage lautet [...], was es für Kinder bedeutet, mit negativen Zuschreibungen ihrer eigenen familiären Verhältnisse konfrontiert zu sein, die ihrem eigenen Erleben nicht immer entsprechen. Es ist davon auszugehen, dass ein defizitorientierter Diskurs in Bezug auf die Eltern den Kindern wenig hilft und möglicherweise auch

Blick auf kindliche Bewältigung von Belastungen

Potenzialorientierung: Blick auf eigene Interessen der Kinder

gegen das Bedürfnis der Kinder steht, nicht stigmatisiert zu werden“ (Andresen & Fegter 2009: 21).

**Armut als
Tabuthema
für Betroffene**

Auch Zander (2009) verweist darauf, dass Armut in einem reichen Wohlfahrtsstaat wie Deutschland für die Betroffenen ein Tabuthema darstellt, da ihre Armutslage gesellschaftlich mit Schuldzuweisungen und Ausgrenzungstendenzen verbunden ist. Viele befragte Kinder reagieren aus diesem Grund abwehrend auf die Frage, ob sie ihre Familie als arm einstufen. Zum einen liegt dies an der negativen gesellschaftlichen Wertung eines Lebens in Armut, welche die Kinder sich nicht selbst zuschreiben möchten. Zum anderen können die Kinder sich durch eine von dieser negativen Fremdeinschätzung abweichenden Wahrnehmung ihrer Lebenssituation nach unten abgrenzen und damit ihre eigene Lebenslage subjektiv aufwerten.

Vom beforschten zum mitforschenden Kind

Ressourcen- und Subjektorientierung in der Kinderarmutsforschung beinhaltet, Kinder selbst zu ihrem Leben zu befragen und zu untersuchen, wie sie ihre eigene Lebenssituation wahrnehmen und auf welche Weise sie damit umgehen. Es bedeutet, nicht nur zu erfassen, mit welchen Problemen und Einschränkungen benachteiligte Kinder konfrontiert sind, sondern auch ihre Ressourcen, Schutzfaktoren und kindlichen Kompetenzen zu analysieren und dabei das individuelle Kind zu fokussieren. Risiken und Ressourcen werden im spezifischen Kontext der einzigartigen Situation des individuellen Kindes gesehen und interpretiert. Hintergrund ist, dass Anzahl, Ausmaß und Gefährdungs- bzw. Unterstützungspotenzial von Risiken und Ressourcen im Einzelfall variieren. Daher können sie nicht für alle Kinder homogenisiert und verallgemeinert werden.

2.2 Soziale Benachteiligungen im Fokus der Kinderarmutsforschung

Für die weitergehende Auseinandersetzung mit dem Thema Kinderarmut sollen an dieser Stelle noch zwei weitere wesentliche Begriffe diskutiert werden. *Soziale Schichtung* beschreibt Unterschiede im Zugang zu ökonomischen Ressourcen und Bildungszertifikaten und die daraus resultierenden unterschiedlichen Lebenslagen verschiedener Bevölkerungsgruppen; die Einteilung in Ober-, Mittel- und Unterschicht bezeichnet damit eine hierarchische Verteilung von Ressourcen (Albert et al. 2010).

Den Begriff der *sozialen Benachteiligung* umschreiben Andresen und Fegter (2009: 43) wie folgt:

„Benachteiligung fängt nicht erst dort an, wo sie sichtbar und mit Händen zu greifen ist, weil Kinder auf ein kostenloses Essen angewiesen sind, um nicht hungrig in der Schule lernen zu müssen, weil sie meist unbeaufsichtigt sind oder Gewalt erfahren. Benachteiligt können Kinder auch sein, wenn ihre Eltern keine Zeit und kein Geld haben, sinnvoll den Nachmittag oder das Wochenende mit ihnen zu verbringen. Benachteiligt sind sie, wenn außer der Schule keine Bildungsangebote zur Verfügung stehen, wenn Potenziale und Begabungen sich nicht entfalten können, weil der Sportverein zu weit weg ist und selbst der meist niedrige Mitgliedsbeitrag nicht aufgebracht werden kann.“

Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass eine finanzielle Armutslage weder automatisch und immer ein Leben in Wohlergehen ausschließt noch ein gesichertes und hohes Familieneinkommen ein Aufwachsen der Kinder in Wohlbefinden garantiert. Auch nicht-arme Kinder können multipel depriviert sein, wie umgekehrt arme Kinder in Wohlergehen aufwachsen können. Lediglich die Häufig- und Wahrscheinlichkeiten sind unterschiedlich verteilt (Holz et al. 2005).

Die Kinderarmutsforschung hat bislang verschiedene Probleme und Defizite sozial benachteiligter Kinder wie auch diesen Belastungen entgegenwirkende Ressourcen erarbeitet. Risiken und Probleme, so Zander (2009), gehören generell zum Leben und zur Entwicklung dazu – Chancen etwa bergen Risiken, Risiken sind aber auch mit neuen Chancen verbunden. Risiken, so die Autorin, sind dabei nicht per se mit Gefahren gleichzusetzen, sondern werden erst im spezifischen individuellen Lebenskontext dazu. Kinder, die in Armut leben, haben aber oft risikoreiche Ausgangsbedingungen für ihre Entwicklung (ebd.). Die World-Vision-Kinderstudie spricht in diesem Zusammenhang auch von einer „sozial gespaltenen ‚Vier-Fünftel-Gesellschaft‘“ (Hurrelmann et al. 2010: 350), in der für die große Mehrheit der Kinder die Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse sichergestellt ist, in welcher aber für eine Minderheit von 20 % der Kinder nur eine eingeschränkte Garantie für diese grundlegende Bedürfnisbefriedigung besteht. Diese Kinder haben keinen Zugang zu einem vergleichbaren Maß an finanziellen, kulturellen und sozialen Ressourcen für eine positive Entwicklung ihrer Persönlichkeit und Kompetenzen. Auch wenn sie nicht in absoluter Armut leben, ist ihr Wohlbefinden trotzdem in wichtigen Bereichen deutlich einge-

Kinder in einer sozial gespaltenen Vier-Fünftel-Gesellschaft

schränkt (ebd.). Sie wachsen auch deutlich seltener in (subjektiv empfundenem) Wohlbefinden auf und sind stattdessen wesentlich häufiger multipel depriviert (Holz et al. 2005).

Kinder und Jugendliche, die unter Armutsbedingungen leben, haben oft nur eingeschränkt Zugang zu Bildungs- und Freizeitmöglichkeiten, müssen Einschränkungen bei Wohnung, Kleidung und Spielzeug hinnehmen, sind hilfloser und einsamer und weniger zufrieden mit ihrem Leben, haben ein geringeres Selbstvertrauen und sind mit negativen Fremdzuschreibungen und höheren gesundheitlichen Belastungen konfrontiert (Richter 2000; Holz et al. 2005; Butterwegge et al. 2008; Andresen & Fegter 2009; BMFSFJ 2009). Aufwachsen in Armut, v. a. in dauerhafter Armut, verschärft Auffälligkeiten schon sehr früh und führt bereits bei Vorschulkindern zu Benachteiligungen (Richter-Kornweitz 2010a). Belastungen können kumulieren, wenn zu armutsbedingten Problemen noch besondere altersbedingte Entwicklungsaufgaben hinzukommen, wie sie bspw. mit Entwicklungsübergängen verbunden sind (ebd.).

**Aufwachsen
in Armut
verschärft
Auffälligkeiten**

**Heterogenität
der Armuts-
lagen**

Die Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen in Armut sind durch eine hohe Heterogenität und Individualität gekennzeichnet. Armut hat „kein einheitliches Gesicht“ (Andresen & Fegter 2009: 8) und trotz ähnlicher struktureller Bedingungen erleben Kinder und Jugendliche ihre Lebenssituationen durchaus verschieden. Auch wenn die Belastungsfaktoren bei Familien in Armutslagen im Vergleich zu sozial Privilegierten gehäuft auftreten, stellen sie – auch hinsichtlich ihrer Bewältigungsformen – *keine generalisierbare, deterministische Charakterisierung* von Familien und Kindern in Armutslagen mit womöglich linearen Entwicklungsprognosen dar. Entscheidend für den tatsächlichen Entwicklungsverlauf ist vielmehr das Zusammenspiel von Risiken und Ressourcen.

**Keine genera-
lisierbare,
deterministische
Charakteristik
von armen
Kindern und
Familien**

3 Aufgaben für Politik und Gesellschaft

Abschließend soll es darum gehen, welche Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen der Kinderarmutsforschung für die Armutsprävention und -bekämpfung gezogen werden können, d. h. welche Handlungsvorgaben und Veränderungsvorschläge sich aus den Untersuchungen der Kinderarmutsforschung für Politik und Gesellschaft

ergeben: „Eine Handlungsanleitung zur Armutsprävention [...] richtet sich nicht nur kompensatorisch auf die Risiken des Aufwachsens, nicht nur auf den Ausgleich defizitärer Lebens- und Entwicklungsbedingungen, sondern ebenso auf die Ressourcenstärkung“ (Richter-Kornweitz & Holz 2010: 174).

Die Ursachen für das Auftreten, die Verbreitung und die Häufigkeit von Kinderarmut sind strukturell und nicht individuell bedingt, d. h. sie sind begründet in gesellschaftlichen und politischen Strukturen: „Armut – wie immer man sie definieren mag – [...] ist in erster Linie ein gesellschaftliches Problem“ (Zander 2009: 125), Armutsprävention ist „eine originär politische Herausforderung“ (ebd.: 128). Möglichkeiten der Armutsprävention liegen daher v. a. in gesellschaftspolitischer Verantwortung; Staat und Gesellschaft können nicht aus der Pflicht entlassen werden, gerechte(re) Lebensbedingungen für alle Kinder in der BRD zu schaffen. Armut als komplexes, multidimensionales und multikausales Phänomen benötigt dabei ein ebenso multidimensionales Konzept zur Prävention und Bekämpfung (Butterwegge et al. 2008; Zander 2009), welches verschiedene Politikbereiche einbezieht und auf unterschiedlichen Ebenen ansetzt:

„Armutsprävention als übergreifendes Handlungskonzept setzt zum einen auf der Ebene der Gestaltung von Rahmenbedingungen (Verhältnisse) und zum anderen auf der Ebene der Beeinflussung individueller Lebensgestaltung (Verhalten) an. Es beinhaltet politische, pädagogische und planerische Elemente. Darin einzubinden ist künftig ein Konzept ‚kindbezogener Armutsprävention‘, das in sich den Ansatz der Vermeidung beziehungsweise Bekämpfung von Risiken und Defiziten (Prävention) [...] sowie den Ansatz der kontinuierlichen Förderung von Ressourcen und Kompetenzen (Resilienz) vereint“ (Holz 2006: 11).

Kinderarmutsbekämpfung muss damit, so auch Butterwegge et al. (2008), mehr sein als ein bloßes Knappheitsmanagement, sondern sich v. a. auf die Förderung sozial benachteiligter Kinder konzentrieren. Die Unterstützung dieser Kinder muss dabei „unabhängig von der Familienform wie von der Erwerbsbiografie der Eltern erfolgen. Denn die Rechte eines Kindes leiten sich aus seiner Identität als Kind, nicht aus seinem Verhältnis zu einem anspruchsberechtigten Elternteil ab“ (ebd.: 330f.). Schon die kindliche Lebenslage an sich sollte nicht derartig stark vom elterlichen Bildungsniveau und Einkommen abhängen, da die Kinder selbst nicht auf diese Faktoren einwirken können:

Armutsprävention als originär politische Herausforderung

Multidimensionales Handlungskonzept zur Armutsprävention und -bekämpfung

Ungleichheiten in der Kindheit sind ungerecht

„Ungleichheiten in der Kindheit sind per Definition ungerecht, denn sie sind einzig und allein auf Lebensbedingungen zurückzuführen, auf die Kinder keinen Einfluss haben. Eine Gesellschaft, in der die Jüngsten schlechtere Lebensperspektiven haben, weil sie in eine benachteiligte Familie hineingeboren werden, ist der Inbegriff einer ungerechten Gesellschaft. [...] Unverschuldete Ungleichheit verstößt gegen die Verfassung unseres Landes, in der das Prinzip der gleichen Teilhabe aller Bürgerinnen und Bürger an allen wichtigen Ressourcen und Rechten festgelegt ist. [...] Um die Ungleichheit der Kinderwelten zu reduzieren, sollten allen Kindern Entwicklungsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden, mit deren Hilfe sie jene Fähigkeiten und Kompetenzen entfalten können, die Voraussetzung für die selbstgesteuerte Gestaltung ihres Lebens sind. [...] Schafft sie [unsere Gesellschaft, Anm. d. A.] das nicht, ist sie ungerecht“ (Hurrelmann et al. 2010: 351).

Wie Hurrelmann et al. (2010) darlegen, sind Solidarstaat und Gesellschaft aufgefordert, Rahmenbedingungen zu schaffen, die allen Kindern ein förderliches Aufwachsen ermöglichen. Im Folgenden sollen dazu konkrete Forderungen bzw. Vorschläge an Politik und Gesellschaft ausgeführt werden. Zur Systematisierung werden die Kernstrategien und Handlungsfelder der Ottawa-Charta¹¹ herangezogen, die bereits in anderen Disziplinen zur Anwendung kommt und einen angemessenen Rahmen für eine ressourcenorientierte Sichtweise darstellen kann.

3.1 Kernstrategien zur Begegnung von Kinderarmut

Anwaltschaftliches Eintreten und Vermeidung von Stigmatisierung

Andresen und Fegter (2009: 9) plädieren für ein *anwaltschaftliches Eintreten* für Kinder in armutsgeprägten Lebenslagen, um „eine homogenisierende Sicht auf eine ‚Kultur der Armut‘ zu überwinden“, d. h. die Heterogenität der unterschiedlichen Lebenssituationen von Kindern in Armut bei Förder- und Präventionsmaßnahmen zu beachten. Ebenso fordern die Autorinnen, die Perspektive der Kinder einzubeziehen sowie Stigmatisierungen und einseitige Schuldzuweisungen in der öffentlichen Diskussion zu beenden – dies besonders auch

¹¹ Die WHO (Weltgesundheitsorganisation) startet 1984 ihr Programm zur Gesundheitsförderung, das auf mehreren Konferenzen weiterentwickelt wird. Auf der Konferenz in Ottawa, Kanada, werden 1986 die fünf zentralen Handlungsfelder (Gesundheitsförderliche Gesamtpolitik entwickeln, Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen, Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen, Persönliche Kompetenzen entwickeln, Gesundheitsdienste neu orientieren) sowie die drei Kernstrategien der Gesundheitsförderung (Interessen vertreten, Befähigen und ermöglichen, Vermitteln und vernetzen) in der sog. Ottawa-Charta festgehalten (Naidoo & Wills 2003: 76f.).

deshalb, weil Kinder ihre Familien und Lebenssituationen oft anders erleben, als sie öffentlich dargestellt werden, und dieser Widerspruch die betroffenen Kinder zusätzlich belastet.

Ähnlich plädieren Butterwegge et al. (2008) dafür, die Rechtsposition von Kindern zu verbessern und institutionell zu verankern. Dazu ist es den Autoren wichtig, dass die Gesellschaft eine höhere Sozialmoral und mehr Sensibilität für Verarmungs-, Marginalisierungs- und Prekarisierungsprozesse entwickelt. Hier sehen Butterwegge et al. (2008) v. a. die Medien in der Verantwortung.

Derartige öffentliche Diskurse und Haltungen stehen nicht nur im Interesse der Betroffenen, sondern würden – zusätzlich zu den Ergebnissen der Kinderarmutsforschung, welche die Benachteiligungen der betroffenen Kinder und Jugendlichen und deren gesellschaftspolitisch begründete Ursachen umfassend herausgearbeitet hat – die politische Lobbyarbeit der Kommunen für Kinder und Familien in Armutslagen unterstützen und noch einmal verstärkt Druck auf politische Entscheidungsträger ausüben, angemessene Maßnahmen gegen Kinderarmut einzuleiten. Zudem würden eher positiv besetzte, d. h. nicht stigmatisierende und beschuldigende öffentliche Kinderarmutsdiskussionen den betroffenen Kindern und ihren Familien es erleichtern, selbstständig ihre Interessen zu formulieren und für deren Umsetzung einzutreten.

Dies spricht ebenso die Kernstrategie des *Befähigens und Ermöglichens* an. Ziel ist es, Betroffene aller Altersstufen anzuregen, ihre eventuell noch unbewussten Stärken und Kompetenzen zu entdecken (Zander 2009), um sich trotz benachteiligender Lebensumstände positiv entwickeln, ihre Chancen ergreifen und eigenständig ihre Lebensentwürfe verfolgen zu können. Darunter fallen bspw. die Förderung der Resilienzfähigkeit von Kindern aus armen Familien (Zander 2009; Richter-Kornweitz 2010b), erweiterte Partizipationsmöglichkeiten und Empowermentstrategien für Kinder und Jugendliche (Richter-Kornweitz & Holz 2010), aber auch die Bereitstellung von Räumen und Möglichkeiten informeller Bildung, wie sie etwa in Freizeitangeboten stattfindet. Informelle Bildung gibt sozial benachteiligten Kindern die Chance zur sozialen Integration und Kompensation struktureller Benachteiligung, womit die soziale Ungleichheit von Entwicklungsvoraussetzungen und Lebenschancen gegenüber

Befähigen und Ermöglichen durch Kompetenzstärkung, Resilienzförderung und Partizipation

**Vernetzung
von Bildungseinrichtungen
im Sozialraum
für gelingende
Übergänge**

privilegierten Kindern verringert werden kann (Andresen & Fegter 2009).

Schließlich soll durch *Vermitteln und Vernetzen* auf unterschiedlichen Ebenen ein kooperatives und koordiniertes Vorgehen aller Beteiligten ermöglicht werden. Hier ist zum einen die Entwicklung einer abgestimmten Gesamtpolitik angesprochen, zum anderen die Zusammenarbeit von Institutionen und Akteur/innen der unmittelbaren Lebenswelt der betroffenen Kinder. In der Kinderarmutsforschung wird verschiedentlich die Bedeutung von Transitionsbegleitung herausgearbeitet. Insbesondere für eine angemessene Förderung von armen Kindern mit Benachteiligungen ist die Vernetzung von Kita und Schule sowohl miteinander als auch mit anderen Institutionen von herausragender Bedeutung, da sie gerade in diesen Übergängen in Abwärtsspiralen gelangen können. So fordert Zander (2009) die Vernetzung von Kitas mit Erziehungsberatungsstellen, Grundschulen, Ämtern und Vereinen und damit deren Ausbau zu Familienzentren nach dem Vorbild der britischen Early Excellence Centres. Andresen und Fegter (2009) sprechen davon, Schulen mit Einrichtungen nicht-formaler Bildung, Fürsorge und Erziehung zu vernetzen, Chassé et al. (2005) rücken eher eine intensive Zusammenarbeit von Schule und Kinder- und Jugendhilfe und eine Neustrukturierung dieser beiden Bereiche in den Vordergrund. Holz et al. (2005) schließlich plädieren dafür, umfassende lokale und regionale Netzwerke zu bilden, in denen Kitas, Schulen, Vereine, kommunale Dienststellen und Nachbarschaften zusammenarbeiten und sich gegenseitig bei der Förderung von sozial benachteiligten Kindern und deren Familien unterstützen. Dies ist bspw. durch die Bildung von runden Tischen möglich, die als Plattform zum Wissensaustausch und zur Pflege übergreifender Kooperationsbeziehungen der lokalen Akteur/innen dienen könnten (Richter-Kornweitz & Holz 2010). Die Diskussionen um Frühe Hilfen und den sog. „Kommunalen Partnerprozess“ (Gold & Lehmann 2012; siehe auch Geene, Lehmann et al., in diesem Band) greifen diesen Ansatz in Deutschland aktuell breit auf.

3.2 Integriertes Vorgehen gegen Kinderarmut

Kinderarmut ist, wie bereits dargelegt, unverschuldet und ungerecht. Dagegen vorzugehen und in Armut lebende Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung zu unterstützen und zu fördern, ist eine deutliche Notwendigkeit und nachhaltige Investition. Nach Holz et al. (2005) gibt es dafür drei grundsätzliche Handlungsoptionen bzw. nach Zander (2009) drei Präventionsstufen, welche auf verschiedenen staatlichen Ebenen und durch unterschiedliche Professionen umgesetzt werden sollten:

1. Die primäre Armutsprävention (Zander 2009) bzw. die Armutsvermeidung (Holz et al. 2005), d. h. die Verhinderung von familiärer Armut. Damit soll das Eintreten eines Risikos, in diesem Fall der Kinderarmut, abgewehrt werden. Dies kann durch die Erweiterung des Zugangs zu armutsvermeidenden Ressourcen wie Bildung, soziale und kulturelle Teilhabe oder armutsfeste, elterliche Erwerbsarbeit bewerkstelligt werden.
2. Die sekundäre Armutsprävention (Zander 2009) bzw. die Unterstützung von Familien, welche – orientiert an der Lebenslage ihrer Kinder – Hilfe benötigen (Holz et al. 2005). Hier sollen akute oder potenzielle Folgen des bereits eingetretenen Risikos, also der Kinderarmut, abgewehrt werden, um negative Auswirkungen auf das aktuelle Leben sowie die zukünftige Entwicklung zu vermeiden oder wenigstens zu minimieren.
3. Die tertiäre Armutsprävention (Zander 2009) bzw. die kindbezogene Armutsprävention, d. h. die Förderung von armen Kindern, die zusätzlicher Unterstützung für eine positive Entwicklung bedürfen (Holz et al. 2005). Damit soll einem wiederholten Eintreten von Armut bzw. deren Verstetigung und sozialer Vererbung entgegengewirkt werden.

**Primäre,
sekundäre
und tertiäre
Armuts-
prävention**

Im Folgenden sollen konkrete Forderungen und Maßnahmen, wie sie von Kinderarmutsforschern und -forscherinnen herausgearbeitet und aufgestellt worden sind, zu allen drei Handlungsoptionen dargelegt werden. Das ganze Spektrum an Möglichkeiten der Reformen und Fördermaßnahmen kann hier natürlich nicht abgedeckt werden, eher ist es als ein Einblick in die Möglichkeiten der Kinderarmutsbekämpfung und -prävention auf verschiedenen Ebenen zu verstehen.

3.2.1 Eine koordinierte Gesamtpolitik gegen Kinderarmut

Um effektiv gegen Kinderarmut vorgehen zu können, ist es notwendig, dass sowohl die verschiedenen politischen Ebenen als auch die einzelnen Ressorts sinnvoll zusammenarbeiten. Wenn Verantwortlichkeiten zersplittert sind, fehlt es Maßnahmen an Transparenz, Struktur, einer übergeordneten Gesamtstrategie und Effizienz (Hiller-Ohm 2007; Richter-Kornweitz & Holz 2010). Punktuelle Interventionen werden dem komplexen Problem der Kinderarmut nicht gerecht, vielmehr sind gemeinsame Standards und Strategien von Bund, Ländern und Kommunen nötig, um nachhaltig gegen Kinderarmut vorzugehen. Forderungen in diesem Bereich gibt es schon seit Längerem, etwa nach einem Bündnis (Hiller-Ohm 2007) oder einem föderativen Projekt gegen Kinderarmut (Bertsch 2002). Bund und Länder sind dabei maßgeblich dafür verantwortlich, armutsverursachende Strukturen zu verändern und Standards als Orientierung für konkrete Maßnahmen zu erstellen und zu koordinieren (Hiller-Ohm 2007). Die direkte Präventionsarbeit erfolgt dann in den Kommunen. Diese sind zwar nicht allein dafür zuständig, spielen aber eine wesentliche Rolle für die Armutsprävention, da sie einerseits der Alltagsrealität der Betroffenen am nächsten sind und Problembereiche lokalisieren können, andererseits Inklusion und Exklusion von Betroffenen direkt beeinflussen können (Richter-Kornweitz & Holz 2010). Diesem Ansatz widmet sich der „Kommunale Partnerprozess“ (Gold & Lehmann 2012), der sich insb. an dem Modellbeispiel der Präventionskette in Dormagen (Sandvoss & Kramer 2010) orientiert.

Auf Bund- und Landesebene treten Butterwegge et al. (2008) für eine konsistente und konstruktive Koordination v. a. von Familien- und Sozial-, Arbeitsmarkt- und Beschäftigungs- sowie Bildungspolitik ein¹². Zur Vermeidung von Kinderarmut fordern die Autoren eine Doppelstrategie, die einerseits mehr sozialversicherungspflichtige Vollzeitarbeitsplätze mit existenzsichernden Löhnen und andererseits beitragsfreie bzw. bezahlbare öffentliche Ganztagsbetreuung für Kinder schafft. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf muss nach-

¹² An dieser Stelle soll eine kurz gehaltene Übersicht gegeben werden. Für eine ausführliche Diskussion der einzelnen Bereiche und Maßnahmen siehe z. B. Bertsch (2002), Butterwegge et al. (2008) oder Hurrelmann et al. (2010).

haltig verbessert und politisch unterstützt werden, um elterliche Erwerbstätigkeit zu erhöhen. Holz et al. (2005) plädieren für den Ausbau der beruflichen Qualifizierung für Mütter und Väter. Butterwegge et al. (2008) und Hiller-Ohm (2007) ergänzen dies um die Bekämpfung unfairer Entlohnung durch Flächentarifverträge, einen gesetzlich gesicherten Mindestlohn, flexible und familienfreundliche Arbeitszeiten und eine zuverlässige Klein- und Schulkindbetreuung.

Bildungs- und Beschäftigungspolitik müssen sich sinnvoll ergänzen, denn eine in Aussicht stehende Arbeitsstelle nützt nichts, wenn keine angemessene Kinderbetreuung während der Arbeitszeit zur Verfügung steht. Eine angemessene, d. h. qualitativ abgesicherte, flexible und kostengünstige bis kostenfreie Kinderbetreuung schon im Kleinkindalter wiederum entlastet nicht nur die Eltern und ermöglicht ihnen, einem Arbeitsverhältnis nachzugehen und selbst für den Familienunterhalt zu sorgen, sie lässt zudem auch Kindern von Arbeitslosen und Geringverdienern eine optimale Förderung unabhängig von den Ressourcen zuhause zukommen. In diesem Sinne steht auch der „politische Dreiklang (G-G-G)“ (Butterwegge et al. 2008: 358) zur nachhaltigen Verringerung der Kinderarmutsquote, welcher folgende Komponenten beinhaltet:

**Politischer
Dreiklang
(G-G-G) zur
nachhaltigen
Verringerung
von Kinder-
armut**

- Ein flächendeckendes Netz *öffentlicher Ganztagsbetreuungseinrichtungen* schon für Säuglinge und Kleinkinder: Kinder sollten möglichst früh gefördert werden, um soziale Unterschiede aufzubrechen, für möglichst gleiche Lebenschancen zu sorgen und damit Armut im weiteren Lebensverlauf wirksam vorzubeugen (Hiller-Ohm 2007; Butterwegge et al. 2008). In diesem Sinne fordern Butterwegge et al. (2008) und Holz et al. (2005), Betreuungs- und Bildungsangebote für Kinder auszubauen, den Elementarbereich unentgeltlich zu Verfügung zu stellen und für eine hohe Qualität in der elementarpädagogischen Betreuung zu sorgen. Einrichtungen der Kindertagesbetreuung sollten zudem zu Eltern-Kind- bzw. Familienzentren ausgebaut werden, in welchen alle Eltern ein umfangreiches und ortsnahes Beratungs-, Bildungs- und Hilfsangebot vorfinden (Hiller-Ohm 2007).
- Die *Gemeinschaftsschule* als dominante Schulform: Gemeinschaftsschulen sind hier als Ganztagschulen ohne soziale

Selektion und mit inklusiver Pädagogik zu verstehen (Butterwegge et al. 2008). In das Schulcurriculum sind die Armutproblematik und wirtschaftliche Bildung aufzunehmen (Bertsch 2002; Butterwegge et al. 2008). Albert et al. (2010) fordern zusätzlich, Klassenwiederholungen abzuschaffen und Kinder mit Leistungsschwächen stattdessen individuell zu fördern, um die Schule ohne „Sitzenbleiben“ zu durchlaufen. Dies sei nicht nur förderlicher für die individuelle Entwicklung der leistungsschwächeren Schüler/innen, sondern auch kostengünstiger für das Schulsystem (Albert et al. 2010) – Einsparungen in diesem Bereich könnten an anderen Stellen wiederum in das Bildungssystem investiert werden.

- Eine soziale, bedarfsgerechte *Grundsicherung für Kinder*: Diese sollte die materiellen und immateriellen kindlichen Grundbedürfnisse absichern (Zander 2009) und armutsfest sowie vom elterlichen Einkommen unabhängig sein (Holz et al. 2005), d. h. Kindern unabhängig von ihrer familiären Situation ein gesichertes Aufwachsen in Wohlbefinden ermöglichen.

Kinder und das Kindeswohl müssen grundlegend stärker in den Fokus der Politik geraten. Butterwegge et al. (2008) etwa fordern, den Familienlastenausgleich und das Ehegattensplittung an den Bedarfen von Kindern orientiert zu reformieren. Ebenso argumentieren Hurlmann et al. (2010): Finanzielle Förderung solle so umgestellt werden, dass sie auf das Wohl des einzelnen Kindes statt auf bestimmte Familien- bzw. Elternkonstellationen ausgerichtet ist. Transferleistungen an Eltern sollten daher verstärkt durch Direktleistungen an Kinder ergänzt bzw. sogar ersetzt werden. In diesem Rahmen lehnen die Autoren die Einführung eines Betreuungsgeldes für privat zuhause betreute Kinder (sog. „Herdprämie“) ab und schlagen stattdessen Investitionen im Bildungsbereich vor.

Auch auf der kommunalen Ebene müssen die einzelnen politischen Zuständigkeiten und lokalen Akteur/innen koordiniert zusammenarbeiten, um effektiv gegen Kinderarmut vorzugehen. Kommunale Maßnahmen dürfen nicht aufgrund von Einsparungen auf Landes- und Bundesebene eingeschränkt, erschwert oder gar verhindert werden. Stattdessen müssen Bund und Länder sowie Länder und Kommunen interagieren, um derartige hausgemachte Probleme zu

**Ausrichtung der
Förderung auf
das Wohl des
einzelnen
Kindes statt
auf Familien-
konstellationen**

vermeiden und Qualität, Auswahl, Finanzierung und Evaluation der umzusetzenden bzw. umgesetzten Maßnahmen zu sichern. Durch Einbindung der Zivil- und Wirtschaftsgesellschaft können weitere personale und finanzielle Ressourcen zur Umsetzung kommunaler Maßnahmen gegen Kinderarmut gewonnen werden (Bertsch 2002).

Praxisrelevant für präventive Maßnahmen sind Zugangsgerechtigkeit, Teilhabe und Inklusion der Betroffenen. Wesentlich ist es ebenso, dass die Maßnahmen ganz bewusst auf die Förderung benachteiligter Kinder setzen, ohne dass sie „auch nur der Hauch von Unterstützungsleistungen umweht, was einer neuerlichen Stigmatisierung gleichkäme und gleichzeitig hohe Hürden aufbauen würde“ (Richter-Kornweitz & Holz 2010: 171). In einzelnen Kommunen finden sich bereits integrierte Handlungskonzepte, anderen fehlt es noch an solchen zusammenhängenden Ansätzen bzw. an ausreichenden Finanzen oder auch an Flexibilität, ressortübergreifender Zusammenarbeit und politischem Mut zur Umsetzung (im Überblick: Lutz & Hammer 2010). Vielerorts gibt es verschiedene Einzelmaßnahmen, unübersichtliche Landschaften einzelner Angebote sind jedoch kontraproduktiv, da Betroffene oft nicht wissen, wer zuständig ist, und selbst Fachkräfte die vorhandene Palette an Angeboten nicht gut genug kennen. Um Maßnahmen zu koordinieren, müssen lokale Akteur/innen kooperieren und vorhandene Maßnahmen, Strukturen und Standards in übergreifende Konzepte einer kommunalen Gesamtstrategie integriert werden (Richter-Kornweitz & Holz 2010).

3.2.2 Schaffung von förderlichen Lebenswelten

Dieses Handlungsfeld ist nach Holz et al. (2005) wichtig und zu bevorzugen, da es besonders bei einer Kumulation von Risikofaktoren für die Betroffenen hohe Barrieren für den Zugang zu Hilfe- und Unterstützungsstrukturen gibt. Sind die konkreten Lebenswelten der Betroffenen aber förderlich aufgebaut und gestaltet, könnten so auch mehrfach belastete Kinder und Familien einfacher erreicht werden.

Die Familie als primäre Lebenswelt von Kindern kann im Fall von belastenden und benachteiligenden Lebensverhältnissen unterstützt und förderlich gestaltet werden, wenn Eltern entsprechend gefördert und entlastet werden. Dies ist bspw. möglich durch umfassende Kinderbetreuungsangebote, Frühwarnsysteme und Angebote

**Familie als
primäre
Lebenswelt
von Kindern**

**Schule als
kindliche
Lebenswelt**

intensiver Elternarbeit und -bildung in Kitas und Schulen, so Holz et al. (2005) und Zander (2009). In beiden Publikationen wird zudem die Schule als kindliche Lebenswelt diskutiert, genauer eine Neuausrichtung des Bildungssystems und die Einführung der Ganztagschule. Diese bietet einen zusätzlichen zeitlichen Rahmen zur freien Gestaltung der schulischen Abläufe und integriert Bildung, Erziehung und Betreuung unter ihrem Dach. Zudem ermöglicht die Ganztagschule die Integration aller Kinder, was im Rahmen der z. T. eher herkunfts- als leistungs-basierten Selektion der Kinder im deutschen Schulsystem umso wichtiger erscheint¹³ (Holz et al. 2005; Zander 2009). Zander (2009) spricht darüber hinaus die Einrichtung von resilienzfördernden Schulen an, d. h. die Verankerung von resilienzfördernden Konzepten in bestehenden Angeboten und Einrichtungen des Bildungswesens, was sicher nicht nur Kindern aus armutsgeprägten Lebensverhältnissen zu Gute kommen könnte.

**Niedrig-
schwelligen
Zugang zu
Freizeit-
angeboten
ermöglichen**

Andresen und Fegter (2009) sprechen des Weiteren von der Verbesserung von Umfang und Qualität öffentlicher und außerschulischer Freizeit- und Bildungsangebote als Lern- und Entwicklungsräume, aber auch als verlässliche Fürsorge- und Betreuungsorte. Der Zugang zu Freizeitangeboten und die Mitgliedschaft in Vereinen sollten für sozial Benachteiligte geöffnet und erleichtert werden, etwa durch niedrigschwellige und kostengünstige bzw. kostenlose Angebote und Mitgliedschaften (Andresen & Fegter 2009; Hurrelmann & Andresen 2010). Butterwegge et al. (2008) beziehen den gesamten Sozialraum als förderliche Lebenswelt mit ein. Neben Schule und Freizeitangeboten für Kinder und Jugendliche aus armen Lebensverhältnissen sprechen sie Angebote von Gemeinwesenarbeit und Quartiersmanagement, etwa die Wiederaufnahme des sozialen Mietwoh-

¹³ Grünke (2003) und Klein (2009) stellen dar, dass die Mehrzahl der Schüler/innen an Schulen mit dem Förderschwerpunkt Lernen sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen entstammt und diese Sonderschulform nicht mehr ein spezieller Raum für leistungsschwache Kinder und Jugendliche ist, sondern mittlerweile vielmehr ein Auffangbecken für Schwererziehbare geworden sei. Gerade diese Kinder tragen ein besonders hohes Risiko, in Armut abzurutschen bzw. weiterhin in Armut zu leben, da ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt zunehmend wegbrechen (Zander 2009). Eine Umstrukturierung des Bildungssystems zu einer integrativen bzw. inklusiven Beschulung aller Kinder in der Ganztagschule, unabhängig von Herkunft und Leistungsniveau, könnte einer in solchen Strukturen begründeten Verfestigung von Armut entgegenwirken (vgl. auch Geene, Graumann et al., in diesem Band).

nungsbaus, mit Konzentration auf Familien, sowie die Förderung der Entstehung von Unterstützungs- und Austauschnetzwerken an.

3.2.3 Unterstützung von Gemeinschaftsaktionen

Gemeinschaftsaktionen, d. h. gemeinsame Aktionen in Nachbarschaften, sind förderlich für die soziale Integration und die Entwicklung eines Zugehörigkeitsgefühls. Hintergrund der Argumentation und Strategie in diesem Handlungsfeld der Ottawa-Charta ist der Stellenwert von sozialer Unterstützung und sozialen Netzwerken für Gesundheit und Wohlbefinden. Unterstützung wie Vernetzung ist für die gesamte Einwohnerschaft in Nachbarschaften von Bedeutung. Für sozial benachteiligte Kinder und Familien, die oft über nur wenige Sozialkontakte verfügen, sind Gemeinschaftsaktionen besonders relevant, da sie die Einbindung in ihre direkte soziale Umgebung und somit das subjektive Wohlbefinden fördern. Zudem ergeben sich darüber Ansprechpartner/innen bei Unterstützungsbedarf (Lutz 2010).

Gemeinschaftsgefühle und Gemeinschaftsaktionen in Nachbarschaften entwickeln sich nicht von allein. In wenigen, seltenen Fällen entstehen sie zwar auch bewohnerinitiiert, sie brauchen aber in den meisten Fällen Unterstützungsleistungen oder zumindest einen externen Anstoß. Um Nachbarschaftsnetzwerke von außen zu initiieren und zu erhalten, ist eine hohe Methodenkompetenz der professionellen Akteur/innen zur Verwirklichung der Prinzipien Empowerment, Partizipation und Niedrigschwelligkeit notwendig (Gold & Lehmann 2012). Gemeinwesenarbeit muss hier mit methodisch gut ausgearbeiteten Konzepten ansetzen. Gesundheitsfördernd wirken sich diese Aktivitäten nur dann aus, wenn sie für alle Menschen der Nachbarschaft offen sind und nicht speziell *für* sozial Benachteiligte, sondern *mit* ihnen entwickelt werden, d. h. nur wenn Bewohner/innen ihre Aktivitäten aktiv und selbstbestimmt planen, organisieren und durchführen können. Wenn dies als Grundlage von Empowerment- und Partizipationsprozessen beachtet wird, kann es gelingen, Menschen zu aktivieren und Netzwerke zu initiieren (ebd.). Die dazu erforderliche innere Haltung von hauptamtlichen Fachkräften kann kaum generalisierend beschrieben werden. Sie umfasst Empathie und sensibles, situationsadäquates Handeln. Die Anerkennung der je individuellen Besonderheiten sowie die Vermeidung von Stigmatisie-

Gemeinschaftsaktionen zur sozialen Integration und Förderung des Wohlbefindens

Aktivitäten nicht für, sondern mit sozial Benachteiligten entwickeln

rung, Abhängigkeit und ‚Besserwisserei‘, von Polarisierung in ‚Starke‘ und ‚Schwache‘, in ‚richtig‘ und ‚falsch‘ gehören dazu. Immer geht es um transparente Aushandlungsprozesse, die für alle Beteiligten nachvollziehbar sind. Neben der Wertschätzung und Würdigung wirklich jedes Beitrags kommt es zudem darauf an, nicht nur untergeordnete Aufgaben zu verteilen, sondern auch für Beteiligte aus den Zielgruppen attraktive Bereiche zu erschließen, Möglichkeiten anzubieten, sich an verschiedenen Aufgaben auszuprobieren. Gleichzeitig müssen die Aufgaben überschaubar und tragbar bleiben.

Erfolgsvoraussetzungen

Wesentliche Voraussetzungen für den Erfolg sind darüber hinaus v. a. das Vorhandensein von vermittelnden Personen und Situationen in Nachbarschaft und Quartier, eine unproblematische Verfügung über öffentliche Räume, die Vermeidung von Ausgrenzung, Homogenität und starren Strukturen, die Vermeidung von ‚Expertentum‘ und eine unproblematische Verfügbarkeit über finanzielle Mittel, um kleinere Projekte rasch verwirklichen zu können. Netzwerkarbeit und eine die gut sichtbare Darstellung von Aktivitäten und Erfolgen machen ein Nachbarschaftsnetzwerk interessant und können weitere Bewohner/innen ansprechen (Richter & Wächter 2009).

Schon die hier nur kurz skizzierten Erfolgsfaktoren lassen deutlich werden, dass sich in diesem Handlungsfeld nicht eine eingrenz-bare, kostengünstige Kompensation eines Rückbaus von Gemeinwesenarbeit, Sozialarbeit und sozialer Stadtentwicklung verorten lässt. Die fachlichen Kompetenzen der hier tätigen Hauptamtlichen müssen geschult, die Rahmenbedingungen in Nachbarschaften und Quartieren partizipativ entwickelt werden. Dies erfordert Zeit und finanzielle Ressourcen, die lokal investiert werden sowie in Aus- und Weiterbildung fließen müssen.

Resultat im Sinne der Ottawa-Charta bzw. der Kernstrategie des *Befähigens und Ermöglichens* ist, dass Kinder und Eltern erfahren können, aktiv handelnde Individuen in der Gemeinschaft zu sein. Dies vermittelt Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, stärkt so das Selbstwertgefühl, das subjektive Wohlbefinden und die gesamte psycho-physische Gesundheit (Richter-Kornweitz 2011).

3.2.4 Förderung der persönlichen Kompetenzentwicklung

Um die Entwicklung von Kindern aus armen Familien bereits früh zu begünstigen, ist es wichtig, ihre Eltern zu unterstützen und deren erzieherische Kompetenzen zu fördern. Holz et al. (2005) fordern in diesem Sinne eine verstärkte Elternbildung in Kita und Grundschule mit settingorientierten Konzepten (vgl. auch Geene & Rosenbrock 2012: 59f.). Hier wäre der Ausbau von Kitas zu Eltern-Kind-Zentren, in denen nach Butterwegge et al. (2008) Bildung und Betreuung für die Kinder sowie Beratung für die Eltern möglichst wohnortnah und aus einer Hand kommen, sinnvoll. Holz et al. (2005) plädieren zudem dafür, die Erziehungsleistung von armen Eltern in deren teilweise hoch belasteten Lebenssituationen mehr und deutlicher zu würdigen, um ihre soziale Integration und Teilhabe zu fördern und vorhandene elterliche Eigenressourcen und Selbsthilfefähigkeiten zu stärken. Dadurch können armutsbelastete Eltern Schutzfaktoren ausbilden, die sich positiv auf die familiäre Lebenslage und die Zukunftschancen der Kinder auswirken (Holz et al. 2005).

**Förderung
von Eltern**

Auch bei den in Armut lebenden Kindern selbst kann und sollte gezielte Kompetenzförderung ansetzen (Lex et al. 2010). Ihnen zu ermöglichen, an informellen Bildungs- und Kulturangeboten teilzunehmen, verschafft ihnen Spielräume, um Potenziale und Talente zu entfalten, wichtige Kulturtechniken zu erlernen und kulturelles Kapital sowie Fähigkeiten und Kenntnisse zur gesellschaftlichen Teilhabe zu erwerben (Andresen & Fegter 2009; vgl. auch Borkowski et al., in diesem Band). Zander (2009) diskutiert hier auch die Möglichkeit der individuellen kindlichen Resilienzförderung. Kinder, so die Autorin, bedürfen zur Entwicklung ihrer Stärken der Unterstützung von außen, um zum einen ihre inneren Abwehrkräfte zu stärken und zum anderen äußere Bedingungen ihrer Lebenssituation zu beeinflussen. Es gibt nach Zander (2009) bereits gute pädagogische Standards, die resilienzfördernd wirken.

**Förderung
von Kindern**

Die Autorin warnt jedoch davor, derartige Fördermaßnahmen als Allheilmittel zu sehen, in akuten Versorgungsnotlagen sind sie als alleinige Unterstützungsmaßnahmen unangemessen. Erst wenn die Grundversorgung der Kinder abgedeckt ist, können resilienzfördernde Maßnahmen greifen. Auch dann bleibt zu berücksichtigen, dass

**Förder-
maßnahmen
sind keine
Allheilmittel**

Kinder nicht gegen Armut, sondern lediglich gegen damit verbundene psychosoziale Belastungen und Risiken resilient werden können.

3.2.5 Neuorientierung praxisbezogener Anwendungsfelder

Dem Bildungswesen kommt als förderliche kindliche Lebenswelt eine Schlüsselrolle zu. Besonders Ganztagschulen kommen Kindern aus armutsgeprägten Lebensverhältnissen zugute. Zander (2009) diskutiert darüber hinaus, dass sich auch die Sozialpädagogik und die Soziale Arbeit umorientieren sollten, um Kindern und Jugendlichen in Armut besser zur Seite zu stehen. Diese Umorientierung sollte am Konzept der Resilienzförderung ausgerichtet sein, welches in diesen beiden Professionen gewinnbringend für Kinder und Familien in Armut aufgegriffen und weiterentwickelt werden kann. Resilienzförderung ist zwar eine neue Herangehensweise und Arbeitsmethode, lässt sich aber in bestehende sozialpädagogische Konzepte einbringen. Kinder- und Jugendhilfe, Familienhilfe, Schuldnerberatung sowie Schulsozial- und Stadteitarbeit sind in verschiedenen Sozialisations- und Lebenswelten von Kindern angesiedelt und bereits vielfältig mit Armut konfrontiert. Nach Zander (2009) können Sozialarbeit und Sozialpädagogik in diesem Kontext erheblich zur Resilienzförderung von armen Kindern und Familien beitragen.

Die zentrale Herausforderung wird darin liegen, dass künftig auf der kommunalen Ebene die einzelnen politischen Zuständigkeiten und lokalen Akteur/innen koordiniert zusammenarbeiten und Maßnahmen, Strukturen und Standards in übergreifende Konzepte einer kommunalen Gesamtstrategie integrieren, wie es in den zusammenfassenden Handlungsempfehlungen des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien herausgestellt wird (Gold & Lehmann 2012).

Umorientierung Richtung Konzept der Resilienz- förderung

Literatur

- Albert, Mathias; Hurrelmann, Klaus & Quenzel, Gudrun (2010): *Jugend 2010. Eine pragmatische Generation behauptet sich. 16. Shell Jugendstudie*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch.
- Andresen, Sabine & Fegter, Susann (2009): *Spielräume sozial benachteiligter Kinder. Bepanthen-Kinderarmutsstudie 2009*. Leverkusen: Bayer.
- Andresen, Sabine; Hurrelmann, Klaus & Fegter, Susann (2010): *Wie geht es unseren Kindern? Wohlbefinden und Lebensbedingungen der Kinder in Deutschland*. In: Hurrelmann, Klaus & Andresen, Sabine (Hg.): *Kinder in Deutschland 2010. 2. World Vision Kinderstudie*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch, 35-59.

- Antonovsky, Aaron (1997): *Salutogenese*. Tübingen: dgvt.
- Bengel, Jürgen; Meinders-Lücking, Frauke & Rottmann, Nina (2009): *Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen. Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 35. Köln: BZgA.
- Berkman, Lisa F. & Kawachi, Ichirō (2000): A Historical Framework for Social Epidemiology. In: dies. (Hg.): *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 3-12.
- Bertsch, Frank (2002): Staat und Familien. Familien- und Kinderarmut in Deutschland. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 22-23/2002, 11-19.
- Bittingmayer, Uwe (2011): Die Speerspitze einer neuen sozialen Bewegung. Public Health und das Verhältnis von Gesundheit und Gesellschaft. In: *Dr. med. Mabuse* 191, 61-65.
- Bourdieu, Pierre (1979/1999): *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft* (11. Aufl.). Frankfurt: Suhrkamp.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2009): *13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*. Drucksache 16/12860. Berlin: BMFSFJ.
- Butterwegge, Christoph; Klundt, Michael & Belke-Zeng, Matthias (2008): *Kinderarmut in Ost- und Westdeutschland* (2., erw. u. aktualisierte Aufl.). Wiesbaden: VS.
- Chassé, Karl August; Zander, Margherita & Rasch, Konstanze (2005): *Meine Familie ist arm. Wie Kinder im Grundschulalter Armut erleben und bewältigen* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS.
- Dienel, Christiane (2002): *Familienpolitik. Eine praxisorientierte Gesamtdarstellung der Handlungsfelder und Probleme*. Weinheim: Juventa.
- Franko, Martin; Geene, Raimund & Lubert, Eva (Hg.) (1999): *Armut und Gesundheit*. Berlin: b_books.
- Garnezy, Norman (1985): Stress Resistant Children: The Search for Protective Factors. In: Stevenson, James Eric (Hg.): *Recent Research in Developmental Psychopathology. Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Oxford: Pergamon Press, 213-233.
- Geene, Raimund & Gold, Carola (Hg.) (2009): *Kinderarmut und Kindergesundheit*. Bern: Huber.
- Geene, Raimund & Halkow, Anja (Hg.) (2004): *Armut und Gesundheit. Strategien der Gesundheitsförderung*. Frankfurt: Mabuse.
- Geene, Raimund & Rosenbrock, Rolf (2012): Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen. In: Gold, Carola & Lehmann, Frank (Hg.): *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Gesundheitsförderung konkret, Band 17. Köln: BZgA, 46-75.
- Geißler, Heiner (1980): *Die Neue Soziale Frage. Analysen und Dokumente*. Freiburg: Herder.
- Gold, Carola & Lehmann, Frank (2012): Die Handlungsempfehlungen zur Stärkung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien in belasteten Lebenslagen. In: dies. (Hg.): *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Gesundheitsförderung konkret, Band 17. Köln: BZgA, 17-45.
- Grünke, Matthias (2003): *Resilienzförderung bei Kindern und Jugendlichen in Schulen für Lernbehinderte: Eine Evaluation dreier Programme zur Steigerung der psychischen Widerstandsfähigkeit*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Hauser, Richard (1989): Entwicklungstendenzen der Armut in der Bundesrepublik Deutschland. In: Döring, Dieter & Hauser, Richard (Hg.): *Politische Kultur und Sozialpolitik*. Frankfurt: Campus.
- Hiller-Ohm, Gabriele (2007): Kinderarmut bekämpfen. Gemeinsame Aufgabe von Bund, Ländern und Kommunen! In: *spw – Zeitschrift für sozialistische Politik und Wirtschaft* 159/2007, 48-51.
- Holz, Gerda (2006): Lebenslagen und Chancen von Kindern in Deutschland. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 26/2006, 3-11.
- Holz, Gerda (2010): Kinderarmut – Definition, Konzepte und Befunde. In: Holz, Gerda & Richter-Kornweitz, Antje (Hg.): *Kinderarmut und ihre Folgen. Wie kann Prävention gelingen?* München: Reinhardt, 32-42.
- Holz, Gerda; Richter, Antje; Wüstendörfer, Werner et al. (2005): *Zukunftschancen für Kinder. Wirkung von Armut bis zum Ende der Grundschulzeit. Endbericht einer Langzeitstudie (1997-2004)*. Schriftenreihe Theorie und Praxis. Bonn: AWO Bundesverband e.V.
- Holz, Gerda & Richter-Kornweitz, Antje (Hg.) (2010): *Kinderarmut und ihre Folgen. Wie kann Prävention gelingen?* München: Reinhardt.
- Hungerland, Beatrice (2008): Was ist Kindheit? Fragen und Antworten der Soziologie. In: Lubert, Eva & Hungerland, Beatrice (Hg.): *Angewandte Kindheitswissenschaften. Eine Einführung für Studium und Praxis*. Weinheim: Juventa.
- Hurrelmann, Klaus & Andresen, Sabine (Hg.) (2010): *Kinder in Deutschland 2010. 2. World Vision Kinderstudie*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch.
- Hurrelmann, Klaus, Andresen, Sabine & Schneekloth, Ulrich (2010): Ungleiche Kindheiten in Deutschland – politische Herausforderungen. In: Hurrelmann, Klaus & Andresen, Sabine (Hg.): *Kinder in Deutschland 2010. 2. World Vision Kinderstudie*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch, 349-367.
- Keupp, Heiner (2012): Verwirklichungschancen für gelingendes Leben – Capability approach und Gesundheitsförderung. In: Gold, Carola & Lehmann, Frank (Hg.): *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Gesundheitsförderung konkret, Band 17. Köln: BZgA, 171-178.
- Klein, Gerhard (2009): Frühförderung für Kinder mit psycho-sozialen Belastungen – eine kritische Bilanz für Deutschland. In: Geene, Raimund & Gold, Carola (Hg.): *Kinderarmut und Kindergesundheit*. Bern: Huber, 99-107.
- Klundt, Michael (2008): *Von der sozialen zur Generationengerechtigkeit? Polarisierende Lebenslagen und ihre Deutung in Wissenschaft, Politik und Medien*. Wiesbaden: VS.
- Leibfried, Stephan; Leisering, Lutz & Buhr, Petra (1995): *Zeit der Armut. Lebensläufe im Sozialstaat*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Leisering, Lutz (1993): *Armut hat viele Gesichter. Vom Nutzen dynamischer Armutsforschung*. Arbeitspapier Nr. 21. Bremen: Universität Bremen Sonderforschungsbereich 186.
- Lex, Tilly; Gaupp, Nora & Reißig, Birgit (2010): Verloren im Lern-Labyrinth. Viele Jugendliche qualifizieren sich nach der Schule weiter – warum manchen der Berufseinstieg trotzdem misslingt. In: *DJI Bulletin* 2 (90), 23-24.
- Lompe, Klaus (Hg.) (1987): *Die Realität der neuen Armut. Analysen der Beziehungen zwischen Arbeitslosigkeit und Armut in einer Problemregion*. Regensburg: Transfer.
- Ludwig-Mayerhofer, Wolfgang (2004): Ungleichheit, welche Ungleichheit? In: Berger, Peter A. & Schmidt, Volker H. (Hg.): *Welche Ungleichheit, welche Ungleichheit? Grundlagen der Ungleichheitsforschung*. Wiesbaden: VS, 93-113.

- Mielck, Andreas (2000): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Huber.
- Mielck, Andreas (2005): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Huber.
- Mielck, Andreas & Bloomfield, Kim (2001): Einführung. In: dies. (Hg.): *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. Weinheim: Juventa, 9-16.
- Naidoo, Jennie & Wills, Jane (2003): *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Neurath, Otto (1931/1981): Empirische Soziologie. Schriften zur wissenschaftlichen Weltauffassung. In: ders. (Hg.): *Gesammelte philosophische und methodologische Schriften, Band 1*. Wien: Hölder-Pichler-Tempsky, 423-527.
- Nussbaum, Martha (2010): *Die Grenzen der Gerechtigkeit. Behinderung, Nationalität und Spezieszugehörigkeit*. Berlin: Suhrkamp.
- Reißlandt, Carolin & Nollmann, Gerd (2006): Kinderarmut im Stadtteil: Intervention und Prävention. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 26/2006, 24-32.
- Richter, Antje (2000): *Wie erleben und bewältigen Kinder Armut? Eine qualitative Studie über Belastungen aus Unterversorgungslagen und ihre Bewältigung aus subjektiver Sicht von Grundschulkindern einer ländlichen Region* (Dissertation zur Erlangung des Grades des Doktors der Philosophie). Aachen: Shaker.
- Richter, Antje & Wächter, Marcus (2009): *Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit*. Köln: BZgA.
- Richter-Kornweitz, Antje (2010a): Langzeitwirkungen von Armut – Konzepte und Befunde. In: Holz, Gerda & Richter-Kornweitz, Antje (g.): *Kinderarmut und ihre Folgen. Wie kann Prävention gelingen?* München: Reinhardt, 43-54.
- Richter-Kornweitz, Antje (2010b): Resilienz und Armutsprävention. In: Holz, Gerda & Richter-Kornweitz, Antje (Hg.): *Kinderarmut und ihre Folgen. Wie kann Prävention gelingen?* München: Reinhardt, 94-108.
- Richter-Kornweitz, Antje (2012): Resilienzförderung bei Kindern und Jugendlichen. In: Gold, Carola & Lehmann, Frank (Hg.): *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Gesundheitsförderung konkret, Band 17. Köln: BZgA, 121-129.
- Richter-Kornweitz, Antje & Holz, Gerda (2010): Kindbezogene Armutsprävention – Eine Handlungsanleitung für Praxis und Politik. In: Holz, Gerda & Richter-Kornweitz, Antje (Hg.): *Kinderarmut und ihre Folgen. Wie kann Prävention gelingen?* München: Reinhardt, 170-178.
- Sandvoss, Uwe & Kramer, Kathrin (2010): Kommunale Armutsprävention: das Dormagener Modell. In: Lutz, Ronald & Hammer, Veronika (Hg.): *Wege aus der Kinderarmut. Gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen und sozialpädagogische Handlungsansätze*. Weinheim: Juventa, 185-197.
- Schneekloth, Ulrich & Pupeter, Monika (2010): Familie als Zentrum: Bunt und vielfältig, aber nicht für alle Kinder gleich verlässlich. In: Hurlmann, Klaus & Andresen, Sabine (Hg.): *Kinder in Deutschland 2010. 2. World Vision Kinderstudie*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch, 61-93.
- Schweizer, Herbert (2007): *Soziologie der Kindheit: Verletzlicher Eigen-Sinn*. Wiesbaden: VS.
- Struck, Peter & Müller, Kerstin (1999): *Antrag der Fraktion SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN. Nationale Armuts- und Reichtumsberichterstattung*. Drucksache 14/999. Bonn.
- Weisser, Gerhard (1956): Wirtschaft. In: Ziegenfuß, Werner (Hg.): *Handbuch der Soziologie*. Stuttgart: Enke, 970-1098.
- Werner, Emmy (2007): Resilienz: Ein Überblick über internationale Längsschnittstudien. In: Opp, Günther & Fingerle, Michael (Hg.): *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (2. Aufl.). München: Reinhardt, 311-326.
- Weyers, Simone (2012): Lebenslauf: Entwicklungsaufgaben, soziale Benachteiligung und Chancen für Prävention und Gesundheitsförderung. In: Gold, Carola & Lehmann, Frank (Hg.): *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Gesundheitsförderung konkret, Band 17. Köln: BZgA, 130-138.
- Wustmann, Corina (2004): *Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern*. Weinheim: Beltz.
- Zander, Margherita (2009): *Armes Kind – starkes Kind? Die Chance der Resilienz* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS.
- Ziegler, Holger & Otto, Hans Uwe (2010): *Capabilities: Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS.

Internetquellen:

www.gesundheit-bb.de [24.02.13]

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de [24.02.13]

Frühe Hilfen – Ein neues Handlungsfeld zur Stärkung von Kindern und Familien

Gravierende Fälle von Kindesvernachlässigung bis hin zu Todesfällen gaben Anlass zu einer breiten gesellschaftlichen Debatte zum Kinderschutz in Deutschland mit dem erklärten Ziel, das Wohl der Kinder in den Mittelpunkt der gesellschaftlichen Verantwortung zu rücken. Unterstützt wurde diese Debatte von den Ergebnissen der Kindergesundheitsstudie kiggs, die auf eine sog. „neue Morbidität“ in Richtung verstärkter Entwicklungs- und Verhaltensstörungen sowie psychischer Erkrankungen verweist (Ravens-Sieberer et al. 2007; SVR 2009: 46). Zudem konstatieren Kommunen kontinuierlich steigende Ausgaben in der Kinder- und Jugendhilfe (Meier-Gräwe & Wagenknecht 2011). Es waren also mehrere Problem- bzw. Defizitbetrachtungen, die das neue Handlungsfeld ‚Frühe Hilfen‘ begründeten, und doch, so wollen wir es in diesem Beitrag aufzeigen, ist die Handlungsmaxime der praktischen Arbeit in den Frühen Hilfen v. a. ressourcenorientiert.

Ressourcenorientierung als Handlungsmaxime der Frühen Hilfen

Dies herauszustellen ist auch insofern von besonderer Bedeutung, als die öffentliche Diskussion den Druck nach Kontrollmaßnahmen erhöht hat und dies die Unterstützung von Familien in der öffentlichen Wahrnehmung häufig überlagert. Die flankierenden Maßnahmen, wie die Konkretisierung des Schutzauftrages für Kindeswohlgefährdung (2005 eingeführter § 8a des SGB VIII), haben dies verstärkt (Wiesner 2006). Auch die in allen Bundesländern in unterschiedlicher Form eingeführten verpflichtenden Einladewesen für die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen werden von Eltern mitunter als Kontrolle erlebt, sodass sie ihnen mit Skepsis begegnen (Hackauf 2010; Aydin-Canpolat 2012), wengleich die Früherkennung unstrittig ein wichtiges Instrument der Prävention von kindlichen Fehlentwicklungen ist (Fegert et al. 2010).

Öffentliche Diskussionen erhöhen Druck nach Kontrollmaßnahmen

1 Gesundes Aufwachsen als politisches Ziel

Das gesunde und gewaltfreie Aufwachsen von Kindern wird in Deutschland mehr denn je nicht nur als private Verantwortung von Eltern begriffen, sondern auch als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Gesundes und gewaltfreies Aufwachsen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

angesehen (siehe auch den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung, BMFSFJ 2009). Gemäß der auch von Deutschland ratifizierten UN-Kinderrechtskonvention haben die Staaten dafür Sorge zu tragen, dass alle Kinder (unabhängig von ihrer Lebenslage) vor Gefahren geschützt werden, dass ihre Entwicklung aktiv gefördert wird und dass sie an allen sie betreffenden Entscheidungen und Maßnahmen beteiligt werden (vgl. Maywald 2009). Ziel ist die Verwirklichung umfänglicher Teilhabechancen in Bezug auf alle Lebensbereiche, v. a. aber in den Bereichen Gesundheit und Bildung. Alle Kinder und ihre Familien sollen deshalb uneingeschränkten Zugang zu den entsprechenden Unterstützungs- und Förderangeboten haben. Eltern wiederum haben laut Grundgesetz eine besondere – und aufgrund der historischen Erfahrungen im wiedervereinten Deutschland auch besonders geschützte – Position gegenüber ihren Kindern (vgl. Hölbing 2010): Es ist laut Art. 6 GG ihre „zuvörderste Pflicht“, für das Wohl ihrer Kinder zu sorgen. Über die Ausübung dieser Sorge „wacht die staatliche Gemeinschaft“, und zwar in zweifacher Hinsicht: Sie soll Eltern jede notwendige Unterstützung anbieten, damit sie diese Verantwortung gut ausfüllen können; im Falle des Scheiterns ist sie jedoch befugt und verpflichtet, im Interesse des Kindeswohls einzugreifen, um Kinder vor schwerwiegendem Schaden zu bewahren. Hier entspringt auch der doppelte Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe: Unterstützung und Hilfe bei Problemen anbieten einerseits, kontrollieren und intervenieren bei einer Gefährdung des Kindeswohls andererseits. Die Überschreitung der Schwelle zu einer Kindeswohlgefährdung bedarf dabei im Einzelfall einer sorgfältigen fachlichen und juristischen Prüfung (Münder 2008).

Die Vorstellung von einer gemeinsamen Verantwortung von Eltern und Gesellschaft für ein gelingendes Aufwachsen gilt zunehmend auch für den frühkindlichen Bereich. Dies lässt sich an zwei Entwicklungen ablesen: zum einen am Ausbau der Kindertagesbetreuung für Kinder unter 3 Jahren, welcher neben der besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf auch das Ziel der Verbesserung der Bildungschancen vieler Kinder verfolgt (vgl. Peucker et al. 2010), und zum anderen am Auf- und Ausbau Früher Hilfen (BMFSFJ 2006).

Wohl der Kinder als Elternrecht und Elternpflicht mit staatlichem Wächteramt

Doppelauftrag der Kinder- und Jugendhilfe: Unterstützung bei Problemen sowie Intervention bei Gefährdung

Fachliche und politische Erkenntnisse zum Auf- und Ausbau Früher Hilfen

2 Ausgangspunkte der Entwicklung Früher Hilfen

Grundlegend für das Konzept der Frühen Hilfen sind Erkenntnisse zur Bedeutung früher Erfahrungen für den weiteren Entwicklungsverlauf von Kindern (Sroufe et al. 2011), insb. hinsichtlich einer sicheren emotionalen Bindung zwischen Hauptbezugspersonen und Säugling, die die sozio-emotionale und kognitive Entwicklung von Kindern begünstigt (Grossmann & Grossmann 2005). Sichere Bindung gilt als Schutzfaktor gegen Vernachlässigung und Misshandlung (Ziegenhain & Fegert 2007) und kann negative Effekte von psychosozialen Risiken mildern oder aufheben. Zum Gelingen einer positiven Beziehungs- und Bindungsentwicklung können viele Faktoren beitragen: Merkmale des Kindes, die individuelle Lebenslage sowie die biografischen Erfahrungen von Müttern und Vätern, auch die verfügbare soziale Unterstützung im weiteren Familiensystem und im sozialen Nahraum (Ahnert 2004; Bengel et al. 2009). Hier bieten sich geeignete Ansatzpunkte für unterstützende Maßnahmen, die von einer Erweiterung der sozialen Ressourcen eines Familiensystems bis hin zu einer einfühlsamen Förderung der Mutter-/Vater-Kind-Interaktion reichen können (Ziegenhain 2008).

Der Fokus auf die Altersgruppe 0 bis 3 Jahre begründet sich dadurch, dass zum einen diese Altersgruppe bei den erzieherischen Hilfen bis dato deutlich unterrepräsentiert war (Fendrich & Pothmann 2009), zum anderen damit, dass schwerwiegende Fälle von Vernachlässigung aufgrund der besonderen Vulnerabilität von Säuglingen und Kleinkindern in dieser Altersgruppe häufiger vorkommen und mit massiveren Schädigungen einhergehen (Münder et al. 2000). Die eingeleiteten gesetzlichen Reformen zur Verbesserung des Kinderschutzes konzentrierten sich zunächst auf eine Stärkung des staatlichen Wächteramtes, die 2005 ihren Ausdruck in der Einführung des § 8a in das SGB VIII fand. Darin werden die Verfahrensschritte geregelt, die Fachkräfte in der Jugendhilfe bei einem Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung zu beachten haben. In der Folge waren deutliche Steigerungen der Fallzahlen im Bereich der Hilfen zur Erziehung und Schutzmaßnahmen (Rauschenbach & Pothmann 2010) und damit auch steigende Kosten für die Kinder- und Jugendhilfe zu ver-

**Sichere Bindung
als Schutzfaktor
gegen Vernachlässigung und
Misshandlung**

**Fokus auf
0- bis 3-Jährige**

**Modellversuche
zu sozialen
Frühwarn-
systemen**

zeichnen. Eine vielversprechende Strategie zur nachhaltigen Verbesserung der Bedingungen des Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen, und damit auch zur Reduzierung der Fallzahlen, verbunden mit der Hoffnung auf eine Stabilisierung der Ausgabenseite, bot sich mit der Etablierung frühpräventiver Angebotsstrukturen (Kindler 2010a). In Nordrhein-Westfalen wurden schon 2001 Modellversuche mit sog. „Sozialen Frühwarnsystemen“ (MGSFF 2005) gestartet, auch einzelne Kommunen wie Dormagen und Monheim stellten ihr Jugendhilfesystem sukzessive auf Prävention um (Sandvoss & Kramer 2010). Im Jahr 2005 wurden dann auch auf Bundesebene mit dem Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ entsprechende Aktivitäten eingeleitet (BMFSFJ 2006).

**Belastungs-
merkmale zur
Eingrenzung
der Zielgruppen
für aufsuchen-
de Frühe Hilfen**

Diesem Programm zufolge sollen sich Frühe Hilfen v. a. an Familien in besonders belastenden Lebenslagen richten und dazu beitragen, möglichst früh „die Voraussetzungen für eine tragfähige Eltern-Kind-Beziehung herzustellen, Risiken und Gefährdungen zu erkennen und durch wirksame Programme und unterstützende Hilfen Fehlentwicklungen vorzubeugen“ (BMFSFJ 2006: 4). Derzeit werden zur Eingrenzung der spezifischen Zielgruppen aufsuchender Früher Hilfen diverse gesicherte Belastungsmerkmale herangezogen (Meysen et al. 2008):

- eigene Erfahrungen von Misshandlung und Vernachlässigung eines Elternteils
- psychische Erkrankung eines Elternteils (bspw. Depression, Sucht)
- Gewalt in der aktuellen Partnerschaft
- erhöhte Fürsorgeanforderungen durch ein krankes oder behindertes Kind
- frühe Mutterschaft und/oder ungewollte Schwangerschaft
- Alleinerziehen in Kombination mit mangelnder sozialer Unterstützung
- fehlendes Erziehungswissen und/oder unrealistische Erwartungen an das Kind
- Armut
- Arbeitslosigkeit
- geringe Bildung

Diese Faktoren erhöhen – v. a. wenn sie kumulativ auftreten – die Wahrscheinlichkeit einer eintretenden Vernachlässigung und/oder

Misshandlung des Kindes, wobei keineswegs von einem deterministischen Zusammenhang die Rede sein kann (Kindler 2010b). In vielen Fällen würde auch ohne eine Hilfe keine Gefährdungssituation eintreten. Dennoch können diese Familien von den Unterstützungsangeboten profitieren, da sie Eltern Entlastung bieten, die Entwicklung der Kinder anregen und die Integration in den sozialen Nahraum verbessern.

Im Rahmen des Aktionsprogramms wurde 2007 das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) eingerichtet, das den Auf- und Ausbau Früher Hilfen bundesweit unterstützen soll, indem es Erkenntnisse und Erfahrungen aus den Modellprojekten, der Wissenschaft und Fachpraxis bündelt, systematisiert und einer breiten (Fach-) Öffentlichkeit zur Verfügung stellt. Insgesamt soll das NZFH mit koordinierenden, aber auch Forschung initiiierenden Aktivitäten zur wissensbasierten Weiterentwicklung Früher Hilfen beitragen. So wurden Evaluationsstudien zu insgesamt zehn unterschiedlichen Modellprojekten Früher Hilfen in den Ländern (NZFH 2008) sowie ein Modellprojekt explizit zum Qualitätsmanagement im Kinderschutz (Gerber & Backes 2010) auf den Weg gebracht.

**Gründung des
Nationalen
Zentrums Frühe
Hilfen (NZFH)
2007**

3 Begriffsbestimmung Früher Hilfen

Der Begriff „Frühe Hilfen“ zeichnet sich seit seiner Einführung durch mangelnde definitivische Schärfe aus und bietet daher viel Raum für Interpretationen. Um diesem Problem zu begegnen, hat der Wissenschaftliche Beirat des NZFH 2009 eine Begriffsbestimmung vorgelegt, die sich mit den Zielen Früher Hilfen, den unterschiedlichen Maßnahmen zur Zielerreichung und den dafür relevanten Akteuren und Hilfesystemen auseinandersetzt. Leitmotiv bei der Entwicklung dieser Arbeitsdefinition war auch, die zu Beginn des Aktionsprogramms im Vordergrund stehende einseitige Fokussierung Früher Hilfen auf Gefahrenabwehr zu überwinden und diese in ein umfassendes Verständnis der Förderung positiver Entwicklungsbedingungen einzubetten. Gestalt und Ziele Früher Hilfen werden wie folgt beschrieben:

**Ziel:
Überwindung
der Fokus-
sierung auf
Gefahrenabwehr**

„Frühe Hilfen bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-

Jährigen. Sie zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Damit tragen sie maßgeblich zum gesunden Aufwachen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe“ (Wissenschaftlicher Beirat 2012: 7).

**Frühe Hilfen
als komplexe
Hilfesysteme im
sozialen Raum**

Teil 1 der Begriffsbestimmung macht deutlich, dass mit Frühen Hilfen nicht vorrangig Einzelangebote der Kinder- und Jugendhilfe oder anderer Leistungssysteme gemeint sind, sondern dass es sich um komplexe Hilfesysteme in einem umschriebenen Sozialraum handelt. Die Zielgruppe wird zunächst über das biografische Alter der Kinder eingegrenzt, ohne schon nach Lebenslagen zu differenzieren. Die Ziele Früher Hilfen werden umfassend und in ihrer Konkretisierung positiv formuliert. Die Zielbeschreibung löst sich damit von dem isolierten Ziel der Vermeidung von Vernachlässigung bzw. Misshandlung und orientiert sich stärker an den Prinzipien einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung, wie sie auch im 13. Kinder- und Jugendbericht (BMFSFJ 2009) postuliert werden (vgl. auch Pott et al. 2010). Dies drückt sich auch in der Bezugnahme auf die UN-Kinderrechtskonvention (Recht auf Schutz, Förderung und Teilhabe) aus.

**Entwurf
eines Stufen-
modells von
Präventions-
maßnahmen**

Teil 2 der Begriffsbestimmung entwirft ein Stufenmodell von Präventionsmaßnahmen, das auf der Basis einer universellen Gesundheitsförderung für alle Kinder auch spezifische Angebote für Familien mit besonderen Unterstützungsbedarfen beinhaltet:

„Frühe Hilfen umfassen vielfältige sowohl allgemeine als auch spezifische, aufeinander bezogene und einander ergänzende Angebote und Maßnahmen. Grundlegend sind Angebote, die sich an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern im Sinne der Gesundheitsförderung richten (universelle/primäre Prävention). Darüber hinaus wenden sich Frühe Hilfen insbesondere an Familien in Problemlagen (selektive/sekundäre Prävention). Frühe Hilfen tragen in der Arbeit mit den Familien dazu bei, dass Risiken für das Wohl und die Entwicklung des Kindes frühzeitig wahrgenommen und reduziert werden. Wenn die Hilfen nicht ausreichen, eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden, sorgen Frühe Hilfen dafür, dass weitere Maßnahmen zum Schutz des Kindes ergriffen werden“ (Wissenschaftlicher Beirat 2012: 7).

**Frühe Hilfen im
Spannungsfeld
zwischen Hilfe
und Kontrolle**

Frühe Hilfen befinden sich, wie andere Angebote der Kinder- und Jugendhilfe auch, in einem Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle, wobei die Gewichtung dieser beiden Pole in der Praxis ganz

unterschiedlich ausfallen kann (Sann & Landua 2010). Kontroversen entzündeten sich im fachpolitischen Diskurs v. a. an der Frage der zu bevorzugenden Präventionsstrategie: Sollte zur Vermeidung von möglichen Stigmatisierungseffekten einer strikt universell-präventiven Strategie der Vorzug gegeben werden vor einer selektiven Ansprache besonders belasteter Zielgruppen? Oder könnte dies nicht im Gegenteil dazu führen, dass die Hilfen gerade da nicht ankommen, wo sie am meisten bewirken könnten, nämlich bei den besonders belasteten Eltern? Geht es mehr um eine allgemeine Förderung von elterlichen Kompetenzen oder doch eher um die gezielte, wenn auch vorbeugende und strikt freiwillige Vermeidung möglicher Gefährdungen des Kindeswohls? Der Wissenschaftliche Beirat des NZFH schlägt hier ein „sowohl als auch“ in einem additiven Sinne vor. Mit einer breiten Basis universell-präventiver Angebote sollen die Verfügbarkeit von Information über und die ausreichende Versorgung mit allgemeinen Unterstützungs- und Hilfeangeboten im Sozialraum gesichert werden. Darin eingebettet bedarf es aber besonderer Bemühungen, um Familien in schwierigen Lebenslagen zu erreichen und bedarfsgerecht zu unterstützen. Denn gerade belasteten Familien fehlen oft das Wissen und auch die Kraft, sich Unterstützung aktiv zu erschließen. Sie benötigen spezifische, niedrigschwellige, meist aufsuchende Angebote, die ihre besondere Lebenslage berücksichtigen. Die Vermeidung von Stigmatisierung ist dabei in erster Linie eine Frage der Haltung, mit der Fachkräfte Müttern (und in geringem Maße bisher Vätern) gegenüberreten, um sie für die Teilnahme an den rein freiwilligen Angeboten der Frühen Hilfen zu motivieren. Eltern als potenzielle Gefährdung für ihr Kind zu adressieren, bietet hier keine Ausgangsbasis, sondern blockiert den Aufbau einer Vertrauensbeziehung (Geene 2011). Daher gilt es, in der Ansprache positive Ziele Früher Hilfen zu formulieren, wie bspw. die Förderung einer altersgemäßen Entwicklung des Kindes und das Erleben von mehr Sicherheit und Selbstwirksamkeit in der Elternrolle. Dies kommt in der Regel den Bedürfnissen und Wünschen von Eltern entgegen (Renner & Heimeshoff 2010) und kann die Motivierung zur Inanspruchnahme einer Hilfe stützen. Mögliche Belastungen in der aktuellen Lebenssituation anzusprechen, sollte jedoch nicht tabuisiert sein, wichtig ist die Verknüpfung mit einem

**Breite Basis
universell-
präventiver
Angebote**

**Spezifische,
niedrig-
schwellige,
aufsuchene
Angebote**

**Ansprache der
Eltern über
positive Ziele**

**Frühe Hilfen
als Brücke
zum inter-
venierenden
Kinderschutz**

passenden Unterstützungs- bzw. Hilfeangebot (Helming 2008). Dennoch können Situationen entstehen, in denen das Kindeswohl nicht mehr gewährleistet oder gar in akuter Gefahr ist. Verantwortliche Fachkräfte müssen daher auch in der Lage sein, solche Situationen rechtzeitig zu erkennen und Maßnahmen zum Schutz des Kindes in die Wege zu leiten, auch wenn sie selbst nicht diejenigen sind, welche diese dann umsetzen. Frühe Hilfen bilden hier eine Brücke zum intervenierenden Kinderschutz (tertiäre Prävention).

**Ressortüber-
greifende
Vernetzung und
Kooperation der
Hilfesysteme**

Als gleichrangig zweites Handlungsfeld Früher Hilfen wird die ressortübergreifende Vernetzung und Kooperation unterschiedlicher Hilfesysteme und ihrer Akteure angesehen:

„Frühe Hilfen basieren vor allem auf multiprofessioneller Kooperation, beziehen aber auch bürgerschaftliches Engagement und die Stärkung sozialer Netzwerke von Familien mit ein. Zentral für die praktische Umsetzung Früher Hilfen ist deshalb eine enge Vernetzung und Kooperation von Institutionen und Angeboten aus den Bereichen der Schwangerschaftsberatung, des Gesundheitswesens, der interdisziplinären Frühförderung, der Kinder- und Jugendhilfe und weiterer sozialer Dienste. Frühe Hilfen haben dabei sowohl das Ziel, die flächendeckende Versorgung von Familien mit bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten voranzutreiben, als auch die Qualität der Versorgung zu verbessern“ (Wissenschaftlicher Beirat 2012: 7)

**Zentrale
Kooperations-
partner im
Netzwerk**

In Teil 3 der Begriffsbestimmung des NZFH sind neben dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe auch die Einrichtungen der Frühförderung (Thurmair 2008; Klein 2009) sowie das rechtlich eigenständige System der Schwangerschaftsberatung (Franz & Busch 2012) als zentrale Kooperationspartner im Netzwerk Früher Hilfen genannt. Dem liegt die Erkenntnis zugrunde, dass die Kinder- und Jugendhilfe keinesfalls allein das Ziel erreichen kann, eine ausreichende Versorgung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern mit bedarfsgerechten Angeboten zu realisieren. Zugänge zu (werdenden) Eltern sind in der Schwangerschaft, rund um die Geburt und in der ersten Zeit mit dem Baby regelhaft im Bereich der medizinischen Versorgung (Gynäkologie, Geburtshilfe, Pädiatrie) vorhanden. Diese sollen im Kontext Früher Hilfen systematischer genutzt werden, um neben medizinischen Risiken und Problemen auch psychosoziale Belastungen wahrzunehmen und Familien in entsprechende Hilfeangebote überzuleiten. Die Unterstützungsbedarfe von Kindern und Eltern in dieser frühen Phase des Familien-

**Trennung
medizinischer,
psycholo-
gischer und
sozialer
Dienste ist
nicht nutzer-
freundlich**

lebenszyklus sind vielfältig und komplex, eine Trennung von medizinischen, psychologischen und sozialen Ursachen, die eine Zuordnung zu unterschiedlichen Leistungssystemen nach sich zieht, ist für die Adressierten oft wenig sinnvoll und im Einzelfall mit erheblichem Aufwand verbunden. Es gilt, ‚maßgeschneiderte‘ Lösungen zu finden und diesen hohen Anspruch im Netzwerk Früher Hilfen umzusetzen. Dabei wird aber nicht nur auf die professionellen Akteure Bezug genommen, sondern explizit auch der soziale Nahraum von Familien als wichtige Ressource benannt. Ziel aller Bemühung ist sowohl die Verbesserung des Versorgungsgrades mit frühpräventiven Angeboten als auch die (empirisch basierte) Steigerung der Qualität der Angebote.

Ziel: ‚maßgeschneiderte‘ Lösung für jede einzelne Familie

4 Kommunale Praxis Früher Hilfen

Das Deutsche Institut für Urbanistik (DIfU) hat im Auftrag des NZFH eine bundesweite Bestandsaufnahme zu Frühen Hilfen durchgeführt, in deren Rahmen Jugend- und Gesundheitsämter als kommunale Steuerungsbehörden zu ihren Angebots- und Kooperationsstrukturen befragt wurden (Arlt et al. 2009; Landua et al. 2009; NZFH 2011). Die Ergebnisse¹ werden im Folgenden als Zwischenstand des Aufbaus Früher Hilfen vorgestellt.

Nahezu jedes der befragten Jugendämter ist nach eigenen Angaben im Bereich Früher Hilfen aktiv (96 %). Die öffentliche Jugendhilfe hat also erwartungsgemäß die Initiative zum Auf- und Ausbau Früher Hilfen in den Kommunen ergriffen. Doch auch ca. 79 % der Gesundheitsämter geben an, bereits Aktivitäten im Bereich Früher Hilfen entwickelt zu haben, was auf eine hohe Beteiligung von Gesundheitsämtern beim Auf- und Ausbau Früher Hilfen hinweist (Sann 2010). Etwa 62 % der befragten Jugendämter und 54 % der befragten Gesundheitsämter geben an, dass sie 2010 eine hohe bis sehr hohe politische Priorität für die Frühen Hilfen in ihrer Kommune wahrnehmen, ca. 90 % beider Behörden haben dabei in den letzten Jahren einen deutlichen Bedeutungszuwachs dieses Bereiches erlebt. Dies findet eine Entsprechung in politischen Beschlüssen zum

Hohe Aktivität im Feld Frühe Hilfen seitens der Jugend- und Gesundheitsämter

Bedeutungszuwachs von Frühen Hilfen

¹ Ausführlich in Sann (2012).

Auf- und Ausbau Früher Hilfen bei mittlerweile drei von vier der Kommunen (NZFH 2011).

**Steuerungs-
verantwortung
liegt v. a. beim
Jugendamt**

Die Steuerungsverantwortung für den Auf- und Ausbau Früher Hilfen liegt laut 72 % aller Befragten beim Jugendamt – diese Einschätzung wird überdurchschnittlich oft von den Jugendämtern selbst (ca. 80 %), aber auch von den Gesundheitsämtern (ca. 60 %) vertreten. 20 % der Befragten sehen Jugend- und Gesundheitsamt gemeinsam in der Pflicht – diese Position ist insb. unter Gesundheitsämtern (29 %) zu finden, weniger unter den Jugendämtern (ca. 15 %). Eine zentrale Steuerung durch ein Gesundheitsamt wird nur von einer Minderheit beschrieben (2 % der Jugendämter, 9 % der Gesundheitsämter). Ob ein Gesundheitsamt eine solche Aufgabe tatsächlich übernehmen kann, hängt maßgeblich von seiner Ausstattung ab, die von Kommune zu Kommune sehr unterschiedlich sein kann. Auch ist die Aufgabenzuweisung je nach landesrechtlichen Regelungen unterschiedlich ausgestaltet.

**Wahrnehmung
Früher Hilfen
als primäre
und sekundäre
Prävention**

Unter den befragten Jugend- und Gesundheitsämtern finden insb. diejenigen Aussagen Zustimmung, die Frühe Hilfen als biografisch früh einsetzende Unterstützung und als sekundäre Prävention für Risikogruppen verstehen. An dritter Stelle – bezogen auf den Grad der Zustimmung – steht die Beschreibung der Frühen Hilfen als Maßnahmen, welche auf die präventive Förderung der Erziehungskompetenz der Eltern abzielen, gefolgt von der Aussage, dass sich Frühe Hilfen im Sinne primärer Prävention an alle Eltern wenden sollen. Dem wird v. a. von Jugendämtern zugestimmt. Die geringste Zustimmung findet das Item, welches Frühe Hilfen als intervenierende Maßnahmen des Kinderschutzes beschreibt.

**Wenig Zustim-
mung für Frühe
Hilfen als ter-
tiäre Prävention**

Eine tiefer gehende Analyse der Zusammenhänge zwischen den einzelnen Variablen (Sann 2012) offenbart, dass es zwei grundlegend verschiedene Auffassungen von Frühen Hilfen in der kommunalen Praxis gibt. Ein gut abgrenzbares Antwortmuster kann als ein Verständnis Früher Hilfen im Sinne von „Früher Förderung“ interpretiert werden, welches Aspekte eines primärpräventiv ausgerichteten Unterstützungssystems für alle (angehenden) Eltern mit Kleinkindern bis 3 Jahren und die Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern umfasst. Ein zweites Antwortmuster beinhaltet dagegen v. a. sekundär-präventive bzw. intervenierende Maßnahmen und eine

**Frühe Hilfen
als „Frühe
Förderung“**

Ausrichtung auf Risikogruppen, ein Verständnis Früher Hilfen, das man als „präventiven Kinderschutz“ bezeichnen könnte. Befragte aus den Gesundheitsämtern beziehen in ein solches Konzept auch Familien mit älteren Kindern im Sinne von rechtzeitiger Hilfe mit ein, was bei den Jugendämtern eher nicht der Fall ist. Diese Befunde zeigen deutlich die unterschiedlichen Facetten der Fachpraxis: Frühe Hilfen werden mancherorts eng mit der präventiven Abwendung möglicher Kindeswohlgefährdungen verbunden und sind daher klarer Bestandteil des Kinderschutzsystems, während es andernorts aber auch eine Ausrichtung der Frühen Hilfen in Richtung universeller Prävention gibt und damit eher ein Ausbau von allgemeinen Förderangeboten für Familien im Sozialraum einhergeht. Viele Kommunen kombinieren jedoch auch beide Strategien (Sann & Landua 2010).

Zwei Handlungsfelder haben sich als maßgebend für den Aufbau und Ausbau Früher Hilfen herausgestellt: der Aufbau von system- und professionsübergreifenden Netzwerken und die Implementierung von Angeboten für Familien. Diese Maßnahmen wurden in beiden Untersuchungen von den Jugend- und Gesundheitsämtern als zentrale Aktivitäten im Feld Früher Hilfen benannt (Sann 2010; NZFH 2011).

5 Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung

Mittlerweile sind in etwa zwei Drittel aller Kommunen Netzwerke Früher Hilfen aufgebaut worden (NZFH 2011), seit 2012 auch mit den Mitteln und in Regelung durch das Bundeskinderschutzgesetz und die dazugehörige Verwaltungsvereinbarung zwischen Bund und Ländern. Um die Quantität und Qualität der Kooperationen der kommunalen Steuerungsbehörden mit den verschiedenen Einrichtungen und Berufsgruppen, die im Feld Früher Hilfen relevante Beiträge leisten (können), zu erfassen, wurden die Kommunen in der DifU-Befragung gebeten, 35 mögliche Kooperationspartner zu bewerten.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Kooperationsbeziehungen der kommunalen Behörden sich heterogen darstellen. Verbindliche bzw. vertraglich abgesicherte Kooperationen der Ämter mit den unterschiedlichen Partnern im Bereich Früher Hilfen werden selten be-

Frühe Hilfen als „präventiver Kinderschutz“

Vernetzung und Angebotsimplementierung als zentrale Aufgaben

Heterogenität der Kooperationsbeziehungen

Schwangerschaftsberatung und Geburtshilfe als wichtige, aber seltene Kooperationspartner

richtet und wenn, dann vorwiegend zwischen dem Jugendamt und Akteuren aus dem Jugendhilfesektor, bspw. den Trägern sozialpädagogischer Familienhilfen, Erziehungsberatungsstellen oder Kindertageseinrichtungen (Landua et al. 2009). Beide Behörden schätzen Schwangerschaftsberatungsstellen und stationäre Geburtshilfeeinrichtungen als wichtige Kooperationspartner im Bereich Früher Hilfen ein, geben jedoch nur mittelmäßig häufig tatsächliche Kontakte mit diesen Einrichtungen an. Eine auffällige Diskrepanz zwischen hoher zugeschriebener Bedeutung und vergleichsweise niedriger wahrgenommener Qualität der Kooperation wird von beiden Behörden im Bereich der Geburtshilfe (Kliniken und niedergelassene Hebammen) und seitens der Jugendämter daneben hauptsächlich mit niedergelassenen Pädiater/innen erlebt. Dagegen wird von beiden Ämtern die aus ihrer Sicht gute Zusammenarbeit mit Familienberatungsstellen und Kindertageseinrichtungen hervorgehoben. Im unteren Drittel einer nach wahrgenommener Bedeutung und Häufigkeit der Kooperation geordneten Rangreihe der Kooperationspartner finden sich die Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und der Familienbildung (Sann & Landua 2010).

Gute Zusammenarbeit mit Familienberatung und Kitas

Kaum Kooperation mit Erwachsenenpsychiatrie und Familienbildung

Dies ist als kritischer Befund zu werten, da zum einen psychische Erkrankungen von Eltern als Hauptrisikofaktor für Kindeswohlgefährdung angesehen werden und Kooperationen mit therapeutischen Angeboten für Erwachsene in solchen Fällen wichtig sein können, um die Entwicklung eines passgenauen Betreuungskonzeptes für Eltern und Kind zu ermöglichen. Zum anderen stellen die Angebote der Familien- und Elternbildung zur Förderung der Erziehungskompetenz einen wichtigen Baustein in einem Stufenmodell früher Präventionsangebote dar und sollten daher ebenfalls gut in die Netzwerkarbeit integriert sein. Auch die Kooperation mit weiteren Sozialleistungsträgern wie Sozialamt, Wohnungsamt oder Arbeitsagentur spielt in den Augen der kommunalen Steuerungsbehörden nur eine untergeordnete Rolle. Diese könnten (entsprechende Schulung vorausgesetzt) ebenfalls Notsituationen von Eltern wahrnehmen, v. a. was die materielle Sicherung einer Familie anbelangt, und auch entsprechende Beiträge zur Stabilisierung einer familiären Situation und damit auch zur Sicherung des Kindeswohls leisten (Sann 2012).

Sozial-, Wohnungsamt und Arbeitsagentur als mögliche weitere Kooperationspartner

Die Zusammenarbeit von Jugend- und Gesundheitsamt selbst weist eine starke Asymmetrie auf: Das Jugendamt ist der wichtigste Partner für die Gesundheitsämter, wenn es um Frühe Hilfen geht, umgekehrt jedoch wird der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) von der Jugendhilfe kaum als relevanter Partner angesehen, er nimmt nur einen mittleren Rangplatz in Bezug auf die zugeschriebene Bedeutung ein.

Die wahrgenommene Qualität der Kooperationsbeziehung wird von beiden Behörden im Mittel als vergleichsweise niedrig bewertet (Sann 2010). Diese Befunde könnten auf einen möglichen Entwicklungsbedarf in den kommunalen Arrangements Früher Hilfen hinweisen: Potenziell könnte der öffentliche Gesundheitsdienst als Anlauf- und Koordinierungsstelle für diverse Akteure aus dem medizinischen Bereich, wie bspw. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte oder Hebammen/Familienhebammen dienen und auf diese Weise zu einer verbesserten Zusammenarbeit des Gesundheitssystems mit der Kinder- und Jugendhilfe beitragen (Kratzsch et al. 2012). Voraussetzungen dafür wären aber sowohl eine angemessene Ausstattung als auch entsprechende Befugnisse, um in der Kooperation mit dem Jugendamt diese Brückenfunktion auch wirklich wahrnehmen zu können.

Die Netzwerkarbeit verbessert aus Sicht der Behörden v. a. das wechselseitige Verständnis und die Kommunikation der Akteure und wirkt sich zudem positiv sowohl auf die Zusammenarbeit im Einzelfall als auch auf die fallübergreifende Kooperation aus. Damit verbessern sich subjektiv auch die Möglichkeiten, zeitnah bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung zu reagieren. Die Auswirkungen eines verbindlich organisierten Netzwerks auf die Zielerreichung Früher Hilfen werden deutlich positiver erlebt als die eines unverbindlichen Netzwerks. Dies betrifft gerade auch die Inanspruchnahme der Angebote Früher Hilfen seitens der Familien – ein zentrales Anliegen der Netzwerkarbeit. Unter verbindlichen Netzwerken wurden in einer Clusteranalyse solche zusammengefasst, bei denen die Befragten insb. regelmäßige Netzwerktreffen, das Vorhandensein einer Koordinierungsstelle, verbindliche Vereinbarungen zur gemeinsamen Zielerreichung und Maßnahmen zur Qualitätssicherung bejahten. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, ausrei-

Asymmetrie in der Zusammenarbeit von Jugend- und Gesundheitsamt

Stärkung des ÖGD als Anlauf- und Koordinierungsstelle für medizinische Akteure

Erhöhte Inanspruchnahme der Angebote Früher Hilfen durch verbindliche Netzwerkarbeit

**Ressourcen-
bereitstellung
für Netzwerk-
arbeit nötig**

chende zeitliche, finanzielle und personelle Ressourcen für eine nachhaltige und verbindliche Netzwerkarbeit zur Verfügung zu stellen (Sann 2010).

6 Kommunale Angebotsstrukturen Früher Hilfen

Die Bereitstellung von zusätzlichen Hilfeangeboten für Familien wird ebenfalls von zwei Dritteln der Kommunen befürwortet (NZFH 2011). Gemessen am Verwendungszweck der für Frühe Hilfen bereitgestellten finanziellen Mittel machen die Hilfeangebote mit durchschnittlich ca. 60 % sogar den Löwenanteil an den kommunalen Aktivitäten im Bereich Früher Hilfen aus. Die verbleibenden Mittel werden v. a. für die Einrichtung von Koordinierungsstellen und Netzwerkveranstaltungen eingesetzt (ebd.).

**Breites
Spektrum
kommunaler
Angebote
Früher Hilfen**

Um die kommunalen Angebotsstrukturen im Bereich Früher Hilfen abbilden zu können, wurden die Befragten in den Behörden gebeten, anhand einer Liste von 25 möglichen Angeboten anzugeben, welche davon in ihrem Amtsbezirk vorhanden sind und welche nicht. Das Spektrum reichte dabei von universell-präventiven bis zu tertiär-präventiven Angeboten, da eine Vorselektion wenig sinnvoll erschien. Die Antworten zeigen, dass Kommunen in der Regel ein breites Spektrum von Angeboten für (werdende) Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern vorhalten. Dies beginnt bei Angeboten der universellen Prävention wie „Aufklärungsprojekte für Schüler/innen“ (ca. 69 %) und „Begrüßungsschreiben/Informationspaket zur Geburt“ (ca. 71 %). Zu den häufig genannten Leistungen gehören im Weiteren primär-präventive Unterstützungs- und Beratungsangebote wie „Gruppenangebote für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern“ (ca. 92 %) und „Elternkurse/-schulen/-seminare“ (ca. 91 %). In vielen Amtsbezirken vorzufinden sind auch „integrierte sozialraumorientierte Angebote für Familien mit Kindern von 0-3 Jahren“ (ca. 77 %), die in der Regel ein breites Spektrum von Angeboten unter einem Dach umfassen. Die Palette reicht aber auch in den sekundär- bis tertiär-präventiven Bereich hinein, z. B. „Beratungsstellen für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern“ (ca. 79 %), „Hilfen zur Erziehung für Schwangere bzw. werdende Eltern“ (ca. 87 %) oder

„speziell qualifizierte Sozialpädagogische Familienhilfe für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern“ (ca. 65 %).

Stationäre Maßnahmen und therapeutische Intervention werden vergleichsweise selten angegeben, nur jeweils gut ein Drittel der Amtsbezirke verfügt bspw. über „Heilpädagogische Tagesgruppen für Kleinkinder mit Betreuung der Eltern“ (ca. 37 %) oder „stationäre therapeutische Angebote für Eltern mit ihren Kleinkindern“ (ca. 38 %). Dieser Befund deutet zumindest auf regionale Disparitäten in der Versorgung mit besonders intensiven Hilfen hin, wie sie auch schon von Cierpka et al. (2007) konstatiert wurden. Insgesamt wurden durchschnittlich 13 unterschiedliche Arten von Angeboten genannt. Die meisten Kommunen versuchen also, die unterschiedlichen Lebenslagen und Bedarfe von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern mit unterschiedlich intensiven bzw. zielgruppenspezifischen Angeboten und Maßnahmen aufzufangen (NZFH 2011). Allerdings sind auf Basis dieser Informationen noch keine Aussagen zum Versorgungsgrad und zur Versorgungsqualität möglich, da nicht erhoben wurde, wie viele und welche Familien tatsächlich von den Angeboten erreicht und welche Effekte damit erzielt werden.

In dieses breite Spektrum von Unterstützungsangeboten und Hilfen sind auch spezifische Frühe Hilfen eingebettet. Bei der Frage nach „besonders wichtigen Angeboten Früher Hilfen“ werden v. a. aufsuchende Angebote durch Familienhebammen sowie Gruppen- und Beratungsangebote für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern genannt. Nur ein kleiner Anteil dieser Angebote (ca. 21 %) wird als ausschließlich „primär-präventiv“ beschrieben, d. h. sie richten sich ohne Unterschied an alle Familien. Die Mehrzahl (ca. 38 %) ist jedoch eher „sekundär-präventiv“ ausgerichtet, d. h. sie richten sich gezielt an belastete Familien, oder integriert sowohl primär- als auch sekundär-präventive Elemente (ca. 41 %). 85 % dieser Angebote sind dabei Bestandteil eines lokalen Netzwerkes Früher Hilfen. Erwartungsgemäß handelt es sich bei den genannten Angeboten vorwiegend um solche, die im häuslichen Umfeld der Familie durchgeführt werden („home-based“, ca. 47 %) bzw. um eine Kombination mit Angeboten, die in einer Einrichtung durchgeführt werden („home- und center-based“, ca. 37 %). Ausschließlich in den Räumen einer Einrichtung angesiedelte Angebote („center-based“) bil-

Regionale Disparitäten bei der Versorgung mit intensiven Hilfen

Kommunen versuchen, unterschiedlichen Bedarfen und Lebenslagen gerecht zu werden

Versorgungsgrad und -qualität sind ungeklärt

Familienhebammen, Gruppen- und Beratungsangebote als wichtiger Teil Früher Hilfen

Durchführung der Angebote meist zuhause oder kombiniert mit in der Einrichtung

den eine Minderheit (ca. 16 %). Sowohl die generelle Ausrichtung der als besonders wichtig erachteten Angebote Früher Hilfen als auch das Setting, in dem sie praktiziert werden, weisen darauf hin, dass die Zielgruppe der belasteten Familien, die eher mit aufsuchenden Angeboten erreicht werden kann, hier im Fokus der Bemühungen steht. Zwei von drei dieser Angebote sind schon jetzt in die Regelfinanzierung der Kommunen aufgenommen worden – eine positive Überraschung angesichts der zum Untersuchungszeitpunkt fehlenden gesetzlichen Verankerung Früher Hilfen und der klammen Haushalte der Kommunen (NZFH 2011).

7 Wirkungsvoraussetzungen und Wirksamkeit Früher Hilfen

Zieldimensionen für eine gute Praxis Früher Hilfen

Im Aktionsprogramm Frühe Hilfen wurden bereits sechs Zieldimensionen für eine gute Praxis Früher Hilfen vorgegeben: systematisch Zugang zu Familien finden, familiäre Belastungen und Risiken für das Kindeswohl zuverlässig einschätzen, Eltern aktiv zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten motivieren, passgenaue Hilfen bereitstellen, den Hilfeverlauf nachhaltig begleiten und die Hilfen im Regelsystem verankern (BMFSFJ 2006). Die Ergebnisse einer ersten Feldstudie (Helming et al. 2007) ergänzten diese Aufzählung um einen weiteren Punkt: fachübergreifend zusammenarbeiten.

Erprobung in 10 Modell- projekten

Dieser Katalog von Anforderungen bildete die Basis für die Beschreibung von Modellprojekten in den Ländern (NZFH 2008). Die unterschiedlichen Praxisansätze, die im Rahmen der dann ausgewählten zehn Projekte erprobt wurden, konzentrierten sich mehrheitlich auf Unterstützungsangebote für Familien in belastenden Lebenslagen (Sekundärprävention). Zudem wurde in der Mehrzahl der Projekte auch der Aufbau von Netzwerken Früher Hilfen unterstützt und/oder beforscht. Vom Bund gefördert wurde in erster Linie die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation der Praxisprojekte, welche wiederum vorwiegend durch Mittel der Länder und Kommunen sowie Stiftungsmittel finanziert wurden. Die Arbeit der Forschungsgruppen wurde vom NZFH koordiniert, sodass von Beginn an ein Austausch ermöglicht wurde.

Die Forschungsansätze in den Projekten zeichnen sich durch eine große Heterogenität der Fragestellungen, Designs und Methoden aus. Einen Überblick dazu gibt die Forschungsdatenbank FORKID², die als Kooperationsprojekt des Informationszentrums Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung (IzKK) mit dem NZFH betrieben wird (Renner et al. 2010)³.

Das NZFH hat darüber hinaus die Praktiker/innen und Forscher/innen zu ihren Erfahrungen in den Projekten in Bezug auf die eingangs genannten Zieldimensionen befragt (Renner & Heimeshoff 2010). Daraus lassen sich erste Trends und Empfehlungen für die Dimensionen „Zugang“, „Einschätzung von Belastungen/Risiken“ und „Motivierung“ ableiten. Die Evaluationsergebnisse zeigen aber auch weitere Entwicklungsbedarfe sowie Forschungsdesiderate auf.

Befunde aus der Befragung der Modellprojekte (ebd.) zeigen, dass in diesen Projekten der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe eine bedeutende Rolle zukam: Das Jugendamt stellte für die Praktiker/innen in den Modellprojekten den wichtigsten und auch am besten bewerteten Partner dar, um Kontakt zu Familien mit Hilfebedarf zu bekommen. Dies widerspricht den Erwartungen des Aktionsprogramms, das einen nichtstigmatisierenden Zugang der Familien zum Hilfesystem v. a. über das Gesundheitssystem postulierte. Allerdings könnte dieser Befund auch aus den zum Teil erheblichen Startschwierigkeiten der Praxisprojekte bei der Implementation ihrer Angebote resultieren, die sie verstärkt Unterstützung bei der öffentlichen Jugendhilfe suchen ließ. Es bleibt abzuwarten, ob sich solche Befunde bei der Untersuchung der Regelpraxis Früher Hilfen wiederholen. Aus dem Gesundheitssektor gelten v. a. die Hebammen als wichtige und offenbar gut akzeptierte Vermittlerinnen, gefolgt von den Geburtskliniken. Die Schwangerschaftsberatungsstellen sind den Ergebnissen zufolge ebenfalls als bedeutsame Vermittlungsinstanz zu betrachten. An die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte aus dem Bereich der Gynäkologie und Pädiatrie richten Praktiker/innen offensichtlich hohe Erwartungen in Bezug auf die Vermittlung von

**Forschungs-
datenbank
FORKID**

**Jugendamt
ermöglicht
Zugang zu
Familien**

**Vermittlung
durch Hebammen,
Geburts-
kliniken und
Schwanger-
schaftsbera-
tungsstellen**

² <http://db.dji.de/cgi-bin/db/default.php?db=22> [24.02.13]

³ Zusammenstellungen im Überblick auch in den beiden Sonderausgaben des Bundesgesundheitsblatts (2010), den IzKK-Nachrichten (1/2010) und der ‚Frühen Kindheit‘ (Sonderausgabe 2012).

Entwicklungsbedarf bei Vermittlung durch Gynäkologie und Pädiatrie

Familien mit Unterstützungsbedarf, die jedoch in vielen Fällen nicht eingelöst werden (Renner & Heimeshoff 2010). Dieser Befund stimmt mit den Ergebnissen der Bestandsaufnahme Früher Hilfen bei Jugend- und Gesundheitsämtern überein und weist auf einen deutlichen Entwicklungsbedarf hin.

Messinstrumente zur Einschätzung der familiären Belastungen und Risiken

In den Modellprojekten wurden auch verschiedene Instrumente zur Einschätzung von familiären Belastungen und Risiken für das Kindeswohl entwickelt und erprobt. Beispiele sind der „Anhaltbogen für ein vertiefendes Gespräch“ aus dem Projekt „Guter Start ins Kinderleben“, der für Einschätzungen in Geburtskliniken konstruiert wurde (NZFH 2010), oder die „Heidelberger Belastungsskala“, die für den Einsatz der Familienhebammen im Projekt „Keiner fällt durchs Netz“ zusammengestellt wurde (Eickhorst et al. 2010; Eickhorst & Peykarjou 2012). Derzeit kann jedoch noch keines dieser Instrumente eine gesicherte Validität reklamieren. Sensitivität und Spezifität als Maßstab für die Güte der Einschätzung schwanken nach Auskunft der Projektleiter noch erheblich. So konnten im Schnitt bei nur etwa 60 % der Familien der Gesamtbelastungsgrad richtig eingeschätzt werden, d. h. die Einschätzung zu Beginn stimmte mit den Einschätzungen im weiteren Hilfeverlauf überein, bei gut 40 % kam es zu gleichen Teilen zu einer Über- bzw. Unterschätzung der Belastung. Dies bedeutet, dass 20 % der Familien aufgrund einer falschen Einschätzung keine notwendige Hilfe bekommen hätten, und ebenso 20 % die angebotene Hilfe nicht benötigten (Renner & Heimeshoff 2010). Befunde aus dem Projekt „Soziale Frühwarnsysteme in NRW und Schutzengel in Schleswig-Holstein“ zeigen, dass die Risikoeinschätzung der Fachkräfte zu Beginn einer Hilfe nur zu 50 % mit dem Belastungserleben der Familien selbst übereinstimmte. In ca. 42 % aller Fälle gaben Eltern selbst eine hohe subjektive Belastung an, während die Fachkräfte nach dem Erstgespräch keine Anzeichen von Belastung bzw. Überforderung erkannten, bei ca. 7 % verhielt es sich genau andersherum. In ca. 29 % der Fälle wurde übereinstimmend von beiden Seiten eine Belastung/Überforderung wahrgenommen und bei ca. 22 % nahmen dies weder Eltern noch Fachkräfte wahr. Außerdem gab es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der ersten Risikoeinschätzung, der anschließend gewährten Hilfe und der retrospektiven Zufriedenheit der Familien mit

Sensitivität und Spezifität der Instrumente schwanken

Diskrepanz zwischen subjektivem Belastungserleben und Einschätzung der Belastungen durch Fachkräfte

dem Hilfeverlauf (Ziegler et al. 2010). Die Autor/innen schließen daraus, dass es von großer Bedeutung sei, bei der Eingangsdiagnostik sowohl die Sichtweisen der Fachkräfte als auch der Eltern zu berücksichtigen. Da sich viele Familien erst im Verlauf einer Hilfebeziehung öffnen und den Fachkräften (weitere) Belastungen anvertrauen, sollte die Eingangsdiagnostik nicht überbewertet werden.

Eingangsdiagnostik nicht überbewerten

Die Befunde weisen insb. darauf hin, dass sowohl die Einschätzungsinstrumente selbst als auch ihre Anwendung in der Praxis noch optimiert werden müssen. Einigkeit bestand bei allen Forschungsgruppen darüber, dass erprobte und praxistaugliche Einschätzungsinstrumente ein wichtiges Mittel zur transparenten Kommunikation zwischen Angehörigen unterschiedlicher Berufsgruppen und zwischen Fachkräften und Familien darstellen (Renner & Heimeshoff 2010).

Verbesserung der Messinstrumente und ihrer Anwendung nötig

In Bezug auf die Motivierung und Zusammenarbeit mit den Familien bestätigen die Erfahrungen aus den Modellprojekten, die vom NZFH in der eingangs erwähnten Untersuchung abgefragt wurden, bereits vorliegende Erkenntnisse für eine gelingende Ansprache (vgl. u. a. Bastian et al. 2008; Böttcher et al. 2008). So betonten alle Modellprojekte, dass vertrauensbildende Maßnahmen einen wichtigen Beitrag zur Motivierung der Familien zur Hilfeannahme leisten. Eine positive, Neugier weckende Haltung den Eltern gegenüber, eine persönliche und wiederholte Einladung und die Zusicherung von Vertraulichkeit auch gegenüber dem Jugendamt, fördern die Bereitschaft der Eltern, die Hilfen anzunehmen. Die Teilnahme an den Angeboten sollte möglichst freiwillig bleiben. Wichtig ist zudem ein frühzeitiger Kontaktaufbau bereits während der Schwangerschaft und bei Zusage der Familie ein zeitnaher Beginn der Maßnahme. Das Angebot sollte für die Familien in der Regel nicht mit Kosten verbunden sein, denn dies stellt für einkommensschwache Bevölkerungsgruppen oft eine Hürde dar. Bewährt haben sich offenbar zudem zielgruppengerechte Informationsmaterialien (Flyer), die von den Modellprojekten als eine wichtige flankierende Maßnahme beschrieben werden (Renner & Heimeshoff 2010).

Faktoren der Motivierung zur Hilfeannahme: Vertrauensbildung, Freiwilligkeit, frühzeitiger Kontaktaufbau, keine Wartezeiten, Kostenfreiheit

Die untersuchten Hilfeansätze lassen sich grob drei Kategorien zuordnen: der eher gesundheitsfördernde Ansatz der Familienhebammen, eher interaktionszentrierte Beratungsansätze wie bspw. die

entwicklungspsychologische Beratung (EPB) nach Ziegenhain et al. (2004) oder das STEEP™-Modell nach Erickson und Egeland (2006) und eher psycho-edukative Ansätze wie „Pro Kind“, das eine deutsche Adaption des „Nurse Family Partnership“-Programms nach Olds et al. (1999) darstellt.

Bis auf die EPB fanden alle Angebote in einem aufsuchenden Setting statt, z. T. auch kombiniert mit einem Gruppenangebot. Die eher interaktionszentrierten Interventionen wie das STEEP™-Modell haben einen positiven Effekt auf die Bindungsentwicklung (Suess et al. 2010a), d. h. Kinder der Interventionsgruppe weisen nach einem Jahr einen signifikant höheren Anteil an sicheren Bindungsmustern auf als die Kinder der Kontrollgruppe. Zudem ist der Anteil desorganisierter Bindungsmuster in der Interventionsgruppe signifikant niedriger. Der Bindungshintergrund der Familienbegleiterinnen hat dabei Einfluss auf die Wirksamkeit der Intervention: Beraterinnen mit sicheren Bindungsrepräsentationen gelingt es häufiger, bei den Kindern die Entwicklung sicherer Bindungsmuster zu fördern, als Beraterinnen mit unsicheren Bindungsmustern (Suess et al. 2010b). Der eher gesundheitsfördernde Ansatz der Familienhebammen geht mit einem positiven Selbstwirksamkeitserleben der Mütter (Ayerle et al. 2010), einer gesunden Entwicklung der Kinder (Makowsky & Schücking 2010) und einer Bereitschaft der Mütter zur Annahme weiterer Hilfen einher. Unklar bleibt aufgrund des Forschungsdesigns (Verlaufstudie ohne Kontrollgruppe mit einem Pre-Post-Design) jedoch, ob dies als Effekt der Intervention gewertet werden kann. Die Integration eines interaktionszentrierten Ansatzes in die Arbeit von Familienhebammen im Projekt „Keiner fällt durchs Netz“ erweist sich als vielversprechend: Das Belastungserleben der Mütter ist im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant reduziert (Eickhorst et al. 2010). Der psycho-edukative Ansatz von „Pro Kind“ kann bislang die in ihn gesetzten Erwartungen nur teilweise erfüllen: Die kognitive Entwicklung der Kinder wird tendenziell gefördert (Jungmann et al. 2010), die Erreichung der gesundheitsbezogenen Ziele des Programms lässt sich im Vergleich mit der Kontrollgruppe jedoch nicht gegen den Zufall absichern (Ziert et al. 2010).

**Förderung
sicherer
Bindung durch
interaktions-
zentrierte
Ansätze**

**Bindungs-
hintergrund
der Beraterin
beeinflusst die
Wirksamkeit**

**Positives
Selbstwirksam-
keitserleben
durch gesund-
heitsfördernden
Ansatz**

**Vermindertes
Belastungs-
erleben durch
interaktions-
zentrierten
Ansatz**

**Psycho-
edukativer
Ansatz kann
Entwicklung
der Kinder
fördern**

8 Herausforderungen für Frühe Hilfen

Die vorgestellten Befunde aus den Erhebungen bei Jugend- und Gesundheitsämtern sowie aus den Begleitforschungen der Modellprojekte zeigen eindrücklich die anhaltende Dynamik im Praxisfeld Früher Hilfen. Eine Besonderheit liegt darin, dass durch diese vielfältigen Forschungsaktivitäten sowohl erste Erfolge aufgezeigt, aber auch Entwicklungsbedarfe identifiziert werden können. Dies stellt ein Novum in der Geschichte der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland dar und eröffnet die Chance eines schrittweisen Lernprozesses hin zu einer optimierten Praxis. Fünf Bereiche sollten dabei im Mittelpunkt stehen:

**Herausforderungen
Früher Hilfen**

1. Den Begriff „Frühe Hilfen“ schärfen:

Es bestehen erhebliche Unklarheiten im Feld über Ziele, Zielgruppen und Maßnahmen Früher Hilfen, die zu einer breiten Streuung in der Praxis führen. Frühe Hilfen laufen hier Gefahr, in Beliebigkeit abzurutschen. Die Entwicklung von Qualitätskriterien ist notwendig, um Frühe Hilfen rahmen und gezielter in die Hilfelandschaft einpassen zu können. Dabei sollte die Unterstützung von Familien in belastenden Lebenslagen deutlicher als bisher ins Zentrum gerückt werden.

1. Begriffsschärfung

2. Schwachstellen in den Kooperationsnetzwerken beheben:

Eine regelhafte Verzahnung des Gesundheitsbereichs mit der Kinder- und Jugendhilfe kann trotz aller Bemühungen bislang keineswegs als erreicht angesehen werden. Gerade die Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sollte vorangebracht werden. Dazu sollten auch bewährte Instrumente aus dem Gesundheitsbereich wie z. B. regionale Qualitätszirkel genutzt werden. Der Öffentliche Gesundheitsdienst sollte wieder gestärkt werden, um neben dem Jugendamt als zweite Säule im Netzwerk Frühe Hilfen Koordinierungsaufgaben im Gesundheitsbereich übernehmen zu können.

2. Stärkung der Kooperationsnetzwerke

Des Weiteren sollten Kooperationen mit systemrelevanten Partnern wie der Erwachsenenpsychiatrie und der Familienbildung intensiviert werden. Auch der Einbezug eher mittelbar relevanter Institutionen wie Arbeitsagentur oder Wohnungsamt ist zum Wohle der Kinder und Familien erforderlich. Dafür gilt es, geeignete Verfahren

zu finden. Bei der Steuerung der Netzwerke ist v. a. auf Verbindlichkeit zu achten, um die angestrebten positiven Effekte zu erreichen.

3. Sicherstellung der Versorgung mit Angeboten

3. Versorgung mit Unterstützungs- und Hilfeangeboten sicherstellen: Kommunen in Deutschland sind in vielfältiger Weise beim Auf- und Ausbau Früher Hilfen aktiv geworden. Der Versorgungsgrad, d. h. die Verfügbarkeit von passenden Hilfen im Verhältnis zu den Bedarfslagen der Bevölkerung, ist jedoch bislang nicht erfasst worden. Hier sollten weitere Untersuchungen folgen, die sowohl die Prävalenz von familiären Belastungen in der frühen Kindheit (und deren regionale Verteilung) als auch die Quote der mit den vorgehaltenen Angeboten erreichten Familien aufzeigen. Erst dann können Versorgungslücken identifiziert und gezielt geschlossen werden. Zumindest für den Bereich der tertiären Prävention können derzeit schon erhebliche regionale Disparitäten in der Versorgung festgestellt werden. Auch die Versorgungsqualität, d. h. das Eintreten angestrebter positiver Effekte der Angebote auf die Lebenslagen von Kindern und Familien, ist bislang noch nicht untersucht worden.

4. Bereitstellung von Instrumenten zur Belastungseinschätzung

4. Bereitstellung von Instrumenten zur Einschätzung familiärer Belastungen:

Die Validierung der bisher entwickelten Instrumente sollte vorangetrieben werden. Dabei gilt es auch, die Instrumente an die Voraussetzungen unterschiedlicher Settings des Einsatzes (Klinik, freiberufliche Praxis) und die Anwendung durch unterschiedliche Professionen wie Ärzt/innen, (Familien-)Hebammen, Kinderkrankenschwestern usw. anzupassen. Verfahren zur Ersteinschätzung sollten ergänzt werden um Clearingverfahren im Hilfeverlauf. Neben der Optimierung der Instrumente sollte auch die Schulung der Fachkräfte in der sachgerechten Anwendung Beachtung finden.

5. Weiterentwicklung von Hilfekonzepten

5. Weiterentwicklung von Hilfekonzepten:

Die ersten Befunde aus der Wirksamkeitsforschung sprechen v. a. für die interaktionszentrierten Interventionsansätze. Elemente einer solchen Förderung sollten also möglichst im Repertoire aller Fachkräfte im Bereich Früher Hilfen verfügbar sein, gleich welcher Profession sie angehören. Zugleich zeigt sich, dass der Bindungsstil der

Helfer/innen einen bedeutsamen Einfluss auf die Förderung einer sicheren Bindung zwischen Mutter und Kind hat. Dies gilt es in der Qualifizierung der Fachkräfte aktiv aufzunehmen und Möglichkeiten der Reflexion eigener Bindungserfahrungen zu schaffen. Der Einsatz von Familienhebammen sollte einer Wirksamkeitsprüfung mit kontrollierten Untersuchungsdesigns unterzogen und dabei mit anderen Interventionsansätzen verglichen werden.

9 Ausblick: Frühe Hilfen und Gesundheitsförderung

Frühe Hilfen als neues, problemnahes Angebot sollen Eltern so früh wie möglich dabei unterstützen, ihren Kindern von Anfang an, d. h. schon ab der Schwangerschaft und in der frühen Kindheit, eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen und somit Risiken für Gefährdungen so weit wie möglich zu reduzieren. Im Zentrum steht die Unterstützung von Eltern, die aufgrund großer Belastungen aus eigener Kraft nicht ausreichend für ihre Kinder sorgen können. Die Belastungen sind vielschichtig und reichen von eigenen psychischen Beeinträchtigungen und häuslicher Gewalt bis hin zu Problemen aufgrund von mangelnder Bildung und Armut. Frühzeitige Unterstützung setzt dabei voraus, dass diese Belastungen und Bedarfe frühzeitig erkannt und passgenaue Hilfen angeboten werden.

Frühe Hilfen sind in erster Linie kein bestimmter Hilfetyp, sondern basieren auf einem System von aufeinander bezogenen Unterstützungsangeboten im Rahmen eines Netzwerks, das sowohl allgemeine als auch spezifische Hilfen für besondere Problemlagen umfasst. Dabei können allgemeine Hilfen wie Angebote des Gesundheitssystems oder der Schwangerschaftsberatung (Franz & Busch 2012) guten Zugang zu besonders schwer erreichbaren Eltern ermöglichen, denn diese werden von fast allen (werdenden) Eltern genutzt und daher als nicht stigmatisierend erlebt. Die Anbieter genießen ein hohes Vertrauen der Familien (Thyen 2010). Die spezifischen Hilfen umfassen psychosoziale Hilfen für besondere Problemlagen, um den Unterstützungsbedarfen der Familien in prekären Lebenslagen gerecht zu werden. Diese werden v. a. von der Jugendhilfe vorgehalten. Durch systemübergreifende Zusammenarbeit und passgenaue Hilfen

**Unterstützung
von Eltern im
Zentrum**

**Allgemeine und
spezifische
Hilfen**

kann zum einen wirkungsvoller für die Familien und zum anderen ressourcenschonender für die Haushalte gearbeitet werden, indem es zu weniger Fehlversorgung kommt und Parallelstrukturen vermieden werden (Pott et al. 2010).

**Orientierung
Früher Hilfen
an den
Prinzipien der
Gesundheits-
förderung**

Im einführenden Beitrag der Sonderausgabe „Frühe Hilfen – Gesundes aufwachsen ermöglichen“ der Zeitschrift „Frühe Kindheit“ der Deutschen Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft e.V. heißt es: „Frühe Hilfen als förderndes, präventives, an den Ressourcen der Eltern orientiertes Unterstützungsangebot lehnen sich an den Prinzipien der Gesundheitsförderung an“ (Paul 2012: 7). Die Liga, gleichzeitig Initiator und Geschäftsstelle der bundesdeutschen National Coalition zur Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention, gilt als eine der führenden NGOs im Bereich von Kinderschutz, Kindeswohl, Kinderinteressenvertretung und -förderung und ist eine jener zivilgesellschaftlichen Organisationen, zu denen ebenfalls Brücken geschlagen werden.

**Mobilisierung
von Selbsthilfe-
potenzialen**

Der Ressourcenansatz der Gesundheitsförderung drückt sich insb. in elterlicher Kompetenzförderung aus, damit diese ihre Kinder aus eigenen Kräften versorgen können. Solch eine Mobilisierung von Selbsthilfepotenzialen kann nur bei freiwilliger Annahme der Unterstützungsangebote gelingen, mithin durch elterliche Partizipation am Hilfeprozess. Dies erfordert eine professionelle, wertschätzende Haltung den Familien gegenüber, sodass sie trotz schwieriger Lebensverhältnisse grundsätzlich Fähigkeiten ausbilden können, die eine Bewältigung ihrer Probleme möglich machen.

**Partizipation
erfordert
professionelle,
wertschätzende
Haltung**

Dennoch werden es, so das Resümee, Frühe Hilfen nicht allein schaffen, dass die Familie als ein entwicklungsförderndes Umfeld für alle Kinder in der Gesellschaft erlebt wird. Frühe Hilfen müssen eingebettet sein in ein (zivil-)gesellschaftliches und politisches Engagement, damit die soziale Lage von Familien nicht über ein gesundes Aufwachsen der Kinder entscheidet. Die Verhältnisprävention, gerade im Sinne der in den Gesundheitswissenschaften diskutierten „kontextorientierten, verhältnisgestützten Verhaltensprävention“ (Franzkowiak et al. 2011: 221), ist dabei eine zentrale Herausforderung im Rahmen der Frühen Hilfen.

**Einbettung
Früher Hilfen
in gesamtgesell-
schaftliches
Engagement**

Die strukturellen Voraussetzungen sind bereits durch das Kooperationsgebot im § 81 SGB VIII gegeben, wenngleich diese Ver-

pflichtung bislang nur einseitig für die Jugendhilfe besteht, nicht jedoch umgekehrt für die Träger nach SGB II, III, V und IX sowie für die ÖGDs und die Schwangerschaftsberatung (Thyen 2011). Auch hier ist der Vernetzungsansatz der Gesundheitsförderung ein großer Erfahrungsschatz für den Aufbau von Netzwerken (Trojan & Legewie 2001).

Frühe Hilfen müssen, dies hat sowohl die wissenschaftliche Debatte als auch v. a. die fachpraktische Erfahrung vor Ort gezeigt, als freiwilliges und partizipatives Angebot konzipiert sein. Diese Anforderung stellt sich gleichermaßen ethisch – weil die Familie hier eine besondere, grundgesetzlich abgesicherte Autonomie hat – wie auch praktisch, weil Eltern die Schlüsselpersonen für kindliches Wohlbefinden sind.

Die von der BZgA initiierten Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (Lehmann et al. 2011) und die Leitprinzipien des Kommunalen Partnerprozesses „Gesund aufwachsen für alle“ (Gold & Lehmann 2012), die von Empathie und multidisziplinären Ansätzen geprägt sind, bilden dabei wichtige Handlungsorientierungen. Die in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung genannten drei Kernstrategien (vermitteln, vertreten, vernetzen) für fünf Handlungsfelder (gesundheitsförderliche Gesamtpolitik, Lebensweltgestaltung, Gemeinschaftsaktionen, Kompetenzentwicklung, Neuorientierung der Dienste) sind geradezu eine ‚Blaupause‘ für die Etablierung Früher Hilfen, bei der politische Rahmenbedingungen, zivilgesellschaftliche Akteure und die Familien in einem offenen, solidarischen, nicht-diskriminierenden Prozess zusammenwirken. Die Akzeptanz bei Familien in schwierigen Lebenslagen hängt maßgeblich davon ab, dass sich diese Art der Ressourcen- und Subjektorientierung professionell und empathisch in den Angeboten ausdrückt und dabei glaubhaft vermittelt.

Frühe Hilfen als freiwilliges, partizipatives Angebot

Ottawa-Charta als ‚Blaupause‘ für Frühe Hilfen

Literatur

- Ahnert, Liselotte (Hg.) (2004): *Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung*. München: Reinhard.
- Arlt, Maja; Landua, Detlef & Sann, Alexandra (2009): *Methodenbericht (1. Teiluntersuchung) zum Projekt „Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen*. Unveröffentlichtes Manuskript. Berlin: DIFU.
- Aydin-Canpolat, Gönül (2012): Die Bedeutung Früher Hilfen für Familien mit Migrationshintergrund. In: *Frühe Kindheit – die ersten sechs Jahre 14*, Sonderausgabe Frühe Hilfen – Gesundes Aufwachsen ermöglichen, 44-49.

- Ayerle, Gudrun M.; Luderer, Christiane & Behrens, Johann (2010): Frühstart: Mütterliche Kompetenzen und Selbstwirksamkeitserleben. In: Renner, Ilona; Sann, Alexandra & Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hg.): *Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen*. Köln: NZFH, 67-87.
- Bastian, Pascal; Böttcher, Wolfgang; Lenzmann, Victoria et al. (2008): Frühe Hilfen und die Verbesserung elterlicher Erziehungskompetenzen. In: Bastian, Pascal; Diepholz, Annerieke & Lindner, Eva (Hg.): *Frühe Hilfen für Familien und soziale Frühwarnsysteme*. Münster: Waxmann, 83-101.
- Bengel, Jürgen; Meinders-Lücking, Frauke & Rottmann, Nina (2009): *Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 35. Köln: BZgA.
- Böttcher, Wolfgang; Bastian, Pascal & Lenzmann, Virginia (2008): *Soziale Frühwarnsysteme. Evaluation des Modellprojekts in Nordrhein-Westfalen*. Münster: Waxmann.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Ref. 511, Arbeitsgruppe frühe Hilfen/Frühwarnsysteme (2006): *Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme – Aktionsprogramm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zum Schutz von Kleinkindern, zur Früherkennung von Risiken und Gefährdungen und zur Implementierung effektiver Hilfesysteme*. Verfügbar unter http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/60816KonzeptFrueheHilfen.pdf [24.02.13].
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009): *13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*. Drucksache 16/12860. Berlin: BMFSFJ.
- Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz (2010): *Frühe Hilfen zum gesunden Aufwachsen von Kindern. Interdisziplinäre und intersektorale Zusammenarbeit*, Teil 1 53, 989-1088, Teil 2 53, 1117-1187.
- Cierpka, Manfred; Stasch, Michael & Groß, Sarah (2007): *Expertise zum Stand der Prävention/Frühintervention in der frühen Kindheit in Deutschland*. Köln: BZgA.
- Eickhorst, Andreas; Schweyer, Daniel; Köhler, Hubert et al. (2010): Elterliche Feinfühligkeit bei Müttern und Vätern mit psychosozialen Belastungen. In: *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53, 1126-1133.
- Eickhorst, Andreas & Peykarjov, Stefanie (2012): Väter in den Frühen Hilfen. In: *Frühe Kindheit – die ersten sechs Jahre 14*, Sonderausgabe Frühe Hilfen – Gesundes Aufwachsen ermöglichen, 38-43.
- Erickson, Martha F. & Egeland, Byron (2006): *Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung – Frühe Hilfen für die Arbeit mit Eltern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes durch das STEEP-Programm*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fegert, Jörg; Ziegenhain, Ute & Fangerau, Heiner (2010): *Problematische Kinderschutzverläufe*. Weinheim: Juventa.
- Fendrich, Sandra & Pothmann, Jens (2009): Gefährdungslagen für Kleinkinder in der Familie und die Handlungsmöglichkeiten der Kinder- und Jugendhilfe im Spiegel der Statistik. In: Beckmann, Christoph; Richter, Martina; Otto, Hans-Uwe et al. (Hg.): *Neue Familialität als Herausforderung der Jugendhilfe*. Lahnstein: Neue Praxis, 160-169.
- Franz, Jutta & Busch, Ulrike (2012): Schwangerschaftsberatung im Netzwerk Frühe Hilfen. In: *Frühe Kindheit – die ersten sechs Jahre 14*, Sonderausgabe Frühe Hilfen – Gesundes Aufwachsen ermöglichen, 60-65.
- Franzkowiak, Peter; Homfeld, Hans Günther & Mühlum, Albert (2011): *Lehrbuch Gesundheit*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Geene, Raimund (2011): Kindeswohl und Frühe Hilfen. In: Bartsch, Gabriele & Gassmann, Raphael (Hg.): *Generation Alkopops*. Freiburg: Lambertus, 77-88.
- Gerber, Christine & Backes, Jörg (2010): *Aus Fehlern lernen – Qualitätsmanagement im Kinderschutz*. Köln: NZFH.
- Gold, Carola & Lehmann, Frank (2012): *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Gesundheitsförderung konkret, Band 17. Köln: BZgA.
- Grossmann, Karin & Grossmann, Klaus (2005): *Bindungen: Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hackauf, Heike (2010): Zur Bedeutung Früher Hilfen in Familien. Die Rahmenbedingungen im Kontext Früher Hilfen – Kooperationsformen und Vorsorgemaßnahmen (U-Untersuchungen). In: Ohlbrecht, Heike & Schönberger, Christine (Hg.): *Gesundheit als Familienaufgabe. Zum Verhältnis von Autonomie und staatlicher Intervention*. Weinheim: Juventa, 129-149.
- Helming, Elisabeth (2008): *Alles im Griff oder Aufwachsen in gemeinsamer Verantwortung? Paradoxien des Präventionsanspruchs im Bereich Früher Hilfen*. Vortrag auf der Tagung „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder“ am 19.04. 2008 in der Evangelischen Akademie Tübingen. Verfügbar unter www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_download/fruehehilfen.de/pdf/Helming_Paradoxien_der_Pruevention_240408_01.pdf [24.02.13].
- Helming, Elisabeth; Sandmeir, Gunda; Sann, Alexandra et al. (2007): *Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern – Abschlussbericht*. München: DJI.
- Höbling, Pamela (2010): *Wie viel Staat vertragen Eltern? Systematische Entfaltung eines gestuften Maßnahmenkonzepts vor dem Hintergrund des Elterngrundrechts*. Schriften zum öffentlichen Recht. Berlin: Duncker & Humblot.
- Jungmann, Tanja; Kurtz, Vivien; Brand, Tilman et al. (2010): Präventionsziel Kindergesundheit im Rahmen des Modellprojekts „Pro Kind“. Vorläufige Befunde einer längsschnittlichen, randomisierten Kontrollgruppenstudie. In: *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53, 1180-1187.
- Kindler, Heinz (2010a): Empirisch begründete Strategien zur Verbesserung des deutschen Kinderschutzsystems. In: Suess, Gerhard & Hammer, Wolfgang (Hg.): *Kinderschutz: Risiken erkennen, Spannungsverhältnisse gestalten*. Stuttgart: Klett-Cotta, 234-260.

- Kindler, Heinz (2010b): Risikoeinschätzung und Diagnostik im Rahmen Früher Hilfen. In: *IzKK-Nachrichten 1/2010*, 53-56.
- Klein, Gerhard (2009): Frühförderung für Kinder mit psychosozialen Belastungen – Eine kritische Bilanz für Deutschland. In: Geene, Raimund & Gold, Carola (Hg.): *Kinderarmut und Kindergesundheit*. Bern: Huber, 99-107.
- Kratzsch, Wilfried; Fischbach, Thomas & Rascher, Ingolf (2012): Die Bedeutung der Kinder- und Jugendärzte zu Frühen Hilfen. In: *Frühe Kindheit – die ersten sechs Jahre 14*, Sonderausgabe Frühe Hilfen – Gesundes Aufwachsen ermöglichen, 76-79.
- Landua, Detlef; Sann, Alexandra & Arlt, Maja (2009): *Ergebnisbericht (1. Teilerhebung) zum Projekt „Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen“*. Berlin: DiFu.
- Lehmann, Frank; Köster, Monika; Brandes, Sven et al. (2011): *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – weiterführende Informationen* (5. Aufl.). Gesundheitsförderung konkret, Band 5. Köln: BZgA.
- Makowsky, Katja & Schücking, Beate A. (2010): Familienhebammen. Subjektive Auswirkungen auf die kindliche und mütterliche Gesundheit aus der Perspektive begleiteter Mütter. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53, 1080-1088.
- Maywald, Jörg (2009): Die UN-Kinderrechtskonvention: Ihr Umsetzungsstand in Deutschland im Bereich des Kinderschutzes. In: *IzKK-Nachrichten 1/2009*, 4-9.
- Meier-Gräwe, Uta & Wagenknecht, Inga (2011): *Kosten und Nutzen Früher Hilfen. Studie im Auftrag des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen*. Köln: BZgA.
- Meysen, Thoma; Schönecker, Lydia & Kindler, Heinz (2008): *Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe*. Weinheim: Juventa.
- MGsFF Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW (2005): *Soziale Frühwarnsysteme: Frühe Hilfen für Familien – Materialien zur Praxisentwicklung*. Münster: Institut für Soziale Arbeit.
- Münder, Johannes (2008): Zur Balance von Elternrechten, Kindeswohl, Kinderschutz und Kinderrechten. In: *Das Jugendamt* 81 (6), 294-299.
- Münder, Johannes; Mutke, Barbara & Schone, Reinhold (2000): *Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz: Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren*. Münster: Votum.
- NZFH Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2008): *Frühe Hilfen. Modellprojekte in den Ländern*. Köln: NZFH.
- NZFH Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2011): *Bestandsaufnahme zur Entwicklung der kommunalen Praxis im Bereich Früher Hilfen – zweite Teilerhebung*. Köln: NZFH.
- Olds, David; Henderson, Charles R. Jr.; Kitzman, Harriet J. et al. (1999): Prenatal and Infancy Home Visitation by Nurses: Recent Findings. In: *The Future of Children* 9 (1), 45-63.
- Paul, Mechthild (2012): Was sind Frühe Hilfen? In: *Frühe Kindheit – die ersten sechs Jahre 14*, Sonderausgabe Frühe Hilfen – Gesundes Aufwachsen ermöglichen, 6-7.
- Peucker, Christian; Gragert, Nicola; Pluto, Liane et al. (2010): *Kindertagesbetreuung unter der Lupe. Befunde zu Ansprüchen an eine Förderung von Kindern*. München: DJI.
- Pott, Elisabeth; Fillinger, Ute & Paul, Mechthild (2010): Herausforderungen bei der Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53, 1166-1172.
- Rauschenbach, Thomas & Pothmann, Jens (2010): Frühe Hilfen als aktiver Kinderschutz. In: *KOMDAT Jugendhilfe* 13 (2), 1-2.
- Ravens-Sieberer, Ulrike; Wille, Nora; Bettge, Susanne et al. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der Bella-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50, 871-878.
- Renner, Ilona & Heimeshoff, Viola (2010): *Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung*. Köln: NZFH.
- Renner, Ilona; Sann, Alexandra & Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hg.) (2010): *Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen*. Köln: NZFH.
- Sandvoss, Uwe & Kramer, Kathrin (2010): Kommunale Armutsprävention: das Dormagener Modell. In: Lutz, Ronald, & Hammer, Veronika (Hg.): *Wege aus der Kinderarmut. Gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen und sozialpädagogische Handlungsansätze*. Weinheim: Juventa, 185-197.
- Sann, Alexandra (2010): *Kommunale Praxis Früher Hilfen. Teilerhebung 1: Kooperationsformen. Bestandsaufnahme*. Köln: NZFH.
- Sann, Alexandra (2012): Frühe Hilfen. Entwicklung eines neuen Praxisfeldes in Deutschland. In: *Psychologie in Erziehung und Unterricht* 59 (4), 256-274.
- Sann, Alexandra & Landua, Detlef (2010): Konturen eines vielschichtigen Begriffs: Wie Fachkräfte Frühe Hilfen definieren und gestalten. In: *IzKK-Nachrichten 1/2010*, 47-52.
- Sroufe, Alan; Coffino, Brianna & Carlson, Elisabeth A. (2011): Die Rolle früher Erfahrungen für die kindliche Entwicklung. In: *Frühförderung Interdisziplinär* 30 (4), 184-195.
- Suess, Gerhard J.; Bohlen, Uta, Mali; Agnes et al. (2010a): Erste Ergebnisse zur Wirksamkeit Früher Hilfen aus dem STEEP-Praxisforschungsprojekt „WiEge“. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53, 1143-1149.
- Suess, Gerhard J.; Mali, Agnes & Bohlen, Uta (2010b): Einfluss des Bindungshintergrunds der HelferInnen auf Effekte der Intervention – Erste Ergebnisse und Erfahrungen aus dem Praxisforschungsprojekt „Wie Elternschaft gelingt (WiEge)“. In: Renner,

- Iloa; Sann, Alexandra & Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hg.): *Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen*. Köln: NZFH, 147-162.
- SVR Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Sondergutachten. Berlin: BMG.
- Thurmair, Martin (2008): Frühe Hilfen – ein Wort auf Wanderschaft. In: *Frühförderung Interdisziplinär* 27 (1), 37-39.
- Thyen, Ute (2010): Kinderschutz und Frühe Hilfen aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin. In: *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53, 992-1001.
- Thyen, Ute (2011): Gesundes Aufwachsen ermöglichen. Der Beitrag Früher Hilfen zu früher Förderung und Bildung von Kindern. In: *Frühe Kindheit – die ersten sechs Jahre* 3, 6-15.
- Trojan, Alf & Legewie, Heiner (2001): *Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen*. Frankfurt: VAS.
- Wiesner, Reinhard (2006): *SGB VIII, Kinder- und Jugendhilfe. Kommentar*. München: Beck.
- Wissenschaftlicher Beirat des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (2012): Frühe Hilfen. Begriffsbestimmung. In: *Frühe Kindheit – die ersten sechs Jahre 14*, Sonderausgabe Frühe Hilfen – Gesundes Aufwachsen ermöglichen, 7.
- Ziegler, Holger; Derr, Regine; Sann, Alexandra et al. (2010): Erreichen die Frühen Hilfen ihre Zielgruppen? In: *IzKK-Nachrichten* 1/2010, 12-17.
- Ziegenhain, Ute (2008): Stärkung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenz – Chance für präventive Hilfen im Kinderschutz. In: Ziegenhain, Ute & Fegert, Jörg M. (Hg.), *Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung* (2. Aufl.). München: Reinhardt, 119-126.
- Ziegenhain, Ute & Fegert, Jörg (2007): *Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung*. München: Reinhardt.
- Ziegenhain, Ute; Fries, Mauri; Bütow, Barbara et al. (2004): *Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern: Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe*. Weinheim: Juventa.
- Ziert, Yvonne; Kurtz, Vivien & Jungmann Tanja (2010): Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Mütter in der Schwangerschaft – Ergebnisse der Modellprojekts „Pro Kind“. In: Renner, Iloa; Sann, Alexandra & Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hg.): *Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen*. Köln: NZFH, 88-103.

Internetquellen:

- Forschungsdatenbank Frühe Hilfen FORKID: <http://db.dji.de/cgi-bin/db/default.php?db=22> [24.02.13].

Raimund Geene, Claudia Höppner, Frank Lehmann

Ressourcen, Resilienz, Respekt – Wo stehen die kindheitsbezogenen Handlungsfelder? Versuch eines Resumees

Zum Abschluss dieser vielfältigen differenzierten Darstellungen in den einzelnen Handlungsfeldern möchten wir mit einem Resumee zusammenfassen, was auch wir aus dieser intensiven Betrachtung der einzelnen Handlungsfelder in den vergangenen zwei Jahren lernen konnten und wie wir den aktuellen Stand der Etablierung der Ressourcenorientierung in den kindheitsbezogenen Wissenschaften einschätzen.

Die Forschungsstandanalysen aus den verschiedenen Fachperspektiven zeigen deutlich, dass in weiten Teilen ähnliche Diskurse geführt werden. Gemeinsamer Nenner dabei ist das Ziel, die Potenziale und Ressourcen von Kindern, Jugendlichen und jungen Familien stärker in den Mittelpunkt zu rücken, ihre Resilienz zu stärken und ihnen mit Respekt zu begegnen. Die „klassische“ Fixierung auf Probleme und Defizite soll im Interesse der Menschen in diesen Lebensphasen überwunden werden.

**Ressourcen,
Resilienz und
Respekt als
gemeinsamer
Nenner**

1 Babylonische Sprachverwirrung

Trotz dieser Gemeinsamkeiten im Ziel sind die Begrifflichkeiten z. T. unterschiedlich, wie sich beispielgebend beim Begriff „Setting“ zeigt: Hier meint das therapeutische Setting von Psychologie und Medizin mit den Rahmenbedingungen der Therapie etwas gänzlich anderes als der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung, der auf gesunde Lebenswelten abzielt, die organisiert werden sollen (Geene, Lehmann et al., in diesem Band). Mit dem Lebenswelt-Begriff, der oft synonym zum Setting-Begriff gebraucht wird, bezeichnet die Soziale Arbeit hingegen soziostrukturelle Grundvoraussetzungen, die man kaum verändern kann, sondern verstehen muss (Namuth et al., in diesem Band). Entsprechend erscheint eine Intervention in der Logik des Setting-Ansatzes als Mittel der Wahl, in der Lebensweltorientierung der Sozialen Arbeit wird hingegen eine ethisch bedenkliche Konditionierung an sozial ungleiche Verhältnisse problematisiert. Zugespitzt an der Frage, ob ‚Familie‘ ein gesundheitsförder-

**Verschiedene
Bedeutungen
von Setting und
Lebenswelt**

**Verschiedene
Bedeutungen
implizieren un-
terschiedliche
Prioritäten und
Handlungs-
ansätze**

liches Setting sein solle oder eher umgekehrt als autonome Lebenswelt vor öffentlicher Indienstnahme zu beschützen sei, wird deutlich, dass es sich mitnichten um rein semantische Unterschiede handelt, sondern diesen vielmehr in der Praxis hohe Relevanz zukommen kann (Geene & Rosenbrock 2012).

Prävention auf unterschiedlichen Abstraktionsebenen

Ähnlich stellt sich die Interpretationsvielfalt in der oft diffusen Abgrenzung zwischen Gesundheitsförderung und (Primär-)Prävention (ebd.), zwischen den Begriffen der primären, sekundären und tertiären (Rosenbrock & Gerlinger 2013), strukturellen (Drewes & Sweers 2010) oder auch universellen, selektiven und indizierten Prävention (Kindler & Sann 2010) dar – lauter ähnliche Konzepte, die jedoch an unterschiedlichen Abstraktionsebenen ansetzen. Weil es an Übersetzungshilfen fehlt, ist eine gegenseitige Verständigung erschwert, Missverständnisse, professionelle Abgrenzungswünsche und Selbstreferentialität der Fachrichtungen werden dadurch gefüttert.

Gegensätzliches Verständnis auch innerhalb von Fachdiskursen

Auch innerhalb einzelner Diskurse konterkarieren sich verschiedene Konnotationen wechselseitig, wie sich in der Inklusionsdiskussion beispielhaft darstellt: Sind die in Deutschland weiterhin dominierenden Sonderschulen eher ein Schutzraum für Menschen mit Behinderung oder bedeuten sie Ausgrenzung und Diskriminierung? Die Beispiele aus der gynäkologischen und pädiatrischen Früherkennung machen zudem deutlich, dass (Sekundär-)Prävention keineswegs geradlinig zu Ressourcenorientierung führen muss, sondern vielmehr zur Ausweitung von medizinischer Diagnostik und elterlicher Verunsicherung führen kann bis hin zu der von Kühn und Rosenbrock (1994/2009: 57) analysierten „normativen Ätiologie“ der Prävention. Damit haben sie treffend herausgearbeitet, wie auch im Präventionsdiskurs immer wieder die vermeintlich einfachen Handlungslogiken der Defizitorientierung dominieren. Wir wollen im Weiteren diskutieren, welche zentralen Denkmuster und Argumente die Orientierung auf Defekte, Defizite, Schwächen und Schlechtes, Mängel und Misereen begründen.

„Normative Ätiologie“ der Prävention

2 Defizitlogik in den Berufsfeldern

Dass zunächst negative Anreizsysteme dominieren, ergibt sich schon aus der Ökonomie. Nur durch den Mangel an Gütern oder Ressourcen entsteht erhöhte Nachfrage und Wachstum, durch Sättigung kommt die Wirtschaft zum Stillstand. Dann müssen neue Nischen als künftige Märkte für den somit produzierten Mangel von morgen erschlossen werden. Heute wissen wir noch nicht, wonach wir uns morgen sehnen werden.

Auch in den Rechtswissenschaften gilt das Primat des Mangels und Abweichens. Die bestehende Rechtsordnung definiert Normen ‚richtigen Verhaltens‘ in defizitärer Umkehrung. Mit dem Recht bekommt zu tun, wer dagegen verstößt – Strafrecht, Verkehrsrecht, Vertragsrecht etc. Manifeste Rechtsansprüche ergeben sich in der Regel erst aus Normabweichungen. Insbesondere im Bereich der rechtlichen Haftung führt hier der Ausnahmefall (z. B. Kinderunfall, Behandlungsfehler) zu regelrechten Stilblüten, sodass die Normabweichung zum dauernden Damoklesschwert für therapeutische oder pädagogische Fachkräfte wird – hier müssen „alle Risiken ausgeschlossen“ werden.

Ergänzend zu den pragmatischen Disziplinen von Jura und Ökonomie haben die Medizin und ihr nahestehende Disziplinen wie die Psychologie schon lange die vormals breiten, aber diffusen Humanwissenschaften (insb. die Theologie und Philosophie, aber auch die Pädagogik) in ihrer Deutungskraft abgelöst, gerade deswegen, weil sie vermeintliche Eindeutigkeiten verkünden können. Auch die Medizin artikuliert sich nämlich in der ökonomischen ‚Sprache‘ des Systems als (angebotene) Nachfrage von Befunden (Diagnosen), aus denen (Behandlungs-)Bedarfe entstehen, die wiederum warenförmig bedient werden können (Kühn & Rosenbrock 1994/2009: 63). Durch das Prinzip der angebotsinduzierten Nachfrage im Gesundheitswesen wird der universelle Charakter des Guts Gesundheit – durch Krankheit potenziell bedroht – weiter verstärkt (Urban 2005). Medizinische Expansion ist daher kein ‚Auswuchs‘ des Systems, sondern eine immanente Grundbedingung eines ökonomisierten Gesundheitswesens. Der Befund eines sich kontinuierlich verbessernden Gesundheitszustandes der Kinder in Deutschland (BMFSFJ 2013) führt ent-

Defizitlogik in der Ökonomie

Normativität und das Primat des Mangels in den Rechtswissenschaften

Medizin und Psychologie mit hoher Deutungskraft

System von Nachfrage (Befunde/Bedarfe) und Angebot (Medizin)

sprechend selbst bei abnehmender Kinderzahl keineswegs zu Reduktionen, sondern selbstredend zu neuen Bedarfen, die sich in Stichworten wie „Neuer Morbidität“ (Ravens-Sieberer et al. 2007) und entsprechenden Behandlungsbedarfen manifestieren.

**Mediale
„Erregungs-
demokratie“**

Auch in den Medien spiegelt sich diese Orientierung wider. Peter Sloterdijk hat dafür den Begriff der „Erregungsdemokratie“ (Burchardt 2012) geprägt, denn schlagzeilenträchtig sind nicht positive, ‚erbauliche‘ Erfolgsmeldungen, sondern vielmehr Skandale wie (vermeintliches) Fehlverhalten von öffentlichen (Politiker/innen) oder in die Öffentlichkeit gezerzten Personen (wie ein als „Florida-Rolf“ berühmt gewordener Hartz-IV-Empfänger) oder tragische Verwahrlosungs- und Todesfälle von Kindern, deren Namen („Sophie“ oder „Kevin“) als Synonyme für verantwortungslose Eltern positioniert werden.

3 Defizitlogik in ihren Funktionen

**Politik wird
,getrieben‘**

Gerade die Politik steht hier in besonderer Schwierigkeit, weiß sie doch um die Bedeutung struktureller Rahmenbedingungen für gesundes Aufwachsen und Zusammenleben. Aber während ein einzelner öffentlich diskutierter Fall von eklatanter Kindesmisshandlung zu Rücktritten und Entlassungen führen kann, findet die Prävention von Hunderten von Belastungssituationen durch Aufbau von umfassenden Förderstrukturen in Netzwerken vor Ort kaum Medienresonanz.

**Defizit-
orientierung in
der prakti-
schen Arbeit
mit Kindern
,verinnerlicht‘**

Die gesellschaftliche Steuerung durch Machthierarchien und -strukturen (z. B. Gehälter) sowie die (ver)öffentlich(t)e Meinung schlägt sich auch unmittelbar in der praktischen Arbeit mit Kindern nieder. Der ohnehin schwache Widerstand gegen eine „Verzweckung“ der Bildung, gegen eine (Psycho-)Pathologisierung arbeitsbetroffener oder gegen eine Exklusion behinderungsbedingter Kinder und Familien wird noch weiter geschwächt durch den Kosten- und Leistungsdruck auf den sozialen Bereich. Deutlich wird hier die (verständliche!) Sehnsucht nach Eindeutigkeiten, die Ökonomie, Recht und Medizin (vermeintlich) herstellen. Das ständige Erleben hoher Komplexität bei gleichzeitig geringer subjektiver Wirksamkeitserfahrung ermüdet hingegen – und das bei schlechter Bezahlung

**Sehnsucht
nach Eindeutig-
keiten**

und häufigem Selbstlegitimierungsanspruch in immer neuen Projektanträgen (die temporäre Maßeinheit in Zeiten der „Projektitis“) – beste Voraussetzungen für ein frühes Burn-Out, schlechte Voraussetzungen dafür, den Ressourcenansatz professionell attraktiver zu machen.

Neben dem Dilemma der Leistungserbringung stellt sich die innere Widersprüchlichkeit aber ebenso für die Klient/innen. Das zeigt die große – und häufig auch berechtigte – Sorge von Eltern von Kindern mit Behinderung, die eine Regelbeschulung ihrer Kinder eher als Einsparmaßnahme sehen und weniger als inklusiven Ansatz zum Abbau von Ausgrenzung. Auch die hohe Zustimmung sozial belasteter Mütter zur pädiatrischen Versorgung spricht davon: Sie sind froh, wenn ihrem Kind bei den Früherkennungsuntersuchungen eine körperlich ‚normale‘ Entwicklung bescheinigt, nicht jedoch ihre familiäre Situation problematisiert wird, wie sie es bei Elterngruppen und Jugendamtsbesuchen befürchten. So nehmen sie die kindzentrierte Abhakliste der Früherkennungsuntersuchung gerne an, weniger in Hoffnung auf etwaige Gesundheitsgewinne denn als vermeintliche Bescheinigung einer „guten Mutterschaft“ (Wolf-Kühn & Geene 2009). Sie kennen die Assoziation von Armut, geringer Bildung und den ‚Super-Nanny‘-Familien und meiden tunlichst, in diese Zuschreibung zu rutschen. Sie sind aber nicht nur verängstigt, sondern wie viele Eltern und auch Kinder ohnehin des durchleuchtenden Blickes aus Pädagogik und Psychologie überdrüssig, und sehen im schönen Lied der Ressourcenorientierung den Wolf im Schafspelz – auch dies nicht ganz unbegründet, wie sich zeigt, wenn die Ressourcenskalen als einfache Umkehrung des alten Problemblickes konstruiert sind – Defizite sind dann einfach das Fehlen von Ressourcen.

Nun könnte man in Anbetracht dessen, wie stark die Defizitlogik in unseren Strukturen und selbst in unserem Denken verankert ist, in Fatalismus verfallen.

Die Dominanz der dichotomen Eindeutigkeiten entspringt einer technikeuphorisierten Zeit, in der Fortschritt in klaren Ursache-Wirkungs-Konstellationen gedacht wurde: Mondlandung und Autoboom sind Stichwörter einer spätindustriellen Phase, in der disziplinierte Ausbildung für künftige Fließbandarbeit (noch) funktional war, weil Maschinen Ja-Nein-Antworten brauchen. Doch für umfassende

**Defizit-
orientierung
auch bei
Kund/innen
,verinnerlicht‘**

**Checkliste
als ‚Diskrimi-
nierungs-
prävention‘**

**Ressourcen-
orientierung
als Wolf im
Schafspelz?**

berufliche und gesellschaftliche Anforderungen ist dieser Reduktionismus im Denken und Handeln gefährlich – was vormals passend war, blockiert heute die gesellschaftliche Entwicklung, weil es weniger zukunftsorientiert als vielmehr selbstreferentiell und besitzstandswahrend ausgerichtet ist.

4 Ressourcenorientierung als Modernisierung

**Komplexe
Lebens-
anforderungen
in der post-
industriellen
Risiko-
gesellschaft**

Mit den komplexen Herausforderungen der postindustriellen „Risikogesellschaft“ (Beck 1986) des ausgehenden 20. Jh. haben sich die Anforderungen grundsätzlich geändert. Heute bedarf es hochindividualisierter Subjekte, die sich als autonome Manager/innen ihrer eigenen Lebenskarriere verstehen und auch so handeln (ebd.; vgl. auch Mey, in diesem Band). Was hier als ökonomische Anforderung formuliert wird, korreliert stark mit jenen Desintegrationserscheinungen, die unter dem Begriff der Kinderarmut diskutiert werden (Marginalisierung, Familienarmut etc.; siehe im Überblick: Geene & Gold 2009 sowie Schulze et al., in diesem Band). Die Modernisierungsanforderungen werden subjektiv aber auch positiv empfunden – sie sind eben ‚Mode‘. Freiheit, Individualisierung, kreative projektbezogene Tätigkeit, Mobilität, berufliche Verwirklichung durch Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Väter wie Mütter werden kontinuierlich weniger als Bedrohung gesehen, sondern in unterschiedlichem Ausmaß mit verschiedenen Schwerpunkten zunehmend als persönliche Ziele gesetzt und verfolgt (Geene 2012).

**Ambivalenzen
von Individua-
lisierung,
Subjekt-
orientierung
und Freiheits-
gewinn**

Ein mit soziokulturellen Veränderungen einhergehender Freiheitsgewinn ist, so wird es im 13. Kinder- und Jugendbericht formuliert, durchaus nicht frei von Ambivalenzen: „Erstens, die Freiheitsgewinne sind mit – zum Teil neuen – Risiken verbunden. Und zweitens sind die verfügbaren Möglichkeiten, die Freiheitsgewinne zu nutzen und die Risiken zu bewältigen, ungleich verteilt“ (BMFSFJ 2009: 45). Vor allem in der Sozialen Arbeit sowie den Kindheitswissenschaften, aber auch in der Entwicklungspsychologie, der Inklusions- und der Elementarpädagogik sind diese Anforderungen im Sinne der Ressourcen- und Gesundheitsförderung konzeptionell umfassend berücksichtigt, wenngleich die Umsetzung in der Praxis (s. o.) schwierig ist. Die gerade entstehenden Frühen Hilfen bemühen sich

**Schwierige
Umsetzung in
der Praxis**

darum, die Bewältigung dieser Modernisierungsanforderungen vielfältig, pragmatisch und nachhaltig zu unterstützen.

5 Leitbegriff Partizipation

Der Leitbegriff dieser Individualisierung ist die Partizipation. In allen Lebensphasen, buchstäblich von der Wiege bis zur Bahre, wollen die Menschen selbst beteiligt sein an allen sie betreffenden Entscheidungen. Die Rede vom „kompetenten Säugling“ (vgl. Mey, in diesem Band) illustriert diesen Wandel, sieht man doch einerseits weiterhin das Kleinkind als unselbstständig und gleichzeitig fällt es dem Leser/der Leserin buchstäblich wie ‚Schuppen von den Augen‘, dass sich schon jedes Neugeborene aktiv mit seiner Umwelt auseinandersetzt (vgl. Borkowski & Schmitt, in diesem Band). Im Kitabereich mitzuerleben, wie selbstständig und verantwortungsvoll kleine Kinder ihr Bewegungs- und Verkehrsverhalten ausprobieren und erlernen oder mit vermeintlich gefährlichen Gegenständen wie Sägen, Hämmern und Nägeln umgehen, dabei aufeinander aufpassen und im besten Sinne des Wortes Gesundheitsförderung und Prävention durch verantwortungsbewusste gemeinsame Risikoeinschätzung betreiben, lässt jeden Zweifel am hohen Selbstorganisationspotenzial von Kindern verschwinden – bis alarmartig der Gedanke an einen möglichen Unfall und die entsprechenden Haftungsprobleme in den Kopf schießen und der spontane innere Impuls folgt, Partizipation als gefährlich und Unruhe stiftend im Keim ersticken zu wollen.

Diesen Vermeidungsimpuls erleben auch Schulkinder, die sich vielfältig einbringen wollen, aber hier an enge Grenzen von Leistungsdruck und einem „partizipationsabwehrenden Verhalten der Fachkräfte“ (BJK 2009) stoßen. Insbesondere die Phase der Adoleszenz, ist durch deutliche Ablösungsbedarfe gekennzeichnet (vgl. Mey, in diesem Band). Was in früheren Generationen mittels Disziplinierung auf ein soldatisches Leitbild (neben der Schule klassisch und noch bis vor wenigen Jahren in Deutschland für junge Männer verpflichtend: der Militärdienst) gelöst werden konnte, verlangt heute aktive, konstruktive und differenzierte Problemlösungskompetenz. Auch wenn hier punktuell das Bedürfnis nach Eindeutigkeiten in Dichotomien wie richtig/falsch oder gesund/krank aufflackert, gibt

**Kompetenter
Säugling**

**Kompetentes
Kind**

**Kompetenz-
erwerb in
Schul- und
Ausbildungs-
zeit**

es gesellschaftlich und im Sozialisationsprozess keine Alternative zur jugendlichen Weltaneignungs- und Erschließungskompetenz, jedoch einen ausgedehnten Zeitraum von der Schul- und Ausbildungszeit bis zur eigenen Familiengründung¹.

**Kompetenz-
schub Fami-
liengründung**

In der nun folgenden Lebensphase rund um die Geburt, mit der sich ein Teil des Kreises schließt, kommt es zu einem besonderen Paradoxon dadurch, dass sich ausgerechnet die Gynäkologie, später die Pädiatrie, mit dem Bedarf konfrontiert sieht, die im Zuge des sozialen Wandels weniger präsenten (werdenden) Omas und Opas zu ersetzen und intergeneratives Wissen zur Kinderpflege und zur Familiengründung weiterzugeben. Hier ist eine Ressourcenorientierung das Maß der Dinge, doch mangels Vorbereitung, Schulung sowie lebensweltlicher Verknüpfung sind die ärztlichen Anbieter/innen hier überfordert. Es kommt dadurch zu einer gleichzeitigen Über-, Unter- und Fehlversorgung.

Ein derartiger Missstand stößt aber nicht nur Eltern, mehr noch Gesundheitsökonom/innen und Familienpolitiker/innen auf, die auf effizienten Mitteleinsatz pochen. Dadurch wächst der Druck zur Nutzenbewertung und zur Messung der Nutzerzufriedenheit.

6 Politik für Ressourcen

**Frühe Hilfen zur
Ressourcen-
förderung über
maßgeschnei-
derte Angebote**

Die Konzepte für die Realisierung von Ressourcenorientierung liegen auf der Hand: Frühe Hilfen bemühen sich um niedrigschwellige, ausdifferenzierte und für die Förderung der Ressourcen ‚maßgeschneiderte‘ Angebote (vgl. Sann et al., in diesem Band). Kommunale Partnerprozesse und Präventionsnetzwerke (vgl. Gold & Lehmann 2012) zielen darauf ab, den Prozess der Leistungserbringung insgesamt so abzustimmen und zu optimieren, dass Menschen die Rahmenbedingungen finden, ihr Leben selbst zu gestalten. Hier greift die Perspektive weit über die Geburtsphase hinaus auch die Frage von Übergängen zwischen den Lebensphasen auf (Transitions-Ansatz, vgl. Geene, Lehmann et al. sowie Borkowski et al., in diesem Band). Lokale Bildungskonferenzen und -landschaften vernetzen hier sämt-

**Kommunale
Partnerprozesse
und Präven-
tionsnetzwerke**

**Transitions-
ansatz**

¹ Dass mit Familiengründung an dieser Stelle nicht die juristische Begründung einer Familie durch Heirat gemeint ist, sondern die gemeinsame oder alleinige Sorge um ein oder mehrere Kinder, mag als selbstverständlich vorausgesetzt werden.

liche Anbieter von der Kita bis zur Volkshochschule und der Senioren-Uni, weil Lernen als selbstorganisierter, lebenslanger Prozess zunehmend attraktiv wird (ebd.). Ziel ist die Überwindung der Gegensätzlichkeit von Verhalten und Verhältnissen, Individuum und Lebenswelt zugunsten einer sozialökologischen Aneignung der Welt, wie es die Ottawa-Charta skizziert, um im Ergebnis die sozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit selbst (mit-)gestalten können.

Sozialökologische (Selbst-) Aneignung der Welt

Die Ressourcenorientierung ist konstitutiv für diese Art der Lebensgestaltung. Nicht nur Betriebe werden als gesundheitsförderndes Setting ausgewiesen, um Gesundheit, Zufriedenheit und Produktivität der Mitarbeiter/innen zu erhöhen, auch Kitas und Schulen verstehen sich zunehmend als Settings und öffnen sich für entsprechende Initiativen der Gesundheitsförderung. Die Kommune kann dabei die Funktion eines ‚Dach-Settings‘ übernehmen (vgl. Geene, Lehmann et al., in diesem Band), was einerseits bedeutet, die kommunalen Settings zu verknüpfen, andererseits den Aufbau neuer „Community-Strukturen“ zu initiieren, seien dies Geburtshäuser, multikulturelle Treffs, Familien- oder Nachbarschaftszentren, Eltern-AGs, Selbsthilfekontaktstellen, Pflegestützpunkte, Stadtteil- oder Dorfgemeinschaftsläden (Geene 2012). Um solche Verwirklichungschancen (Keupp 2012) auf kommunaler Ebene vorzuhalten, ist aber auf allen übergeordneten Ebenen (Landkreis, Region, Land, Bund, Europa, Welt) sowohl auf staatlicher als auch gesellschaftlicher Seite ein entsprechend vernetztes sektoren- und politikübergreifendes Handeln erforderlich. In diesem Sinne versteht sich das WHO-2020-Konzept, das den Whole-of-Governance-Ansatz zu einem Whole-of-Society Approach (WHO 2012) weiterentwickelt hat und die Umsetzung nun von den Mitgliedsstaaten einfordert.

Kommune als ‚Dach-Setting‘

Visionäre Konzepte wie die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, die UN-Kinderrechtskonvention oder die Salamanca-Erklärung mit der folgenden Behindertenrechtskonvention geben diesem gewachsenen Emanzipationsbedarf Ausdruck, auch weil sie einen Weg aufzeigen, wie Individualisierung (als persönliche Kompetenzentwicklung) sozial, gesellschaftlich und politisch gestützt werden kann. Gezeichnet wird der gemeinsame Weg in eine bessere Gesellschaft als eine Art Quadratur des Kreises: Individualisierung im sozialen Miteinander.

Visionäre Konzepte der Vereinten Nationen

Quadratur des Kreises: Individualisierung im sozialen Miteinander

In der praktischen Arbeit mit Kindern und Familien stellen die drei Rs – Ressourcen, Resilienz, Respekt – ungeachtet alltäglicher Widrigkeiten eine Handlungsmaxime dar. Den Prozess des Paradigmenwechsels von der Defizit- zur Ressourcenorientierung in seiner hohen Komplexität zu verstehen, ist dafür ein zentraler Erkenntnis-schritt.

**Ressourcen,
Resilienz,
Respekt als
Handlungs-
maxime**

Die Handlungsmaxime stellt sich aber nicht nur für die unmittelbare praktische Arbeit der professionellen Dienstleister/innen, sondern auch für ihre Berufsverbände und die sie begründenden Wissenschaften. Die Anforderungen stellen sich daneben auch an Netzwerke sowie die Nutzer/innen selbst, die als Bürger/innen Anspruch auf Freiheit und Wertschätzung haben und gleichzeitig die Möglichkeit, hier zivilgesellschaftlich mitzuwirken. Ohnehin werden Umfang und Ausmaß sozialen und zivilgesellschaftlichen Engagements den Unterschied darüber ausmachen, wo sich Ressourcenorientierung als Handlungsmaxime etabliert, und wo sie stattdessen in Beharrungskämpfen im Sinne einer ‚normativen Ätiologie‘ ver-schlissen wird.

**Bürgerschaft-
liches Enga-
gement und
soziale Bewe-
gungen als
mögliche
Motoren**

Bürgerschaftliches Engagement und soziale Bewegungen sind jedoch weniger Modewellen als vielmehr abhängig von entsprechen-den gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen. Ein wichtiger Meilenstein kann hier ein Gesundheitsförderungsgesetz sein, das, je umfassender angesetzt, desto breiter die drei Kernstrategie der Ottawa-Charta Advocate – Mediate – Enable in die Praxis bringen kann.

Literatur

- Beck, Ulrich (1986): *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine neue Moderne*. Frankfurt: Suhrkamp.
- BJK (2009): *Partizipation von Kindern und Jugendlichen – Zwischen Anspruch und Wirklichkeit*. Stellungnahme des Bundesju-gendkuratoriums. München: DJI.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2009): *13. Kinder und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe*. Drucksache 16/12860. Berlin: BMFSFJ.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2013): *14. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe*. Drucksache 17/12200. Berlin: BMFSFJ.
- Burchert, Rainer (2012): Direkte politische Weiterbildung statt Parteiendemokratie? In: *NDR Info – Das Forum* – 18.07.2012. Ver-fügbar unter <http://www.ndr.de/info/programm/sendungen/forum/forum3547.pdf> [24.02.13].
- Drewes, Jochen & Sweers, Holger (2010): *Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV*. AIDS-Forum, Band 57. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Geene, Raimund (2012): Communitorientierung und Diversityansatz – Zum inneren Verständnis sozialer Ungleichheiten. In: Gold, Carola & Lehmann, Frank (Hg.): *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsför-*

- derung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Gesundheitsförderung konkret, Band 17. Köln: BZgA, 164-171.
- Geene, Raimund & Gold, Carola (2009): Kinderarmut, Gesundheitsförderung und Frühe Hilfen. In: dies. (Hg.): *Kinderarmut und Kindergesundheit*. Bern: Huber, 7-23.
- Geene, Raimund & Rosenbrock, Rolf (2012): Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen. In: Gold, Carola & Lehmann, Frank (Hg.): *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Gesundheitsförderung konkret, Band 17. Köln: BZgA, 46-75.
- Gold, Carola & Lehmann, Frank (2012): *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Gesundheitsförderung konkret, Band 17. Köln: BZgA.
- Keupp, Heiner (2012): Verwirklichungschancen für gelingendes Leben – Capability approach und Gesundheitsförderung. In: Gold, Carola & Lehmann, Frank (Hg.): *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Gesundheitsförderung konkret, Band 17. Köln: BZgA, 171-178.
- Kindler, Heinz & Sann, Alexandra (2010): Früherkennung von Risiken für Kindeswohlgefährdung. In: Kisgen, Rüdiger & Heinen Norbert (Hg.): *Frühe Risiken und Frühe Hilfen. Grundlagen, Diagnostik, Prävention*. Stuttgart: Klett-Cobra, 161-174.
- Kühn, Hagen & Rosenbrock, Rolf (1994/2009): Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze. In: Bittlingmayer, Uwe H.; Sahrai, Diana & Schnabel, Peter-Ernst (Hg.): *Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden: VS, 47-74.
- Ravens-Sieberer, Ulrike; Ellert, Ute & Erhart, Michael (2007): Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50, 810-818.
- Rosenbrock, Rolf & Gerlinger, Thomas (2013): *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung* (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Urban, Hans-Jürgen (2005): *Wettbewerbskorporatismus und soziale Politik. Zur Transformation wohlfahrtsstaatlicher Politikfelder am Beispiel der Gesundheitspolitik*. Forschungsgruppe Europäische Integration, Studie Nr. 21. Marburg: Philipps-Universität.
- WHO Euro Regionalbüro für Europa (2012): *Europäisches Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden*. Verfügbar unter <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020> [24.02.13].
- Wolf-Kühn, Nicola & Geene, Raimund (2009): Früherkennung und Frühe Hilfen. In: Geene, Raimund & Gold, Carola (Hg.): *Kinderarmut und Kindergesundheit*. Bern: Huber, 108-125.

Autorinnen und Autoren

Borkowski, Susanne, geb. 1972, B. A. Angewandte Kindheitswissenschaften. Geschäftsführerin KinderStärken e.V.; Lehrbeauftragte Hochschule Magdeburg-Stendal; zuvor: Erzieherin/Kita-Leiterin. **Arbeitsschwerpunkte:** frühkindliche Bildung; Gestaltung von Transitionsprozessen im Elementar- und Primarbereich; Erziehungspartnerschaft(en); Gesundheitsförderung in der Kita; kommunale Kinder- und Jugendbeteiligung; Kinderrechte. **Publikationen:** Geene, Raimund & Borkowski, Susanne (2009): Neue Wege der Elementarpädagogik. In: Wenzel, Diana; Koeppel, Gisela & Carle, Ursula (Hg.): *Kooperationen im Elementarbereich*. Hohengehren: Schneider, 156-166. Geene, Raimund & Borkowski, Susanne (2008): Lern- und Lebensorte von Kindern. In: Luber, Eva & Hungerland, Beatrice (Hg.): *Angewandte Kindheitswissenschaften. Eine Einführung für Studium und Praxis*. Weinheim: Juventa, 41-56.

✉ subo@kinderstaerken-ev.de, www.kinderstaerken-ev.de

Eden, Nicolas, geb. 1987, B. Sc. Rehabilitationspsychologie. Studium der Rehabilitationspsychologie (M. Sc.) an der Hochschule Magdeburg-Stendal.

✉ nicolas.eden87@gmail.com

Geene, Raimund, geb. 1963, Prof. Dr. rer. pol., MPH. Professor für Kindergesundheit an der Hochschule Magdeburg-Stendal. 1998-2006 Geschäftsführer von Gesundheit Berlin e.V. **Arbeitsschwerpunkte:** Kindergesundheit; Gesundheitsförderung; Kinder- und Familienpolitik; Frühe Hilfen. **Publikationen:** Geene, Raimund (2012): Communityorientierung und Diversityansatz – Zum inneren Verständnis sozialer Ungleichheiten. In: Gold, Carola & Lehmann, Frank (Hg.): *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Gesundheitsförderung konkret, Band 17. Köln: BZgA, 164-170. Geene, Raimund; Klundt, Michael; Lubke, Melanie et al. (2011): *Die Stendaler Kinder-Uni*. Halle/Saale: Mitteldeutscher Verlag.

✉ raimundgeene@gmail.com

Graumann, Sigrid, geb. 1962, Prof. Dr. rer. nat., Dr. phil. Seit 2012 Professorin für Ethik im Fachbereich Heilpädagogik und Pflege. 2009-2011 Akademische Rätin im Fachbereich Sozialwissenschaften an der Universität Oldenburg. 2002-2008 Wiss. Mitarbeiterin am Institut für Mensch Ethik und Wissenschaft

Berlin. 1994-1997 Doktorandin und 1997-2002 Wiss. Mitarbeiterin am Interfakultären Zentrum für Ethik in den Wissenschaften Tübingen. **Arbeitsschwerpunkte:** Professionsethik sozialer Berufe; Sozialethik; Bioethik und Behinderung. **Publikationen:** Graumann, Sigrid (2012): Inklusion geht weit über „Dabeisein“ hinaus – Überlegungen zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in der Pädagogik. In: Balz, Hans-Jürgen; Benz, Benjamin & Kuhlmann, Carola (Hg.): *Soziale Inklusion. Grundlagen, Strategien und Projekte in der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: VS, 79-94. Graumann, Sigrid (2011): *Assistierte Freiheit. Von einer Behindertenpolitik der Wohltätigkeit zu einer Politik der Menschenrechte*. Frankfurt: Campus.

✉ graumann@efh-bochum.de

Haehnel, Friederike, geb. 1982, B. A. Angewandten Kindheitswissenschaften. Koordinatorin bei Kreisjugendring Spree-Neiße e.V.

✉ friederike.haehnel@yahoo.de

Höppner, Claudia, geb. 1967, Dipl.-Soziologin, Gesundheitswissenschaftlerin (MPH). Freiberufliche Tätigkeit als Gesundheitswissenschaftlerin; zuvor: Projektkoordinatorin und Wiss. Mitarbeiterin bei KinderStärken e.V. in Stendal; Lehrbeauftragte an verschiedenen Hochschulen. **Arbeitsschwerpunkte:** Gesundheitsförderung mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien; Alter und Gesundheit; Gender und Gesundheit; gesundheitliche Chancengleichheit.

✉ claudia.hoepfner@web.de

Hungerland, Beatrice, geb. 1962, Prof. Dr. phil. Professorin für Angewandte Kindheitswissenschaften an der Hochschule Magdeburg-Stendal; zuvor: Wiss. Mitarbeiterin an der Bergischen Universität Wuppertal in den DFG-Forschungsprojekten „Nachberufliche Erwerbsarbeit von Renter_innen“ und „Der Wert der Kinder“ sowie an der Gleichstellungsstelle der Universität; Koordinatorin des DFG Forschungsprojekts „Kinder und Arbeit“ an der TU Berlin; daneben jahrelang freiberufliche Moderatorin diverser Bürgerbeteiligungsprojekte (Bürgergutachten/Planungszelle). **Arbeitsschwerpunkte:** Soziologie der Kindheit; soziale Ungleichheit; qualitative Sozialforschung. **Publikationen:** Hungerland, Beatrice (2012): Hauptsache keine Kinderarbeit? Zuschreibungen und Selbstbilder arbeitender Kinder. In: Berliner Entwicklungspolitischer Ratschlag (Hg.): *Wer ändern einen Brunnen gräbt...* Rassismuskritik/

Empowerment/Globaler Kontext. Berlin: BER. Hungerland, Beatrice (2008): Was ist Kindheit? Fragen und Antworten der Soziologie. In: Luber, Eva & Hungerland, Beatrice (Hg.): *Angewandte Kindheitswissenschaften. Eine Einführung für Studium und Praxis*. Weinheim: Juventa, 71-89.

✉ beatrice.hungerland@hs-magdeburg.de

Jekal, Alexandra, geb. 1990. B. A. Angewandten Kindheitswissenschaften. Pädagogische Mitarbeiterin Ambulantes Betreutes Wohnen; zuvor: Projektkoordinatorin „Mobile Kinderwerkstatt – Familien gestalten Schule“.

✉ alex_90er@yahoo.de

Kloss, Johanna, geb. 1985, B. A. Angewandte Kindheitswissenschaften. Koordinatorin von Kinder- und Jugendbeteiligungsprojekten; Lehrbeauftragte an der Hochschule Magdeburg-Stendal.

✉ johanna.kloss@gmx.de

Klundt, Michael, geb. 1973, Prof. Dr. paed. Professor für Kinderpolitik an der Hochschule Magdeburg-Stendal. 2007-2009 Wiss. Fachreferent für Kinder- und Jugendpolitik bei der Fraktion DIE LINKE im deutschen Bundestag. 2000-2007 Lehrbeauftragter an der Universität zu Köln. 2006-2007 Unterrichtsbeauftragter an der FH Fulda. 2003 Wiss. Mitarbeiter an der FH Düsseldorf. **Arbeitsschwerpunkte:** Kinderarmut; Sozialpolitik; Geschichtspolitik. **Publikationen:** Klundt, Michael (2011): Arm und Reich in Deutschland – die wachsende Kluft zwischen Besitzenden und Habenichtsen. In: Besier, Gerhard (Hg.): *20 Jahre neue Bundesrepublik. Kontinuitäten und Diskontinuitäten*. Berlin: LIT, 197-214. Butterwegge, Christoph; Klundt, Michael & Belke-Zeng, Matthias (2008): *Kinderarmut in Ost- und Westdeutschland* (2. Aufl.) Wiesbaden: VS.

✉ michael.klundt@hs-magdeburg.de

Lehmann, Frank, geb. 1955, Dr. med., MPH. Arzt für Allgemeinmedizin, Gesundheitswissenschaftler. Referatsleiter „Planung und Koordinierung“ bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). 1996-2001 Referent der Bundesärztekammer. **Arbeitsschwerpunkte:** gesundheitliche Chancengleichheit. **Publikationen:** Gold, Carola & Lehmann, Frank (2012): *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesund-*

heitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Gesundheitsförderung Konkret, Band 17. Köln: BZgA. Lehmann, Frank; Köster, Monika; Brandes, Sven et al. (2011): *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* (5., erw. Aufl.). Gesundheitsförderung Konkret, Band 5. Köln: BZgA.

✉ frank.lehmann@bzga.de

Liebel, Manfred, Prof. Dr., Dipl.-Soziologe. Direktor des Instituts für internationale Studien zu Kindheit und Jugend an der Internationalen Akademie für innovative Pädagogik, Psychologie und Ökonomie (INA gGmbH) und Leiter des European Master in Childhood Studies and Children's Rights (EMCR) an der FU Berlin. Bis 2005 Prof. für Soziologie an der TU Berlin. **Arbeitsschwerpunkte:** internationale und interkulturelle Kindheits- und Jugendforschung; Kinderrechte; Kinderarbeit; soziale Bewegungen; Post-Colonial Studies; Lateinamerikaforschung. **Publikationen:** Liebel, Manfred (2013): *Kinder und Gerechtigkeit. Über Kinderrechte neu nachdenken.* Weinheim: Beltz-Juventa; Liebel, Manfred (2012): *Children's Rights from Below: Cross-cultural perspectives.* Basingstoke: Palgrave-Macmillan. Liebel, Manfred; Nnaji, Ina & Wihstutz, Anne (Hg.) (2008): *Kinder. Arbeit. Menschenwürde. Internationale Beiträge zu den Rechten arbeitender Kinder.* Frankfurt: IKO.

✉ mliebel@ina-fu.org, www.iscy.ina-fu.org, www.fu-berlin.de/emcr

Lischke, Eva, geb. 1962, Dipl.-Politologin. Seit 1996 Jugendamt Neukölln Berlin; aktuell: Fachsteuerung im Bereich der Jugend- und Familienförderung mit den Schwerpunkten: außerschulische Jugend- und Medienbildung, Jugendmedienschutz, Fortbildung, Freiwilligenmanagement, Drittmittelakquise, Qualitätsentwicklung, Öffentlichkeitsarbeit. Ehrenamt: Langjährig Vorstand im Netzwerk Zukunft, Gesellschaft für Zukunftsgestaltung e.V.; Arbeitsgemeinschaft comp@ss Kinder- und Jugendmedienführerschein. **Publikationen:** Lischke, Eva (2004): Jugendförderung in Kooperation mit Schule? @nien II: Ein regionales Projekt gegen Desintegration. In: *Pädagogik* 56 (7/8), 21-25.

✉ team@neukoelln-jugend.de, www.neukoelln-jugend.de

Luber, Eva, geb. 1947, Prof. Dr. med., M. Sc. Rentnerin; zuvor: Fachärztin für Pädiatrie, Leiterin der Plan- und Leitstelle Bezirksamts Berlin-Wilmersdorf und Professorin für Sozialmedizin an der Hochschule Magdeburg-Stendal. **Publika-**

tionen: Luber, Eva & Hungerland, Beatrice (Hg.) (2008): *Angewandte Kindheitswissenschaften. Eine Einführung für Studium und Praxis*. Weinheim: Juventa.

✉ Dr.Luber@t-online.de

Lutzmann, Franziska, geb. 1987, B. A. Angewandte Kindheitswissenschaften. Seit 2012 Studium der Erziehungs- und Bildungswissenschaft mit dem Schwerpunkt Außerschulische Jugend- und Erwachsenenbildung (M. A.) an der Philipps-Universität Marburg.

✉ franziska.lutzmann@googlemail.com

Mey, Günter, geb. 1961, Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych. Professor für Entwicklungspsychologie an der Hochschule Magdeburg-Stendal und Leiter des Instituts für Qualitative Forschung in der Internationalen Akademie an der FU Berlin; zuvor: Wiss. Mitarbeiter und Assistent für Entwicklungspsychologie an der TU Berlin. **Arbeitsschwerpunkte:** Kindheitsforschung; Adoleszenz und Identität; Intergenerationenbeziehungen; qualitative Forschung. **Publikationen:** Mey, Günter (2013/ im Druck): Jugend braucht (T)Räume. In: Keller, Harald & Wolf, Reiner (Hg.): *The Beat Goes On: Jugend(t)räume*. Bramsche: Rasch. Mey, Günter (Hg.) (2011): Jugend/kulturen. *Psychologie & Gesellschaftskritik* 35 (2). Mey, Günter & Mruck, Katja (Hg.) (2010): *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: VS.

✉ guenter.mey@hs.magdeburg.de

Namuth, Dorthé, geb. 1970, Dipl.-Pädagogin, MPH. Beratung und Betreuung von Familien mit chronisch kranken Kindern im Sozialpädiatrischen Zentrum für Neuropädiatrie der Charité Berlin; zuvor: Beratung von Frauen bei häuslicher Gewalt; Betreutes Wohnen für Mädchen nach §§ 34, 35, 41 SGB VIII; Berufliche Qualifizierung für Migrantinnen; Außerschulische Jugendbildungsarbeit. **Arbeitsschwerpunkte:** sozialrechtliche und psychosoziale Beratung von Familien mit chronisch kranken Kindern; Kinderschutz; sexueller Missbrauch von Kindern; Prävention sexualisierter Gewalt; Prävention und Intervention bei häuslicher Gewalt; Qualitätsmanagement.

✉ dnamuth@gmx.de

Paul, Mechthild, geb. 1962. Seit 2007 Leitung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH). Bis 2007 Referatsleiterin Familienplanung in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). **Arbeitsschwerpunkte:** Gesundheitsförderung; Familienplanung; Entwicklung von Präventionsprogrammen; Frühe Hilfen. **Publikationen:** Paul, Mechthild & Backes, Jörg (2013): Bundesinitiative Frühe Hilfen. In: *Jugendhilfereport 1/2013*, 13-16. Paul, Mechthild (2012): Was sind Frühe Hilfen? In: *Frühe Kindheit – die ersten sechs Jahre 14*, Sonderausgabe Frühe Hilfen – Gesundes Aufwachsen ermöglichen, 6-7. Paul, Mechthild (2011): Frühe Hilfen. In: BZgA (Hg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, 87-92. Pott, Elisabeth; Fillinger, Ute & Paul, Mechthild (2010): Herausforderungen bei der Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter. In: *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53, 1166-1172.

✉ mechthild.paul@nzfh.de, www.fruehehilfen.de

Pech, Detlef, geb. 1970, Prof. Dr. phil. habil. Professor für Grundschulpädagogik an der HU Berlin. **Arbeitsschwerpunkte:** Kinder und Bildung; gesellschaftliche Problemstellungen aus der Perspektive von Kindern; Sachunterricht und seine Didaktik; Jungenpädagogik. **Publikationen:** Giest, Hartmut & Pech, Detlef (Hg.) (2010): *Anschlussfähige Bildung im Sachunterricht*. Probleme und Perspektiven des Sachunterrichts, Band 20. Bad Heilbrunn: Klinkhardt. Pech, Detlef (Hg.) (2009): *Jungen- und Jungenarbeit. Eine Bestandsaufnahme des Forschungs- und Diskussionsstandes*. Baltmannsweiler: Schneider. Pech, Detlef (2008): „Ungleichheit“ thematisieren als sachunterrichtlicher Beitrag zur Förderung von Chancengleichheit. In: Ramseger, Jörg & Wagener, Matthea (Hg.): *Chancenungleichheit in der Grundschule. Ursachen und Wege aus der Krise*. Jahrbuch Grundschulforschung, Band 12. Wiesbaden: VS, 227-230.

✉ detlef.pech@hu-berlin.de

Richter-Kornweitz, Antje, geb. 1955, Dr. phil., Dipl.-Päd., approb. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Seit 2001 Fachreferentin und Wiss. Mitarbeiterin bei der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen & Akademie für Sozialmedizin e.V. 2000-2001 Wiss. Mitarbeiterin an der FH Nordost-Niedersachsen, Lüneburg. Bis 2001 Psychosoziale Beratung und Therapie für Kinder, Jugendliche und Familien, u. a. beim DKSB. **Arbeitsschwerpunkte:** Soziale Lage und Gesundheit; gesundheitliche Ungleichheit im Kindes- und

Jugendalter; gesundheitliche Ungleichheit im Alter; Resilienz. **Publikationen:** Richter-Kornweitz, Antje & Schubert, Rainer (2012): Die drei K's: Kinderarmut – Kinderschutz – Kommunen. In: *Prävention* 35 (3), 116-120. Richter-Kornweitz, Antje (2011): Gleichheit und Differenz – die Relation zwischen Resilienz, Geschlecht und Gesundheit. In: Zander, Margherita (Hg.): *Handbuch Resilienz*. Wiesbaden: VS, 240-274. Holz, Gerda & Richter-Kornweitz, Antje (Hg.) (2010): *Kinderarmut und ihre Folgen – Wie kann Prävention gelingen?* München: Reinhardt.

✉ antje.richter@gesundheit-nds.de, www.gesundheit-nds.de

Rosenbrock, Rolf, geb. 1945, Prof. Dr. rer. pol. Vorsitzender der Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheit Berlin Brandenburg sowie des Paritätischen Gesamtverbandes. 1977-2012 am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), 1988-2012 Leiter der Forschungsgruppe Public Health. Apl. Professor für Gesundheits- und Sozialpolitik an der Berlin School of Public Health in der Charité Universitätsmedizin, Berlin. **Arbeitsschwerpunkte:** Forschung, Lehre und Politikberatung zu: sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen, Konzepten und Politik der Prävention und Gesundheitsförderung (Schwerpunkte Betrieb, HIV/AIDS), Finanzierung und Steuerung der Krankenversorgung, Qualität und Qualitätssicherung. **Publikationen:** Rosenbrock, Rolf & Gerlinger, Thomas (2013): *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung* (3. Aufl.). Bern: Huber.

✉ rolf.rosenbrock@paritaet.org, www.der-paritaetische.de

Sann, Alexandra, geb. 1964, Dipl.-Psych. Fachgruppenleitung Nationales Zentrum Frühe Hilfen am Deutschen Jugendinstitut e.V. (NZFH). **Arbeitsschwerpunkte:** frühe Förderung von Bildungsprozessen in Familien; Frühe Hilfen; Evaluation von Präventionsprogrammen. **Publikationen:** Sann, Alexandra (2012): Frühe Hilfen. Entwicklung eines neuen Praxisfeldes in Deutschland. In: *Psychologie in Erziehung und Unterricht* 59 (4), 256-274. NZFH (Hg.) / Sann, Alexandra (2011): *Bestandsaufnahme zur Entwicklung der kommunalen Praxis im Bereich Früher Hilfen. Zweite Teiluntersuchung*. Reihe Kompakt. Köln: BZgA.

✉ sann@dji.de, www.fruehehilfen.de

Schmitt, Annette, geb. 1962, Prof. Dr. habil., Dipl.-Psychologin. Professorin für Bildung und Didaktik im Elementarbereich an der Hochschule Magdeburg-Stendal. **Arbeitsschwerpunkte:** frühe Bildung mit Schwerpunkt auf dem mathematisch-naturwissenschaftlichen Bereich; Bildungstheorie; Kooperation von Kita und Schule/Übergang. **Publikationen:** Schmitt, Annette (2012): Was sind „gute Aufgaben“ in Projekten im Elementarbereich? In: Kosinar, Julia & Carle, Ursula (Hg.): *Aufgabenqualität in Kindergarten und Grundschule*. Hohengehren: Schneider, 29-40.

✉ annette.schmitt@hs-magdeburg.de

Schücking, Beate A., geb. 1956, Prof. Dr. med. Rektorin der Universität Leipzig. 1995-2011 Leiterin des Forschungsschwerpunkts Maternal & Child Health an der Universität Osnabrück. **Arbeitsschwerpunkte:** Mutter-Kind-Gesundheit.

✉ rektorin@uni-leipzig.de

Schulze, Romy, geb. 1988, B. A. Angewandte Kindheitswissenschaften. Studium für Interkulturelle Kommunikation und Bildung (M. A.) an der Universität zu Köln.

✉ schulze.romy@gmail.com

Wejda, Simone, geb. 1971. Sonderpädagogin, Eingliederungsmanagerin DB Konzern; zuvor: Sprecherin/Patientenvertreterin Gemeinsamer Bundesausschuss, Lehrbeauftragte an der Julius-Maximilian-Universität Würzburg sowie an der HU Berlin. **Arbeitsschwerpunkte:** Förderung von Schüler/innen mit Lernschwierigkeiten; Gesundheit und Soziales; betriebliches Eingliederungsmanagement. **Publikationen:** Wejda, Simone (2007): Der Kampf mit den Zahlen. Hilfen für betroffene Eltern. In: Schulte-Körne, Gerd (Hg.): *Legasthenie und Dyskalkulie in Wissenschaft, Schule und Gesellschaft*. Bochum: Winkler, 427-432. Wejda, Simone (2006): Rechenschwäche/Dyskalkulie. In: Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (Hg.): *Legasthenie und Dyskalkulie. Kommunikation zwischen Partnern*. Düsseldorf.

✉ wejda@arcor.de

Wendel, Claudia, geb. 1970, Prof. Dr., Dipl.-Psych. Professorin für Klinische Neuropsychologie an der Hochschule Magdeburg-Stendal. **Publikationen:**

Wendel, Claudia & Schenk zu Schweinsberg, Ellen (2012): ICF-orientierte klinische Dokumentation und Evaluation in der Neuro-Rehabilitation Teil 1. In: *Zeitschrift für Neuropsychologie* 2, 65-79.

✉ claudia.wendel@hs-magdeburg.de

Wenzel, Tobias, geb. 1981, Rehabilitationspsychologe und Gesundheitswissenschaftler. Promotionsstipendiat der Medizinischen Hochschule Hannover; zuvor: Lehrbeauftragter u. a. für Neuropsychologie an der Hochschule Magdeburg-Stendal. **Arbeitsschwerpunkte:** Evaluation; Rehabilitation; Neuropsychologie.

✉ Wenzel.Tobias@MH-Hannover.de

Wihstutz, Anne, geb. 1969 Prof. Dr. phil. Professorin für Soziologie an der Evangelischen Hochschule Berlin; Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte der EH Berlin; Mitglied im Ausschuss für Antidiskriminierung an der EH; im Beirat des Europäischen Master für Kinderrechte (EMCR) an der FU Berlin. **Publikationen:** Wihstutz, Anne (2013/im Erscheinen): Wertebildung in Kooperation. Empfehlungen für die Praxis von Kindertagesstätten. In: Generalsekretariat Deutsches Rotes Kreuz (Hg.): Pädagogisches Fachbuch „Wertebildung in pädagogischen Handlungsfeldern“. Online-Handbuch. Wihstutz, Anne (2011): Working vulnerability. Agency of caring children and children's rights. In: *Childhood. A Global Journal of Child Research* 18 (4), 447-460. Wihstutz, Anne (2009): *Verantwortung und Anerkennung. Eine qualitative Studie zur Bedeutung von Arbeit für Kinder*. Münster: LIT.

✉ Wihstutz@eh-berlin.de

Wolf-Kühn, Nicola, geb. 1960, Prof. Dr. med., MPH, Ärztin und Gesundheitswissenschaftlerin. Professorin für Sozialmedizin an der Hochschule Magdeburg-Stendal.

✉ nicola.wolf@hs-magdeburg.de

Anregungen und Zuschriften bitte an:
KinderStärken e.V.
Osterburger Straße 25
39576 Stendal
E-Mail: info@kinderstaerken-ev.de